



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS  
FACULDADE DE PSICOLOGIA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA**

**MARESSA ANDRADE DA COSTA**

**FATORES INDIVIDUAIS NA IMPLEMENTAÇÃO DE PRÁTICA BASEADA  
EM EVIDÊNCIAS**

**MANAUS – AM  
2025**



**MARESSA ANDRADE DA COSTA**

**FATORES INDIVIDUAIS NA IMPLEMENTAÇÃO DE PRÁTICA BASEADA  
EM EVIDÊNCIAS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Faculdade de Psicologia, da Universidade Federal do Amazonas, como requisito para a obtenção do título de Mestra em Psicologia.

Linha de Pesquisa: Processos Psicológicos e Saúde.

Orientador: Marck de Souza Torres

**MANAUS – AM  
2025**

Ficha Catalográfica

Elaborada automaticamente de acordo com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

---

C837f      Costa, Maressa Andrade da  
              Fatores individuais na implementação de prática baseada em evidências /  
              Maressa Andrade da Costa. - 2025.  
              91 f. : il., color. ; 31 cm.

              Orientador(a): Marck de Souza Torres.  
              Dissertação (mestrado) - Universidade Federal do Amazonas, Programa  
              de Pós-Graduação em Psicologia, Manaus, 2025.

              1. prática clínica baseada em evidência. 2. ciência da implementação. 3.  
              psicometria. 4. estudo de validação. I. Torres, Marck de Souza. II.  
              Universidade Federal do Amazonas. Programa de Pós-Graduação em  
              Psicologia. III. Título

---

COSTA, M.A. **Fatores Individuais na Prática Baseada em Evidências**. 91 f Dissertação. Universidade Federal do Amazonas. Orientador: Marck de Souza Torres. Manaus – Amazonas.

Aprovado em 14/11/2025

### **BANCA EXAMINADORA**

Prof. Dr. Marck de Souza Torres  
Universidade Federal do Amazonas  
Orientador

Prof. Dr. João Gabriel Modesto  
Universidade Estadual de Goiás  
Titular Externo

Prof. Dr. André Luiz de Carvalho Braule Pinto  
Universidade Federal do Amazonas  
Titular Interno

Prof. Dra. Katie Moraes de Almondes  
Universidade Federal do Rio Grande do Norte  
Suplente Externo

Prof. Dra. Gisele Cristina Resende  
Universidade Federal do Amazonas  
Suplente Interno

## **AGRADECIMENTOS**

Primeiramente, agradeço ao Senhor Jesus, fonte de toda sabedoria, que me sustentou nos momentos mais desafiadores e me enviou ajuda quando eu precisei. Sem ele, eu jamais teria chegado até aqui. Seu amor foi a minha força! A ele toda honra, glória e o meu amor.

Ao meu orientador, Marck Torres, meu sincero reconhecimento pelo tempo dedicado, pelo cuidado em orientar e pelos ensinamentos que me desafiaram a crescer como pesquisadora. Sua supervisão foi fundamental para transformar este trabalho em aprendizado e realização.

Ao meu marido, Eduardo Souza, minha gratidão pelo apoio constante e por sempre me fazer ri até mesmo nos momentos mais angustiantes. A convivência com ele fez da vida mais leve e muito mais divertida.

À minha família, mãe, pai e irmã, agradeço pelo amor, pela torcida, pela preocupação com meu bem-estar acima de qualquer coisa e por todo o suporte. Aos meus amigos, queridos, que estiveram ao meu lado, orando, torcendo, ajudando naquilo que podiam, meu agradecimento por tornarem a jornada repleta de amor.

**À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e à Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Amazonas (FAPEAM)** pelo apoio ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Amazonas (PPGPSI-UFAM).

COSTA, M. A. **Fatores Individuais na Implementação de Prática Baseada em Evidências**. 91 f. Dissertação. Universidade Federal do Amazonas. Orientador: Marck de Souza Torres. Manaus – Amazonas.

## RESUMO

Esta dissertação investigou duas medidas psicométricas voltadas à avaliação de fatores individuais associados à incorporação da Prática Baseada em Evidências (PBE), inserindo-se na linha Processos Psicológicos e Saúde. A PBE é compreendida como um processo de tomada de decisão que integra evidências científicas, experiência profissional e características e preferências do paciente. A pesquisa organiza-se em dois estudos complementares. O primeiro estudo consiste em uma revisão de escopo destinada a mapear as propriedades psicométricas das três versões existentes da *Evidence-Based Practice Attitude Scale* (EBPAS): a EBPAS-15, composta por quatro fatores e 15 itens; a EBPAS-36, formada por 12 fatores e 36 itens; e a EBPAS-50, com 12 fatores e 50 itens. Seguindo as diretrizes JBI e PRISMA-ScR, a busca abrangeu publicações de 2004 a 2025 nas bases PubMed, PsycINFO, Scopus e BVS. Dos 8.077 registros identificados, 35 atenderam aos critérios de inclusão. Os resultados revelaram evidências consistentes para a estrutura de quatro fatores da EBPAS-15, embora o fator *Divergence* apresente confiabilidade limitada. A EBPAS-36 demonstrou bom ajuste ao modelo de 12 fatores, com confiabilidade variável entre subescalas e instabilidade nos modelos hierárquicos de segunda ordem. Já a EBPAS-50 apresentou resultados psicométricos inconsistentes, sem confirmação clara de sua estrutura original, restringindo sua aplicabilidade. O segundo estudo, de delineamento transversal, realizou a adaptação cultural e a validação psicométrica da *Evidence-Informed Decision-Making Competence Measure* (EIDM) para o contexto brasileiro. Participaram 344 indivíduos (215 profissionais e 129 estudantes da área da saúde), com idades entre 18 e 66 anos. Foram utilizados um questionário sociodemográfico e a EIDM, aplicados online. A estrutura interna da escala foi examinada por meio de Análise Fatorial Exploratória e Confirmatória. A Análise de Rede foi empregada para explorar padrões de relacionamento entre itens e dimensões, oferecendo evidências complementares. Adicionalmente, o teste de Mann-Whitney foi aplicado para comparar grupos e reunir evidências de validade baseadas em relações com variáveis externas. Os achados sustentaram uma estrutura estável de quatro fatores, com indicadores adequados de validade e consistência interna. De forma integrada, os resultados desta dissertação contribuem para o avanço do campo ao sintetizar criticamente as evidências psicométricas das versões da EBPAS e ao disponibilizar uma medida adaptada e validada para avaliar competências em tomada de decisão informada por evidências no Brasil. Tais contribuições têm relevância direta para a formação e o aprimoramento de práticas profissionais em saúde, especialmente na região amazônica, onde desafios locais reforçam a necessidade de fortalecer competências baseadas em evidências para qualificar o cuidado e orientar decisões em serviços de saúde.

Palavras-chave: prática clínica baseada em evidência; ciência da implementação; psicomетria; estudo de validação

**COSTA, M.A. Individual Factors in the Implementation of Evidence-Based Practice.**  
91 f. Dissertation. Federal University of Amazonas. Supervisor: Marck de Souza Torres.  
Manaus – Amazonas.

## **ABSTRACT**

This dissertation investigated two psychometric measures aimed at assessing individual factors associated with the incorporation of Evidence-Based Practice (EBP), aligning with the field of Psychological Processes and Health. EBP is understood as a decision-making process that integrates scientific evidence, professional expertise, and patient characteristics and preferences. The research is organized into two complementary studies. The first study consists of a scoping review designed to map the psychometric properties of the three existing versions of the Evidence-Based Practice Attitude Scale (EBPAS): the EBPAS-15, comprising four factors and 15 items; the EBPAS-36, composed of 12 factors and 36 items; and the EBPAS-50, containing 12 factors and 50 items. Following JBI and PRISMA-ScR guidelines, the search covered publications from 2004 to 2025 in the PubMed, PsycINFO, Scopus, and BVS databases. Of the 8,077 records identified, 35 met the inclusion criteria. The results revealed consistent evidence for the four-factor structure of the EBPAS-15, although the Divergence factor demonstrated limited reliability. The EBPAS-36 showed good fit to the 12-factor model, with variable reliability across subscales and instability in second-order hierarchical models. In contrast, the EBPAS-50 presented inconsistent psychometric results, with no clear confirmation of its original structure, limiting its applicability. The second study, a cross-sectional investigation, conducted the cultural adaptation and psychometric validation of the Evidence-Informed Decision-Making Competence Measure (EIDM) for the Brazilian context. A total of 344 participants (215 professionals and 129 health sciences students), aged 18 to 66 years, took part in the study. A sociodemographic questionnaire and the EIDM were administered online. The internal structure of the scale was examined using Exploratory and Confirmatory Factor Analyses. Network Analysis was employed to explore relationships among items and dimensions, offering complementary structural evidence. Additionally, the Mann-Whitney test was used to compare groups and gather validity evidence based on relations to external variables. The findings supported a stable four-factor structure, with adequate indicators of validity and internal consistency. Together, the results of this dissertation contribute to advancing the field by critically synthesizing the psychometric evidence of the EBPAS versions and providing an adapted and validated measure for assessing competencies in evidence-informed decision-making in Brazil. These contributions have direct relevance for professional training and the improvement of healthcare practices, particularly in the Amazon region, where local challenges underscore the need to strengthen evidence-based competencies to enhance care quality and inform decision-making in health services.

**Keywords:** Evidence-Based Practice; Implementation Science; Psychometrics; Validation Study

**COSTA, M. A. Factores individuales en la implementación de la Práctica Basada en la Evidencia.** 91 f. Disertación Universidad Federal de Amazonas. Tutor: Marck de Souza Torres. Manaus – Amazonas.

## **RESUMEN**

Esta disertación investigó dos medidas psicométricas orientadas a la evaluación de factores individuales asociados a la incorporación de la Práctica Basada en Evidencias (PBE), enmarcándose en la línea de Procesos Psicológicos y Salud. La PBE se comprende como un proceso de toma de decisiones que integra evidencia científica, experiencia profesional y características y preferencias del paciente. La investigación se organiza en dos estudios complementarios. El primer estudio consiste en una revisión de alcance destinada a mapear las propiedades psicométricas de las tres versiones existentes de la Evidence-Based Practice Attitude Scale (EBPAS): la EBPAS-15, compuesta por cuatro factores y 15 ítems; la EBPAS-36, formada por 12 factores y 36 ítems; y la EBPAS-50, con 12 factores y 50 ítems. Siguiendo las directrices del JBI y del PRISMA-ScR, la búsqueda abarcó publicaciones entre 2004 y 2025 en las bases PubMed, PsycINFO, Scopus y BVS. De los 8.077 registros identificados, 35 cumplieron los criterios de inclusión. Los resultados revelaron evidencia consistente para la estructura de cuatro factores de la EBPAS-15, aunque el factor Divergence presentó una confiabilidad limitada. La EBPAS-36 mostró un buen ajuste al modelo de 12 factores, con confiabilidad variable entre las subescalas e inestabilidad en los modelos jerárquicos de segundo orden. Por su parte, la EBPAS-50 presentó resultados psicométricos inconsistentes, sin una confirmación clara de su estructura original, lo que limita su aplicabilidad. El segundo estudio, de diseño transversal, realizó la adaptación cultural y la validación psicométrica de la Evidence-Informed Decision-Making Competence Measure (EIDM) para el contexto brasileño. Participaron 344 individuos (215 profesionales y 129 estudiantes del área de la salud), con edades entre 18 y 66 años. Se emplearon un cuestionario sociodemográfico y la EIDM, administrados en línea. La estructura interna de la escala fue examinada mediante Análisis Factorial Exploratorio y Confirmatorio. El Análisis de Redes se utilizó para explorar los patrones de relación entre ítems y dimensiones, ofreciendo evidencia estructural complementaria. Además, se aplicó la prueba de Mann-Whitney para comparar grupos y reunir evidencia de validez basada en relaciones con variables externas. Los hallazgos sustentaron una estructura estable de cuatro factores, con indicadores adecuados de validez y consistencia interna. De manera integrada, los resultados de esta disertación contribuyen al avance del campo al sintetizar críticamente la evidencia psicométrica de las versiones de la EBPAS y al ofrecer una medida adaptada y validada para evaluar competencias en toma de decisiones informada por evidencias en Brasil. Estas contribuciones tienen relevancia directa para la formación y el fortalecimiento de las prácticas profesionales en salud, especialmente en la región amazónica, donde los desafíos locales refuerzan la necesidad de fortalecer competencias basadas en evidencias para mejorar la calidad del cuidado y orientar la toma de decisiones en los servicios de salud.

Palabras clave: Práctica Clínica Basada en la Evidencia; Ciencia de la Implementación; Psicometría; Estudio de Validación



## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

<b>Figura 1.</b> Diagrama do processo de inclusão e exclusão dos estudos de acordo com recomendações do PRISMA-ScR flowchart.....	25
<b>Figura 2.</b> Rede Exploratória da <i>Evidence-Informed Decision-Making (EIDM) Competence Measure</i> .....	65
<b>Quadro 1.</b> Processo de adaptação transcultural com base em Borsa, Damásio e Bandeira (2012).....	58

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1.</b>	Características Gerais dos Estudos Revisados.....	26
<b>Tabela 2.</b>	Estrutura Fatorial Exploratória da <i>Evidence-Informed Decision-Making (EIDM) Competence</i> .....	63
<b>Tabela 3.</b>	Índices de Ajuste do Modelo da <i>Evidence-Informed Decision-Making (EIDM) Competence Measure</i> .....	66
<b>Tabela 4.</b>	Médias, Desvios Padrão e Correlações com Intervalos de Confiança e Tamanho de Efeito.....	67
<b>Tabela 5.</b>	Diferenças das Médias dos Fatores da Índices de Ajuste do Modelo da <i>Evidence-Informed Decision-Making (EIDM)</i> .....	68

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO.....</b>	<b>12</b>
<b>2. REFERENCIAL TEÓRICO.....</b>	<b>15</b>
<b>3. OBJETIVOS.....</b>	<b>19</b>
3.1.    Objetivo geral.....	19
3.2.    Objetivos específicos .....	19
<b>4. ARTIGO I: VALIDADE E CONFIABILIDADE DA ESCALA DE ATITUDES EM PRÁTICA BASEADA EM EVIDÊNCIAS (EBPAS): UMA REVISÃO DE ESCOPO.....</b>	<b>20</b>
4.1.    Resumo.....	20
4.2.    Introdução .....	20
4.3.    Método .....	23
4.4.    Resultados .....	26
4.5.    Discussão.....	43
4.6.    Recomendações .....	46
4.7.    Limitações.....	46
4.8.    Conclusão.....	46
4.9.    Referências .....	47
<b>5. ARTIGO II: DE VALIDAÇÃO E ADAPTAÇÃO CULTURAL DA EVIDENCE-INFORMED DECISION-MAKING (EIDM) COMPETENCE MEASURE .....</b>	<b>53</b>
5.1.    Resumo.....	53
5.2.    Introdução .....	53
5.3.    Método .....	57
5.4.    Resultados .....	62
5.5.    Discussão.....	68
5.6.    Conclusão.....	70
5.7.    Referências .....	72
<b>6. CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>75</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>77</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>81</b>
Anexo 1 - Termo de Consentimento Livre Esclarecido .....	81
Anexo 2 - Questionário Sociodemográfico – Adaptado de Gameiro (2019).....	84
Anexo 3 - Evidence-Informed Decision-Making (EIDM) Competence Measure de Belita et al. (2022) .....	87
Anexo 4 - Evidence-Informed Decision-Making (EIDM) Competence Measure de Belita et al. (2022) (VERSÃO EM PORTUGUÊS) .....	89

## 1. INTRODUÇÃO

Quanto tempo leva para que evidências científicas sejam implementadas no cotidiano dos serviços de saúde? Estima-se que esse processo leve cerca de 17 anos, e que apenas 14% da população-alvo seja alcançada por seus benefícios (Balas & Boren, 2000). A implementação bem-sucedida de evidências depende da superação de barreiras multifatoriais nos níveis governamental, organizacional e individual (van Sonsbeek et al., 2015). O campo de investigação intitulado Ciência da Disseminação e Implementação (D&I) surgiu justamente com o propósito de compreender e superar essas barreiras (Nilsen, 2015).

Entre as múltiplas barreiras que dificultam o processo de implementação de evidências, destacam-se as atitudes resistentes e os déficits nas habilidades de selecionar, interpretar e aplicar evidências entre os profissionais da saúde (Aarons, 2004; Landsverk, Olsen & Brovold, 2023). Esse cenário pode ser ainda mais desafiador em países de baixa e média renda, como o Brasil, onde as políticas de promoção da Prática Baseada em Evidências (PBE) chegaram com atraso em comparação aos países de alta renda (Ministério da Saúde, 2015; Schneider, Pereira & Ferraz, 2020; Semahegn et al., 2023; Tiley & Kyriakopoulos, 2018).

A PBE é um modelo de tomada de decisão clínica realizada a partir da combinação entre a melhor evidência disponível, experiência do profissional e as características do paciente (Balzer et al., 2023). Sua implementação tem sido globalmente incentivada em virtude do aumento da segurança, eficácia e do uso eficiente dos recursos financeiros em saúde (Organização Pan-Americana da Saúde [OPAS], 2022; Padmanabhabunni, 2018). Recentemente, Van Pelt et al. (2023) apresentaram um conjunto de recomendações voltadas ao fortalecimento de pesquisas em disseminação da PBE na América Latina, destacando a importância de adaptar e validar instrumentos psicométricos de implementação ao contexto cultural de cada país.

Portanto, parte do avanço da D&I no Brasil está associado ao uso de instrumentos psicométricos válidos e culturalmente adequados de implementação, capazes de avaliar como as características dos profissionais da saúde influenciam a adoção da PBE. A adaptação e validação desses instrumentos permitem compreender os fatores individuais específicos de nosso contexto, subsidiando tanto desenvolvimento de estratégias de superação de barreiras quanto o próprio processo de avaliação e monitoramento da eficácia de programas de treinamento e políticas comprometidas com a disseminação da PBE (Moullin et al., 2019; Salas et al., 2023).

Em vista disso, o presente trabalho investigou instrumentos psicométricos que avaliam fatores individuais associados à adoção da PBE entre profissionais e estudantes da saúde. Como ponto de partida, elegeu-se a *Evidence-Based Practice Attitude Scale* (EBPAS), desenvolvida por Aarons (2004), para a realização de um estudo de adaptação transcultural destinado ao contexto brasileiro. A EBPAS é internacionalmente utilizada para mensurar atitudes em relação à PBE entre profissionais da saúde (Melas et al., 2012; Yildiz et al., 2018), em suas versões de 15 (Aarons, 2004), 36 (Rye et al., 2017) e 50 itens (Aarons et al., 2012). A fim de avaliar a adequação psicométrica de cada versão, foi conduzida uma revisão de escopo sobre as evidências de validade e confiabilidade, resultando no Estudo I desta dissertação.

Os resultados do Estudo I revelaram limitações na EBPAS, o que motivou um aprofundamento na literatura em D&I em busca de medidas mais adequadas. Esse processo permitiu identificar modelos teóricos de implementação mais recentes, que salientam a importância de investigar a influência de construtos que não se restrinjam às atitudes (c.f. Cane, Connor & Michie, 2012; Michie, Atkins & West, 2014; Nilsen, 2015). Pesquisas indicam que, mesmo quando os profissionais apresentam atitudes positivas em relação à PBE, isso não garante sua adoção consistente (Alqahtani et al., 2020; Dao et al., 2018).

Para superar essa lacuna, tem sido apontado como necessário o desenvolvimento de um repertório de competências que abranja desde a capacidade de buscar, interpretar e avaliar criticamente as evidências (Saunders & Vehvilainen-Julkunen, 2018), até a internalização de comportamentos que se mantenham frequentes no cotidiano de trabalho (Draaisma et al., 2021). Com objetivo de se adequar às novas demandas em D&I, Belita et al. (2021) desenvolveram a *Evidence-Informed Decision-Making Competence Measure* (EIDM), uma medida que avalia conhecimentos, habilidades, atitudes/crenças e comportamentos em Tomada de Decisão Informada por Evidência (TDIE).

A TDIE é um termo sinônimo para PBE, empregado atualmente no campo da D&I para ampliar o conceito tradicional (Belita et al., 2020). Enquanto a PBE se restringe a decisões sobre práticas clínicas voltadas a indivíduos, a TDIE inclui as decisões sobre saúde pública, que envolvem programas e serviços destinados a grupos e populações, e decisões sobre sistemas de saúde, como: governança, financiamento, organização do atendimento e estratégias de implementação (OPAS, 2022).

Por conta do alinhamento com o conceito atual de PBE e da abrangência de construtos avaliados, a EIDM foi selecionada como instrumento para realização de estudo

de adaptação transcultural voltado para profissionais e estudantes brasileiros da área da saúde – Estudo II desta dissertação. A decisão de validar a EIDM tanto para profissionais em exercício quanto para estudantes de graduação, justifica-se pelo entendimento de que as competências em PBE devem ser desenvolvidas desde a formação. Incluir estudantes permite avaliar a sensibilidade do instrumento para diagnosticar déficits de aprendizagem e subsidiar a formulação de estratégias que visem o aprimoramento de currículos educacionais dos profissionais em formação.

A presente dissertação está vinculada ao Laboratório de Ciberpsicologia, Saúde Mental e Tecnologia e à linha de Pesquisa Processos Psicológicos e Saúde do Programa de Pós-Graduação em Psicologia pela Universidade Federal do Amazonas.

## 2. REFERENCIAL TEÓRICO

A PBE é definida como um procedimento de tomada de decisão clínica que integra três componentes: a melhor evidência disponível, a *expertise* do profissional e as idiossincrasias do paciente (American Psychological Association, 2006; Leonardi & Meyer, 2015). Os três componentes operam de forma interdependente, isto é, nenhum deles, isoladamente, é suficiente para sustentar decisões clínicas. A ênfase exclusiva em apenas um deles – seja na experiência profissional ou na evidência científica – pode resultar em práticas ineficazes ou potencialmente danosas, custos desnecessários e variabilidade injustificada no cuidado em saúde (Belita et al., 2020; Faria et al., 2021; Lilienfeld et al., 2013).

Considera-se a melhor evidência disponível estudos capazes de responder à pergunta clínica estabelecida; aplicáveis ao contexto do paciente, com dados confiáveis acerca da eficácia, efetividade, eficiência e segurança do tratamento. A Eficácia refere-se à capacidade de um tratamento funcionar em ambiente controlado, por exemplo: uma psicoterapia que se mostrou superior a um benzodiazepínico no tratamento de insônia, em um grande ensaio clínico randomizado (ECR). Já a Efetividade diz respeito à capacidade de um tratamento funcionar em condições reais, ou seja, no cotidiano dos profissionais de saúde (El Dib, 2007).

Por sua vez, a Eficiência consiste na capacidade de um tratamento oferecer o máximo de benefício com o mínimo de gastos com tempo, materiais e recursos financeiros aos pacientes ou aos sistemas de saúde. A Segurança, por fim, significa que os efeitos de um tratamento tornam improvável a ocorrência de dano ou riscos aos pacientes. É responsabilidade do profissional selecionar os estudos que mais se aproximam de todas essas características. A seleção deve ser feita mediante avaliação crítica da qualidade das evidências e não pode se restringir apenas a revisões sistemáticas e ECR (El Dib, 2007).

A contribuição de estudos observacionais e quase-experimentais bem conduzidos deve ser considerada para tomada de decisão clínica, sobretudo quando ECR são inviáveis do ponto de vista ético ou quando mal-conduzidos (Wieten, 2018; Roever et al., 2021). Além disso, estudos qualitativos rigorosos também são valorizados em questões clínicas relacionadas à saúde pública (Belita et al., 2021; Belita et al., 2020; Nielsen et al., 2024).

O segundo componente da PBE – a *expertise* do profissional – trata-se de um conjunto de habilidades desenvolvidas inicialmente na formação acadêmica e aprimoradas durante a prática clínica, supervisão e estudo da literatura teórica e empírica.

Especificamente, a expertise envolve as habilidades de avaliação diagnóstica; capacidade de individualizar, planejar e implementar a melhor evidência disponível; de monitorar o progresso e os resultados; avaliação crítica da melhor evidência; disposição em buscar capacitação profissional contínua; habilidades sociais para desenvolver relação com o paciente e compreender suas diferenças culturais e individuais, bem como para se comunicar com os demais profissionais do caso (Leonardi & Meyer, 2015; Spencer et al., 2012; Spring, 2007).

O último componente da PBE – idiossincrasias do paciente – refere-se à individualização do melhor tratamento disponível às preferências e características individuais e socioculturais do paciente, como valores, crenças, objetivos com o tratamento, estado clínico, raça, gênero, etnia, sexualidade, classe social e escolaridade (Leonardi & Meyer, 2015). A individualização não se restringe apenas à adaptação do tratamento às características do paciente, ela inclui também seu envolvimento ativo no processo de tomada de decisão clínica. Justamente por compreender essa corresponsabilidade, esse componente é visto como um dos mais desafiadores da PBE. Estudos de implementação e disseminação têm, em grande parte, negligenciado essa etapa, resultando em informações ainda escassas sobre como operacionalizá-lo na prática (Tringale et al., 2022).

Ademais, não é uma tarefa simples alinhar as preferências do paciente com aquilo que indicam as evidências científicas. Com certa frequência, ambas podem divergir entre si, e o profissional pode incorrer no risco de diminuir as chances de adesão ao tratamento ao ignorar a participação do paciente no processo de tomada de decisão clínica. Por outro lado, pode tornar a intervenção ineficaz ao ceder exclusivamente às preferências do paciente, em detrimento do que indicam as evidências científicas. Nesse cenário, os desfechos podem ser insatisfatórios, potencialmente danosos, com gasto de tempo e de recursos financeiros desnecessários (Leonard & Meyer, 2015; Tringale et al., 2022).

Para esse impasse, alguns autores recomendam que sejam feitos esclarecimentos acerca dos possíveis benefícios e riscos dos procedimentos a serem adotados, e caso haja possibilidade, devem ser oferecidas intervenções alternativas ao paciente para orientá-lo na tomada de decisão (Leonardi & Meyer, 2015; Spencer et al., 2012; Spring, 2007). Outros autores acrescentam que os esclarecimentos devem ser precedidos de uma escuta ativa, para que o profissional verifique o nível de compreensão do paciente, e, assim, lance informações sobre a condição clínica dele, de maneira que possa entender e participar da tomada de decisão (Tringale et al., 2022).



Nesse caso, o profissional deve lançar mão dos princípios da entrevista motivacional: uma postura não diretiva e não julgadora, com contínuas negociações e estabelecimento de objetivos mútuos, para garantir que a tomada de decisão seja compartilhada. Além disso, deve estimular o paciente a se expressar, questionar, discordar das propostas oferecidas e a avaliar o impacto das suas decisões sobre o próprio estado clínico. Outros profissionais do caso, juntamente com os familiares do paciente também podem ser convocados para auxiliar no processo decisório (Tringale et al., 2022).

A integração dos componentes da PBE na tomada de decisão clínica expressa seus princípios teóricos fundamentais, que devem ser aplicadas em etapas práticas que abrangem a conversão de uma demanda do paciente em questão clínica, a busca por evidências em bases de dados científicas, a avaliação crítica da qualidade dessas evidências, a sínteses dessas evidências em formato de recomendações, a individualização do tratamento, a implementação das intervenções e o monitoramento do progresso e do desfecho clínico (Belita et al., 2021). A execução dessas etapas está associada ao aumento da satisfação no trabalho pelos profissionais e à oferta de cuidados mais seguros, efetivos e eficientes em saúde (Landsverk et al., 2023).

No entanto, trata-se de um processo complexo, que exige dos profissionais um conjunto de competências que incluem atitudes e crenças, conhecimento, habilidades, autoeficácia e comportamentos (Belita et al., 2020; Landsverk et al., 2023). As atitudes e crenças são definidas como percepções, expectativas, julgamentos e valores atribuídos à importância e à utilidade da PBE nas tomadas de decisão clínica (Belita et al., 2020). É amplamente reconhecido na literatura que o engajamento em uma tarefa depende das crenças e expectativas que o indivíduo forma sobre os resultados que ela pode proporcionar (Bandura, 1997). Por essa razão, as atitudes e crenças funcionam como indicadores da disposição da pessoa em adotar ou não determinado comportamento (Bienemann & Damásio, 2017).

Especificamente, o conhecimento em PBE refere-se à compreensão cognitiva dos princípios teóricos e das etapas práticas que estruturam o processo (Belita et al., 2021). Enquanto as habilidades dizem respeito à capacidade de aplicar os conhecimentos de PBE em situações reais, como saber converter os problemas clínicos dos pacientes em perguntas clínicas relevantes; saber utilizar ferramentas de avaliação crítica das evidências; saber engajar o paciente na tomada de decisão e no tratamento; e saber avaliar progressos e

desfechos clínicos (Belita et al., 2020; Belita et al., 2021; Albarqouni et al., 2018; Landsverk et al., 2023).

De acordo com a literatura atual, atitudes, crenças, conhecimentos e habilidades não garantem, por si só, a implementação da PBE se os profissionais não se percebem capazes de aplicá-la (Belita et al., 2020; Belita et al., 2021; Landsverk et al., 2023). A autoeficácia, conceito proposto por Bandura (1997), refere-se à crença na própria capacidade de organizar e executar ações específicas e, até certo ponto, exercer controle sobre eventos ambientais. Embora não signifique competência real, níveis elevados de autoeficácia aumentam a probabilidade de engajamento na tarefa (Feist et al., 2015). Por fim, o comportamento constitui-se o último elemento do conjunto de competências e diz respeito ao uso frequente e consistente da PBE até que a familiaridade seja desenvolvida (Belita et al., 2022; Saunders et al., 2019; van Sonsbeek et al., 2015). Entre alguns exemplos estão o questionamento de práticas em saúde pública para aprimorar a qualidade do serviço e a avaliação de barreiras e facilitadores para sua implementação (Belita et al., 2022).

Grande parte dos esforços atuais na promoção da PBE tem se concentrado no desenvolvimento de conhecimentos e habilidades, já que parte da baixa implementação decorre justamente da falta desses elementos entre os profissionais (Albarqouni et al., 2018; Landsverk et al., 2023). Entretanto, revisões sistemáticas têm demonstrado que o desenvolvimento desses componentes, isoladamente, não é suficiente para produzir efeitos satisfatórios na implementação e disseminação da PBE. Isso porque a ênfase excessiva no conhecimento e nas habilidades acaba passando a impressão para muitos clínicos de que a PBE é um exercício acadêmico distante da prática cotidiana (Belita et al., 2021; Draaisma et al., 2021).

Evidências mostram que a eficácia da educação em PBE aumenta quando o ensino é articulado à prática clínica, por meio de feedback contínuo dos supervisores experientes no contexto real de trabalho, em contraste com intervenções realizadas exclusivamente em sala de aula (Draaisma et al., 2021). Um exemplo dessa articulação entre ensino e prática aparece na implementação de um treinamento que estimulou a incorporação de comportamentos relacionados à PBE na rotina semanal de uma equipe de pediatras e enfermeiros em um hospital de grande porte na Holanda. A combinação entre ensino e aplicação reduziu a variabilidade das práticas entre pediatras e resultou na adoção de uma abordagem mais consciente dos custos, diminuindo a realização de diagnósticos desnecessários (Draaisma et al., 2018).

Em outro estudo, Draaisma et al. (2021) investigaram o impacto do comportamento em PBE sobre a implementação e as atitudes de três grupos de profissionais da saúde. O primeiro participou de um workshop de Medicina Baseada em Evidências (MBE); o segundo completou uma pós-graduação em pesquisa clínica; e o terceiro integrou um programa sistemático de implementação de MBE no ambiente de trabalho. Os resultados mostraram que o terceiro grupo foi o que mais aplicou PBE diariamente nas decisões clínicas e apresentou atitudes significativamente mais positivas em relação à prática.

AlKetbi et al. (2021) e van Sonsbeek et al. (2015) demonstraram que o comportamento em PBE pode modificar atitudes e crenças negativas entre profissionais inicialmente resistentes. A prática frequente permite observar, no cotidiano, os efeitos positivos da PBE, reforçando seus benefícios. Assim, o comportamento torna-se componente essencial para promover a implementação efetiva e a melhoria contínua da qualidade do cuidado. Além disso, em comparação às demais competências, tende a ser o preditor mais consistente da implementação e disseminação da PBE entre profissionais.

Em vista disso, a presente dissertação teve como objetivo identificar um instrumento psicométrico capaz de avaliar de forma abrangente as competências relacionadas à PBE e, a partir disso, adaptá-lo e validá-lo para profissionais e estudantes da área da saúde no Brasil. A adoção desse percurso metodológico se justifica pela necessidade de medidas culturalmente adequadas que subsidiem pesquisas sobre implementação e disseminação da PBE no contexto nacional, contribuindo para o avanço da compreensão dos fatores individuais que influenciam a incorporação da PBE na prática clínica e na formação em saúde.

### **3. OBJETIVOS**

#### **3.1. Objetivo geral**

Identificar instrumento psicométrico voltado à avaliação de competências relacionadas à PBE para profissionais e estudantes da área de saúde.

#### **3.2. Objetivos específicos**

Realizar adaptação semântica do instrumento identificado;

Validar e examinar as propriedades psicométricas do instrumento para o contexto brasileiro.

#### 4. ARTIGO I: VALIDADE E CONFIABILIDADE DA ESCALA DE ATITUDES EM PRÁTICA BASEADA EM EVIDÊNCIAS (EBPAS): UMA REVISÃO DE ESCOPO

##### 4.1. RESUMO

**Objetivo:** Mapear as evidências disponíveis sobre a validade e confiabilidade das versões da *Evidence-Based Practice Attitude Scale* (EBPAS) em diferentes países e profissões. **Método:** Revisão de Escopo conduzida conforme as diretrizes metodológicas do JBI e PRISMA-ScR. A busca foi realizada nas bases PubMed, PsycINFO, Scopus e BVS, abrangendo estudos publicados entre 2004 e 2025 que avaliaram as propriedades psicométricas da escala. Cerca de 35 registros atenderam aos critérios de elegibilidade. **Resultados:** A EBPAS-15 apresentou bom ajuste ao modelo de quatro fatores, com cargas moderadas a altas, embora o fator *Divergence* tenha confiabilidade limitada; modelos hierárquicos de segunda ordem e bifatoriais forneceram suporte parcial ao fator geral. A EBPAS-36 ajustou-se bem ao modelo de 12 fatores, com confiabilidade variável entre subescalas e instabilidade nos modelos hierárquicos de segunda ordem, sugerindo cautela no uso do escore global. A EBPAS-50 mostrou resultados inconsistentes, limitando sua aplicabilidade. **Conclusão:** Recomenda-se priorizar o uso das versões com melhor desempenho psicométrico, considerar ajustes nas subescalas problemáticas e avaliar cuidadosamente a adaptação transcultural ao aplicar a escala em diferentes contextos.

**Palavras-chave:** atitudes em relação à PBE; profissionais da saúde; escala de atitude; prática baseada em evidências; propriedade psicométrica.

##### 4.2. Introdução

A Prática Baseada em Evidências (PBE) é um modelo de decisão clínica que integra a melhor evidência disponível, a experiência profissional e as características e preferências do paciente (Balzer et al., 2023). Essa integração visa melhorar desfechos clínicos, reduzir vieses cognitivos no julgamento profissional e aumentar a eficácia e segurança do cuidado em saúde (Lilienfeld et al., 2013; Melnyk et al., 2015). A implementação da PBE tem gerado benefícios aos serviços de saúde, como diminuição do tempo de internação hospitalar, otimização de recursos financeiros, aumento da satisfação no trabalho e redução de sintomas psiquiátricos (Burgess et al., 2007; Diehl et al., 2016; Landsverk, Olsen, & Brovold, 2023; Melnyk et al., 2018).

Apesar desses benefícios, a adoção da PBE permanece limitada por barreiras individuais e organizacionais (van Sonsbeek et al., 2015). Entre as barreiras individuais, destacam-se as atitudes dos profissionais, que podem englobar ceticismo em relação à utilidade das evidências científicas, crenças de que a PBE reduz autonomia profissional e robotiza o tratamento, e a supervalorização da experiência prática na tomada de decisão clínica (Aishammari et al., 2020; Pagoto et al., 2007). Pesquisas de Disseminação e Implementação (D&I) apontam que essas atitudes influenciam não apenas a decisão inicial de experimentar PBE, mas também a forma como será colocada em prática e a sua manutenção com o tempo (Moulin et al., 2019).

Além disso, as atitudes são moderadas por fatores demográficos e organizacionais. Por exemplo: profissionais menos experientes podem ser mais abertos à PBE do que os mais experientes (Aarons, 2004). Já aqueles que atuam no serviço público podem ser menos favoráveis à PBE do que os de serviço privado (Aarons et al., 2012). Essa variabilidade sinaliza e reforça a necessidade de mensurar as atitudes, a fim de identificar obstáculos específicos e planejar estratégias de implementação eficazes (Aarons, Sommerfeld & Walrath-Greene, 2009).

Contudo, a mensuração depende da disponibilidade de instrumentos válidos e confiáveis (Bienemann & Damásio, 2017), o que constitui um desafio para o campo da D&I. Muitos instrumentos carecem de pragmatismo, de fundamentação nas teorias da D&I, de clareza conceitual e de análises adequadas das propriedades psicométricas (Martinez, Lewis & Weiner, 2014). O uso de medidas pouco robustas compromete a confiabilidade e a comparabilidade dos resultados e, por consequência, limita o avanço do conhecimento sobre os fatores e mecanismos que influenciam o sucesso da implementação (Lewis et al., 2015).

Para responder a demandas do campo da D&I, Aarons (2004) desenvolveu a *Evidence-Based Practice Attitude Scale* (EBPAS) para avaliar atitudes de profissionais da saúde mental, grupo até então negligenciado quanto à disposição para adotar PBE. Ao longo do tempo, seu uso se expandiu para diversos contextos e países (Aarons et al., 2010; Rye et al., 2017). O desenvolvimento da EBPAS baseou-se na revisão da literatura de D&I e na colaboração entre pesquisadores e profissionais, culminando na versão original de 15 itens estruturada em quatro fatores, chamada EBPAS-15 (Aarons, 2004; Aarons et al., 2010).

Esforços subsequentes ampliaram o escopo da EBPAS, adicionando novas subescalas e itens por meio de um trabalho colaborativo entre pesquisadores, clínicos e grupos focais com gestores de programas, resultando na EBPAS-50 (Aarons et al., 2012).

Mais recentemente, a fim de conciliar abrangência com pragmatismo, a EBPAS-50 passou por um processo de redução de itens que manteve sua estrutura de 12 fatores, originando a EBPAS-36 (Rye et al., 2017). Tanto a versão original quanto as demais utilizam um formato de respostas tipo Likert de 5 pontos, variando de 0 (de forma alguma) a 4 (em muitíssima medida). Cada item indica o nível de concordância do respondente em relação à PBE (Aarons et al., 2010; Rye et al., 2017).

A pontuação da EBPAS pode ser calculada de duas formas: (1) pela média dos itens de cada subescala e do escore total, ou (2) pelo somatório dos itens, dependendo da abordagem adotada pelo pesquisador. Em ambos os casos, escores mais altos podem indicar atitudes favoráveis ou desfavoráveis à adoção da PBE, conforme a direção dos itens. Na versão EBPAS-15, a subescala *Openness* mede abertura a novas práticas; *Appeal*, disposição para adotar PBE com base em fatores intuitivos, como sentir-se adequadamente treinado, perceber colegas satisfeitos e considerar que a intervenção se adequa à prática cotidiana; *Requirements*, probabilidade de adotar PBE quando exigida; e *Divergence*, percepção de distanciamento entre intervenções baseadas em pesquisa e a prática cotidiana (Aarons et al., 2010).

Nas versões EBPAS-50 e EBPAS-36, foram incluídas subescalas adicionais: *Limitations*, percepção de que a PBE é incapaz de atender às necessidades do paciente; *Balance*, equilíbrio entre a valorização das habilidades clínicas e o uso da ciência na prestação de serviços; *Job Security*, sensação de estabilidade profissional relacionada ao domínio prático da PBE; *Organizational Support*, probabilidade de adoção diante do suporte organizacional; *Fit*, alinhamento da PBE com as necessidades do paciente e os valores do profissional; *Burden*, sensação de carga administrativa e de tempo necessários para aprender PBE; *Monitoring*, percepções negativas sobre monitoramento; e *Feedback*, percepções positivas sobre feedback durante a aplicação da PBE (Aarons et al., 2012; Rye et al., 2017).

A existência dessas versões reflete um avanço conceitual, mas impõe um dilema metodológico: versões longas podem oferecer um construto mais representativo, porém demandar maior esforço na execução dos procedimentos de adaptação transcultural (Aarons et al., 2012; Borsa, Damásio & Bandeira, 2012). Enquanto versões curtas reduzem tempo e fadiga para completar o instrumento, sendo úteis em contextos clínicos e em pesquisas com grandes amostras (Glasgow & Riley, 2013), mas podem apresentar menor consistência interna e poder preditivo (Credé et al., 2012; Kruey et al., 2013).

Diante disso, a presente revisão de escopo tem por objetivo mapear as evidências disponíveis sobre as propriedades psicométricas das diferentes versões da EBPAS em distintos contextos e populações profissionais, respondendo às seguintes perguntas: (1) quais versões da EBPAS foram adaptadas e validadas em diferentes países e profissões; (2) quais evidências de validade e confiabilidade cada versão apresenta; (3) Quais lacunas geográficas persistem em países de baixa e média renda, onde o número de estudos sobre atitudes em relação à PBE ainda é escasso (Padmanabhanunni, 2018). Uma busca preliminar nas bases PubMed, PsycINFO, Scopus e BVS não identificou revisões de escopo publicadas sobre o tema.

#### 4.3.Método

Trata-se de uma revisão de escopo com abordagem descritiva conforme as diretrizes metodológicas do Joanna Briggs Institute (JBI) e do PRISMA-SCR (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses extension for Scoping Reviews), cujo objetivo é mapear as evidências disponíveis sobre as propriedades psicométricas da EBPAS (Peters et al., 2020). O protocolo de revisão foi previamente desenvolvido para resguardar a transparência e a reprodutibilidade do estudo. A estratégia PCC (População, Conceito e Contexto) foi formulada de acordo com a recomendação do JBI.

A população desta revisão foram os profissionais da saúde. O conceito investigado constituiu-se na Evidence-Based Practice Attitude Scale (EBPAS). O contexto abrangeu estudos que avaliaram a validade e confiabilidade da escala em diferentes populações e países. A partir dessa estrutura, a questão central da revisão foi: quais versões da EBPAS foram adaptadas e validadas em diferentes países e contextos profissionais.

Inicialmente, explorou-se termos-chaves e descritores relevantes nas bases MeSH (MEDLINE/PubMed), DeCS (BIREME) e APA PsycNet Thesaurus. Em seguida, uma estratégia de busca ampla foi aplicada utilizando o unitermo “Evidence-based Practice Attitude Scale” nas bases de dados PubMed, PsycINFO, Scopus e BVS em novembro de 2023, abrangendo publicações entre 2004 e 2023, sem restrições de idioma. Devido ao longo processo de revisão editorial, a mesma estratégia de busca foi repetida em agosto de 2025, ampliando o intervalo temporal de 2004 até 2025, a fim de evitar a perda de evidências publicadas após a primeira coleta.

Foram incluídos estudos de validação e adaptação transcultural da EBPAS, que avaliaram propriedades psicométricas, como: validade e confiabilidade. Foram excluídas revisões sistemáticas e de escopo, dissertações, teses, capítulos de livros, trabalhos de conclusão de curso, bem como estudos exploratórios-descritivos, de regressão e qualitativos que não investigaram propriedades psicométricas da escala. Na busca realizada em novembro de 2023, foram identificados 3.756 registros, exportados para o software Rayyan (Ouzanni et al., 2016). Após a exclusão de 1.734 duplicatas, 2.382 registros foram submetidos à triagem de títulos e resumos por dois revisores independentes.

Ao final desse processo, 2.311 registros foram removidos por estar fora do escopo da revisão. Um terceiro revisor foi acionado para solucionar conflitos sobre a inclusão dos 71 registros restantes, dos quais apenas 24 atenderam aos critérios de elegibilidade e seguiram para extração de dados. Ao repetir a mesma estratégia de busca em agosto de 2025, foram identificados 4.321 registros. Após a remoção de 1.536 duplicatas, iniciou-se a triagem por títulos e resumos de 2.785 registros, resultando em 37 registros elegíveis para leitura completa. Durante a recuperação dos registros, 3 estudos foram excluídos: 1 por ser de acesso restrito e 2 por se tratar de estudos de correlação, sem análise das propriedades psicométricas da EBPAS.

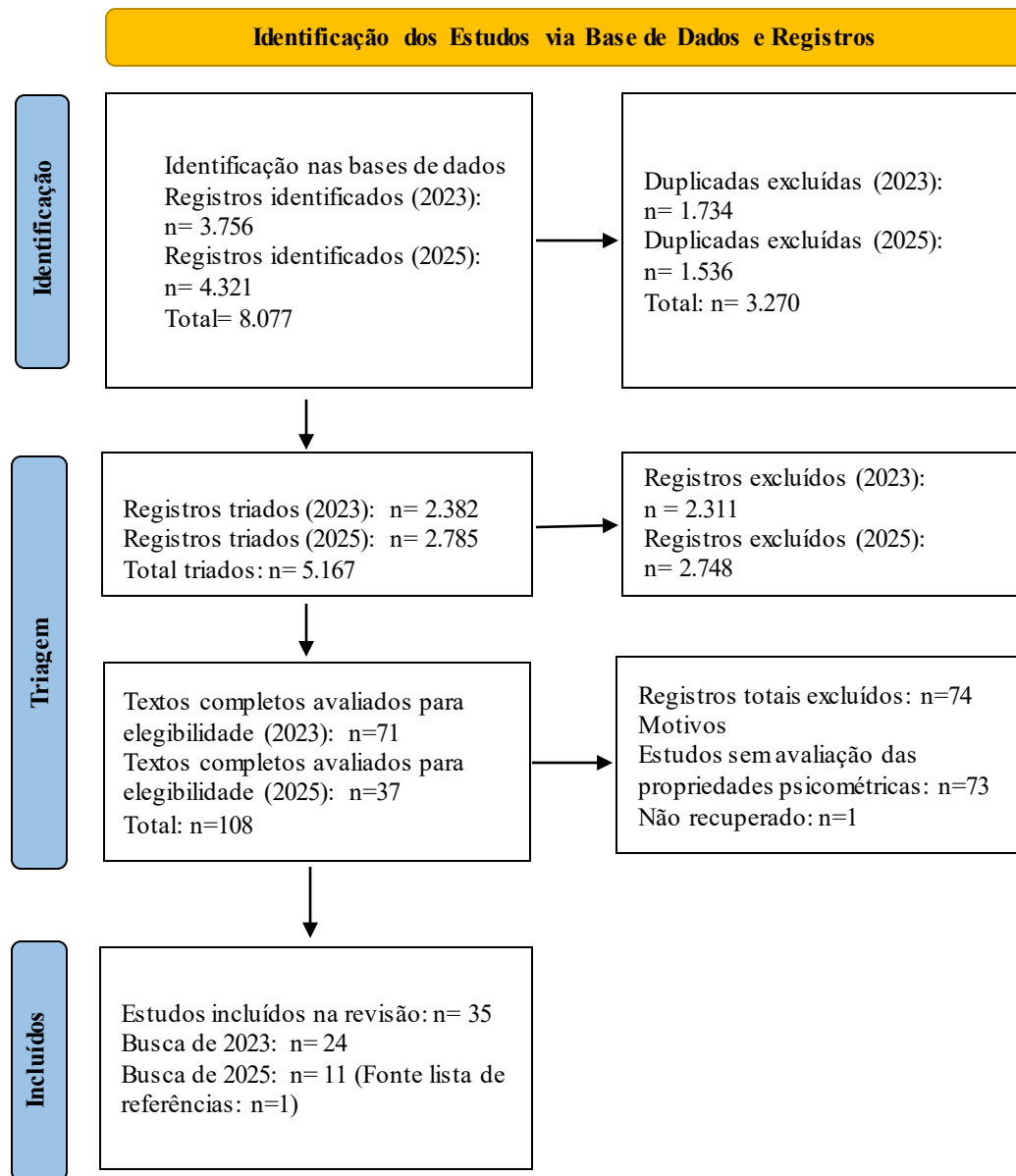
Cerca de 34 artigos permaneceram para extração de dados, 10 deles representavam novos estudos não identificados na primeira busca de 2023. Durante a leitura integral dos textos, uma busca adicional foi realizada na lista de referências, resultando na adição de mais 1 estudo que não havia aparecido em nenhuma das buscas automáticas. Assim, do total final, 24 estudos foram identificados na busca de 2023 e 11, na busca de 2025 (10 nos bancos de dados e 1 na busca manual). O processo completo de seleção dos estudos encontra-se descrito na Figura 1 (fluxograma PRISMA-ScR).

A extração dos dados foi realizada em planilha estruturada no Microsoft Excel, contemplando autor, ano de publicação, título e periódico, país de origem, objetivo principal, características demográficas da população (e.g. contexto de atuação, especialidade profissional, tamanho da amostra, idade, gênero, nível de formação acadêmica), versão da EBPAS (e.g. número de itens, subescalas), propriedades psicométricas avaliadas, principais resultados e limitações observadas.



Figura 1.

Diagrama do processo de inclusão e exclusão dos estudos de acordo com recomendações do PRISMA-ScR flowchart



#### 4.4.Resultados

A busca realizada nas bases de dados, abrangendo o período de 2004 a 2025, resultou na identificação de 8.077 registros. Após a exclusão de 3.270 duplicados, 5.167 registros foram submetidos à triagem por títulos e resumos. Nesse processo, 5.059 registros foram removidos por não corresponderem aos critérios de inclusão. Os 108 registros restantes foram recuperados para leitura integral e avaliação de elegibilidade, resultando na exclusão de 74 artigos por não avaliarem as propriedades psicométricas da EBPAS ( $n=73$ ) e pela indisponibilidade de acesso ao texto completo ( $n=1$ ). No total, 35 estudos foram incluídos nesta revisão de escopo, um deles veio da busca manual na lista de referências. As principais características dos estudos estão sintetizadas na Tabela 1, organizadas de acordo com o framework PCC (População, Conceito, Contexto).

**Tabela 1.** *Características Gerais dos Estudos Revisados em ordem cronológica*

Autor/Ano	População (Amostra)	Conceito (Versão/Validade/Confiabilidade)	Contexto (País/Atuação)
1. Aarons (2004)	322 profissionais de saúde mental	EBPAS-15 – Validade testada por AFE/AFC: 4 fatores explicando 63% da variância. Confiabilidade: $\alpha$ total= 0,77, variação entre $\alpha=0,59$ (Divergence) e $\alpha=0,90$ (Requirements). AFC: CFI = 0,93; RMSEA = 0,067). Subescala Divergence mantida apesar de $\alpha<0,60$ por importância teórica.	Estados Unidos/Serviço Público de Saúde Mental
2. Aarons et al. (2007)	221 profissionais de saúde mental	EBPAS-15 – Validade testada por AFC: O modelo de 4 fatores de 1ª ordem: CFI = 0,92; RMSEA = 0,07. Confiabilidade: $\alpha$ total= 0,79, variação entre $\alpha=0,66$ (Divergence) e $\alpha=0,93$ (Requirements).	Estados Unidos/Serviço Público, Privado e Agências Sem Fins Lucrativos de Saúde Mental
3. Aarons et al. (2010)	1.089 profissionais de saúde mental	EBPAS-15 – Validade avaliada por painel de especialistas com escala likert, considerando o conteúdo da escala como moderadamente relevante, importante e representativo. Validade Fatorial por AFC: O modelo de 1ª e 2ª ordem ajustaram-se aos dados somente após permissão de correlação entre itens 9 e 10 de Appeal: 1º ordem: CFI = 0,94; RMSEA = 0,06; 2º ordem: CFI=0,94; RMSEA: 0,59. Divergence contribui menos para o escore total da EBPAS, especialmente itens negativos (5 e 7). Confiabilidade: $\alpha$ total= 0,76, variação entre as subescalas Divergence ( $\alpha = 0,66$ , $\rho' = 0,70$ ) e Requirements ( $\alpha = 0,91$ , $\rho' = 0,91$ ).	Estados Unidos/Serviço Público e Agências Sem Fins Lucrativos de Saúde Mental

4.	Ashcraft et al. (2011)	543 psicoterapeutas de adolescentes	EBPAS-15 – Validade testada por AFC: O modelo de quatro fatores indicou multicolinearidade entre os itens 11 e 12 de Requirements ( $r = .87$ ), levando à remoção deles. Após permitir correlação residual entre itens 9 e 10 (Appeal), o modelo ajustou-se aos dados ( $CFI = 0,95$ ; $RMSEA = 0,06$ ). Validade Convergente/Divergente verificada via correlação entre subescalas da Attitudes Toward Psychotherapy Treatment Manuals e EBPAS: Openness e Positive Outcome: $r = 0,46$ , $p < .01$ ; e Divergence e Negative Process: $r = 0,37$ , $p < .01$ ; Openness e Negative Process: $r = -0,31$ , $p < .01$ . Confiabilidade: Alfa de Cronbach geral não foi relatado, a variação entre as subescalas foi de $\alpha = 0,51$ (Divergence) e $\alpha = 0,94$ (Requirements).	Estados Unidos/Serviço Público (Departamento de Álcool e Outras Drogas e Departamento de Saúde Mental)
5.	Aarons et al. (2012)	420 profissionais de saúde mental	EBPAS-50 – Validade testada por AFE: sugeriu 8 fatores. As correlações fatoriais foram de pequenas a moderadas ( $r = .01-.56$ ). Confiabilidade: Limitations ( $\alpha = 0,92$ ), Fit ( $\alpha = 0,88$ ), Monitoring ( $\alpha = 0,87$ ), Balance ( $\alpha = 0,79$ ), Burden ( $\alpha = 0,77$ ), Job Security ( $\alpha = 0,72$ ), Organizational Support ( $\alpha = 0,85$ ) e Feedback ( $\alpha = 0,82$ ), com 35 itens finais.	Estados Unidos/Serviço Público, Privado, Agências Sem Fins Lucrativos de Atenção à Infância, Adolescência e Família
6.	Melas et al. (2012)	534 médicos da atenção primária	EBPAS-15 adaptada – Validade testada por AFC: modelo de quatro fatores: $CFI = 0.903$ ; $RMSEA = 0.052$ ; modelo de 2ª ordem: $CFI = 0.905$ ; $RMSEA = 0.040$ . Os autores observaram que o termo manualized therapy utilizado na EBPAS poderia não ser aplicável a contextos gerais de saúde. Confiabilidade: consistência interna geral $\alpha = .73$ , variação entre as subescalas: Divergence $\alpha = .56$ e Appeal $\alpha = .59$ e Requirements $\alpha = .84$	Grécia/Serviço Público (Hospitais)
7.	Overby et al. (2014)	101 médicos residentes	EBPAS-GII criada a partir da EBPAS-15 (Genomics-Informed Intervention); com 3 fatores e 12 itens. Confiabilidade: consistência interna geral $\alpha = .78$ , das subescalas: Appeal ( $\alpha = .82$ ), Openness ( $\alpha = .81$ ) e Divergence ( $\alpha = .58$ ).	Estados Unidos/Hospital Universitário
8.	Patterson Silver Wolf et al. (2014)	1.273 profissionais de saúde mental	EBPAS-15 – Validade testada por AFC, comparando dois modelos: AC (covariância residual entre itens 3 e 6 de Divergence) e FF (Divergence dividida em dois fatores distintos). Ajuste do modelo AC: $CFI = 0,980$ ; $RMSEA = 0,051$ ; modelo FF: $CFI = 0,982$ ; $RMSEA = 0,049$ . Invariância de medida confirmada	Estados Unidos/Agência Sem Fins Lucrativos de Atenção à Família e Infância (Comunitária e Residencial)

9. De Paúl, Indias & Arruabarrena (2015)	240 profissionais de saúde mental	entre programas comunitários e residenciais. EBPAS-50 adaptada – Validade testada por AFE/AFC: apenas 5 dos 8 fatores em 24 itens foram confirmados (CFI = 0.93, RMSEA = 0.07). Confiabilidade: Alfa de Cronbach variando entre $\alpha=0.60$ (Monitoring) a $\alpha=0.85$ (Limitations); EBPAS-15 adaptada – Validade testada por AFE/AFC: 4 fatores sugeridos, explicando 64,5% da variância. AFC do modelo de 4 fatores: CFI = 0.93, RMSEA = 0.07; Divergence correlacionou negativamente apenas com Openness. Confiabilidade: $\alpha$ geral = 0.78, entre as subescalas Divergence ( $\alpha=0.60$ ) e Requirements ( $\alpha=0.94$ ).	Espanha/Serviço Público e Agências Sem Fins Lucrativos de Proteção à Infância
10. van Sonsbeek et al. (2015)	270 profissionais de saúde mental	EBPAS-15 adaptada – Validade testada por AFE: 4 fatores sugeridos, explicando 61% da variância; AFC de primeira ordem confirmou estrutura de 4 fatores (CFI = 0,90; RMSEA = 0,09), segunda ordem somente após correlação de resíduos (CFI = 0,96; RMSEA = 0,05); bifatorial: CFI = 0,97; RMSEA = 0,04; Os itens 3 e 6 de Divergence não carregaram significativamente no fator geral, e os itens 14 e 15 de Appeal não carregaram significativamente no fator específico. Confiabilidade: $\alpha$ geral = 0,72, e variação da subescalas entre $\alpha=0,67$ (Divergence) e $\alpha=0,89$ (Requirements).	Holanda/Serviço Público (Instituições de Saúde Mental em Assistência à Infância
11. Arnadottir & Gudjonsdottir (2016)	211 fisioterapeutas	EBPAS-15 traduzida – Validade testada por AFE: sugestão de 4 fatores (dados não detalhados). Confiabilidade: $\alpha$ geral = 0.84, entre as subescalas: $\alpha=0.93$ (Requirements); $\alpha=0.68$ (Appeal); $\alpha=0.80$ (Openness); $\alpha=0.68$ (Divergence).	Islândia/Serviço Privado e Públicos (clínicas privadas, hospitais e centros de reabilitação)
12. Egeland et al. (2016)	294 profissionais de saúde mental	EBPAS-15 adaptada – Validade testada por AFE/AFC comparando três modelos: o modelo de 4 fatores de primeira ordem ajustou-se aos dados após correlação de resíduos dos itens 9 e 10 (Appeal): CFI=0,924; RMSEA=0,071, o item 14 (Appeal) carregou em Requirements (0,43), item 13 (Requirements) variou entre os serviços comunitários e especializados (ICC=0,155); itens 3 e 6 (Divergence) contribuíram pouco para o fator geral. O modelo de 2ª ordem também ajustou-se após correlação de resíduos dos itens 9 e 10 (Appeal): CFI=0,921; RMSEA=0,071; item 13 mostrou-se	Noruega/Serviço Público (Unidades de Atenção Primária e Unidade de Atenção Especializada)

		não invariante entre serviços especializados e comunitários. Confiabilidade: $\alpha$ geral= 0,81, entre as subescalas de $\alpha=0,64$ (Divergence) a $\alpha=0,88$ (Requirements).	
13. Keyser, Harrington & Ahn (2016)	146 assistentes sociais	EBPAS-15 – Validade testada por AFC, comparando três modelos: Modelo de quatro fatores: CFI= 0,982, RMSEA= 0,087; Modelo de cinco fatores (dividindo Divergence em dois): CFI= 0,983, RMSEA= 0,088, com correlação muito alta entre os dois novos fatores ( $r=-0,903$ ); Modelo de 2ª ordem: CFI=0,983; RMSEA= 0,084, Divergence não apresentou carregamento significativo no fator geral ( $\beta= -0,129$ , $p= 0,09$ ).	Estados Unidos/Serviço Público de Bem-Estar Infantil
14. Vassos & Carroll (2016)	170 profissionais de saúde mental	EBPAS-GEN (serviços de deficiência) e EBPAS-PBS (serviços com Positive Behavior Support), ambas criadas a partir da EBPAS-15. Validade testada por AFC: A estrutura de quatro fatores foi confirmada apenas na EBPAS-PBS (CFI = 0,94; RMSEA = 0,077). A EBPAS-GEN apresentou ajuste inferior (CFI = 0,86; RMSEA = 0,108). Confiabilidade: alfas de cronbach variaram de $\alpha=0,68$ (Divergence) a $\alpha=0,96$ (Requirements) na EBPAS-PBS e de $\alpha=0,72$ (Divergence) a $\alpha=0,94$ (Requirements) na EBPAS-GEN.	Austrália/Serviço Público, Privado e Agências de Apoio e Serviço a pessoas com deficiência intelectual Sem Fins Lucrativos
15. Burgess et al. (2017)	184 terapeutas de crianças e adolescentes	EBPAS-15 combinada com a Modified Practice Attitude Scale. Validade testada por AFE: solução de 3 fatores com 16 itens sugeridos: Importance of Clinical Experience over EBPs ( $\alpha = 0,74$ ), Clinician Openness to Change ( $\alpha = 0,82$ ), Problems with EBPs ( $\alpha = 0,80$ ), explicando 55,4% da variância total.	Estados Unidos/Serviço Público, Agências de Saúde Mental de Universidades, Hospitais
16. Rye et al. (2017)	1.256 profissionais de saúde mental	EBPAS-36 adaptada – Validade testada por AFC. Nos EUA ( $n = 418$ ): Estrutura de 12 fatores (CFI = 0,93; RMSEA = 0,045); Confiabilidade: Alfa de cronbach total = 0,79, com variação entre subescalas de 0,60 (Divergence) a 0,91 (Requirements). Na Noruega ( $n = 838$ ): CFI = 0,91; RMSEA = 0,052; $\alpha$ geral = 0,86, variando de $\alpha= 0,61$ (Appeal) a $\alpha=0,92$ (Requirements). Confiabilidade: (Fit, Balance) alfa de Cronbach > 0,70.	Noruega e Estados Unidos/Serviço Público e Privado
17. Boppre, Sundt & Salisbury (2018)	156 oficiais de liberdade condicional e conselheiros prisionais	EBPAS-15 – Validade testada por AFE/AFC. Na AFE, a subescala Requirements foi excluída por multicolinearidade ( $r = 0,86-0,92$ ; condition number = 70). Com os itens restantes, emergiu uma estrutura de	Estados Unidos/Serviço Público (Sistema Prisional de Correções Comunitárias)

		dois fatores: (1) Appeal e Openness combinados, e (2) Divergence, com exceção do item 7 sobre tratamento manualizado, que apresentou carga fraca. A AFC testou o modelo teórico de três fatores (sem a subescala Requirements e sem o item 7 de Divergence), obtendo o seguinte ajuste de dados: CFI = 0,99, RMSEA = 0,05. Confiabilidade: $\alpha$ geral= 0,85, e variação entre as subescalas de $\alpha=0,70$ (Divergence) e $\alpha=0,92$ (Requirements). EBPAS-15 modificada para contexto escolar, resultando num instrumento com 16 itens totais – Validade testada por AFC, comparando modelo 1º ordem e modelo hierárquico de 2ª ordem. Modelo hierárquico teve ajuste ligeiramente melhor: CFI = 0,989, RMSEA = 0,086. Cargas fatoriais significativas para todos os itens ( $\beta > 0,48$ ). Cargas dos fatores de primeira ordem para o fator geral: Requirements, Appeal, Openness $\beta > 0,525$ ; Divergence $\beta > 0,338$ . Confiabilidade: Variação da consistência interna entre as subescalas Divergence ( $\Omega = 0,67/\alpha = 0,63$ ) e Requirements ( $\Omega = 0,97/\alpha = 0,96$ ).	
18. Cook et al. (2018)	196 consultores escolares de saúde comportamental		Estados Unidos/Serviço Público (Organização Estadual de Saúde Educacional)
19. Padmanabhanunni (2018)	186 psicólogos, assistentes sociais e conselheiros registrados	EBPAS-15 – Validade testada por AFC, comparando três modelos: modelo de único fator geral apresentou o seguinte ajuste: CFI= 0,44; RMSEA: 0,18. O modelo original de 4 fatores: CFI= 0,85; RMSEA= 0,09. O modelo de 2º ordem: CFI=0,85; RMSEA= 0,09. Os itens 14 (Appeal), 3, 5 e 7 (Divergence) apresentaram carga fraca no modelo de 4 fatores e no modelo de segunda ordem. Confiabilidade: $\alpha$ geral= 0,78; variação entre as subescalas de $\alpha=0,62$ (Appeal), $\alpha=0,63$ (Divergence) a $\alpha=0,85$ (Requirements).	África do Sul/Serviço Privado e Organização Não Governamental
20. Yıldız et al. (2018)	250 enfermeiros hospitalares	A EBPAS-50 – A análise fatorial (KMO=0,652) identificou uma estrutura de 4 fatores, explicando 38% da variância total. As cargas fatoriais dos itens foram reportadas. Validade de Critério: Correlação de Pearson com a “Barriers Scale” resultou em $r=0,113$ ( $p=0,054$ ). Confiabilidade: $\alpha$ geral para (50 itens)= 0,783. Confiância Teste-Retest: Aplicada em 40 participantes, a correlação entre os escores totais foi de $r=0,344$ ( $p=0,030$ ). A comparação das médias por teste não mostrou diferença significativa ( $p=0,318$ ).	Turquia/Serviço Público (Hospital Militar)
21. Kim (2019)	181 assistentes sociais	EBPAS-15 adaptada – Validade testada por AFC: modelo original de 4 fatores:	China/Organizações Não

		CFI=0,90; RMSEA=0,08. Modelo revisado, com correlação residual entre itens 1–2 e 14–15, apresentou melhor ajuste (CFI=0,92; RMSEA=0,07). Cargas fatoriais significativas (0,29–0,95). Modelo de 4 fatores superou o de 5 fatores em AIC/BIC. O fator Divergence manteve confiabilidade e cargas baixas, mas aceitáveis. Confiabilidade: $\alpha$ geral=0,75; subescalas: Requirements ( $\alpha$ =0,90), Openness ( $\alpha$ =0,79), Appeal ( $\alpha$ =0,76), Divergence ( $\alpha$ =0,61).	Governamentais
22. Maessen et al.(2019)	273 auxiliares de enfermagem, técnicos de enfermagem e enfermeiros	EBPAS-15 adaptada – Validade testada por AFE: 4 fatores sugeridos, com autovalores > 1, explicando 63% da variância. Validade convergente: correlação com a subescala Attitude da Evidence-Based Practice Questionnaire (EBPQ)= $r = 0,30$ ( $p < 0,01$ ). As correlações item-total também foram adequadas, exceto para os itens da subescala Divergence, em particular o item 3, que apresentou correlação item-total baixa. Confiabilidade: $\alpha$ geral= 0,76, variando de 0,55 (Divergence) a 0,90 (Requirements). Teste-reteste (ICC): foi testada com 80 profissionais. EBPAS-ve total= 0,50, variando entre 0,40 (Appeal) e 0,60 (Openness).	Holanda/Universidade e Serviço Privado
23. Rye, Friberg & Skre (2019)	782 psicólogos e enfermeiros de saúde mental	EBPAS-36 – A validade da estrutura de primeira ordem (12 fatores) foi testada via AFC (CFI = 0,92, RMSEA = 0,048). Para derivar uma estrutura hierárquica, os escores fatoriais da AFC foram submetidos a uma ACP exploratória. Inicialmente, extraíram-se 4 componentes com autovalor >1, explicando 74,7% da variância, mas uma solução mais simples de 3 componentes de segunda ordem mais parcimoniosa e com menos cargas cruzadas foi escolhida, que explicou 66,23% da variância total.	Noruega/Serviço Público e Privado
24. Rye et al.(2019)	662 psicólogos e enfermeiros	EBPAS-ROM adaptada, modificada a partir da EBPAS-50 (9 fatores, 27 itens) – Validade testada por AFC: CFI = .93; RMSEA = .053. As cargas fatoriais variaram de .42 a .98. A validade concorrente foi evidenciada por associações entre as subescalas e variáveis dependentes e demográficas. O escore total predisse o uso de instrumentos padronizados para planejamento, monitoramento e avaliação terapêutica. Confiabilidade: $\alpha$ total =0,85; entre as subescalas de	Noruega/Associação de Psicólogos Noruegueses e Organização de Enfermeiros Noruegueses de Saúde Mental e Abuso de Drogas

		$\alpha=0,70$ (Burden) e $\alpha=0,93$ (Requirements).	
25. Skavberg Roaldsen & Halvarsson (2019)	55 fisioterapeutas	EBPAS-15 adaptada – Confiabilidade: $\alpha$ geral= 0,83; subescalas: Requirements ( $\alpha=0.83$ ), Openness ( $\alpha=0.82$ ), Divergence ( $\alpha=0.84$ ); Appeal ( $\alpha=0.72$ ). Teste-Reteste: ICC total = 0.707; para as subescalas: Requirements (ICC= 0.803); Openness (ICC=0.705); Divergence (ICC=0.738); Appeal (ICC= 0.559). O gráfico de Bland–Altman indicou ausência de diferenças sistemáticas entre as aplicações. O erro padrão de medição (SEM = 0,21) e a diferença mínima detectável (SRD = 0,57) sugerem que alterações acima de 0,57 pontos podem ser consideradas mudanças significativas nas atitudes, e não apenas um erro de medição.	Suécia/Serviço Público e Privado (Hospital Universitário, Atenção Primária, Cuidado Residencial, Clínicas)
26. Santessomet al. (2020)	579 profissionais de saúde mental	EBPAS-15 adaptada – Validade testada por AFC, comparando três modelos: O modelo de quatro fatores ajustou-se aos dados após correlacionar os itens 9 e 10 de Appeal e fixar os itens 11 e 12 em Requirements (CFI = .982, RMSEA = .99). Os modelos de segunda ordem (CFI=.973, RMSEA=.98) e bifatorial (CFI=.978, RMSEA=.94) também se ajustaram adequadamente após a correlação entre os itens 9 e 10 de Appeal. O item 3 de Divergence apresentou correlação item-total mais baixa (.27). O uso da pontuação total foi validado como medida de atitude geral, mas as subescalas apresentaram limitações: Requirements manteve certa independência (ECV-S = .22), enquanto Appeal mostrou alta sobreposição com o fator geral (ECV-S = .07). Confiabilidade: $\alpha$ geral=0,81, variação entre as subescalas Divergence ( $\alpha=0.60$ ) e Requirements ( $\alpha=0.88$ ), aceitável para Appeal ( $\alpha=0.74$ ).	Suécia/Serviço Público
27. Ayhan Başer et al. (2021)	151 residentes em medicina da família	EBPAS-15 adaptada – Validade de conteúdo testada por especialistas via Índice de Validade: CVI > 0,80. Validade Fatorial por AFC: modelo original de 4 fatores (CFI=0.745, RMSEA=0,062). Confiabilidade: $\alpha$ geral= 0,828.	Turquia/Não houve informações
28. Szota et al.(2021)	599 psicoterapeuta psiquiatras	EBPAS-36 adaptada – Validade testada por AFE/AFC: uma estrutura de 6 fatores foi sugerida em vez dos 12 originais, representando 57,56% da variância. Três modelos foram comparados por AFC: o modelo original de 12 fatores: CFI= 0.856,	Alemanha/Serviço Privado (Consultório Particular)



		RMSEA=0.064; Modelo de 2º ordem de 4 fatores derivado da AFE: CFI=0.885, RMSEA= 0.057; O modelo de 2º ordem de 3 fatores: CFI=0.880, RMSEA= 0.058. Validade Convergente: A EBPAS-36 se correlacionou com subescalas de atitudes do Intention Scale for Providers ( $r = 0.663$ e $r = 0.531$ ). Confiabilidade: $\alpha$ geral= 0,89, entre as subescalas variou de $\alpha = 0,65$ (Divergence/Balance) e $\alpha = 0,89$ (Requirements/Job Security).	
29. Van Giang et al. (2021)	353 enfermeiros, parteiras	EBPAS-15 adaptada – Validade de Conteúdo avaliada por Índice de Conteúdo: S-CVI > .90 (numa escala de variando de 1– não relevante a 4 – altamente relevante). Validade de construto avaliada por AFE/AFC. 4 fatores sugeridos, explicando 55, 2% da variância total. Cargas fatoriais: .36 a .94. AFC: CFI=.922; RMSEA=.075.	Vietnã/Serviço Público (Hospital: cirurgia, pediatria, obstetrícia, assistência e administração)
30. Baumann et al. (2022)	362 psicólogos clínicos infantis	EBPAS-15 adaptada – Validade testada por AFC, comparando três modelos: modelo de um único fator geral apresentou índices de CFI=0.898, RMSEA=0.177; modelo original de 4 fatores: CFI=0.982, RMSEA=0.077; modelo com a exclusão do item 3 de Divergence: CFI=0.984, RMSEA=0.079. Item 3 de Divergence (“I know better than academic researchers how to care for clients”) teve uma carga fatorial muito baixa (0,30) e foi o menos respondido pela amostra (86,3%). Confiabilidade: $\alpha$ geral = 0,82, entre as subescalas variaram de $\alpha = 0,60$ (Divergence) a $\alpha = 0,86$ Requirements; atratividade = 0,74; abertura = 0,77.	Brasil/Serviço Privado (Consultório Particular)
31. Merle et al. (2023)	441 professores de ensino fundamental	S-EBPAS: adição de duas subescalas da EBPAS-50 (Fit, Burden) e modificação da EBPAS-15 para educadores, resultando num instrumento com 3 fatores e 9 itens, com versão genérica (EBP-agnostic) e específica (specific EBPs). Validade testada por AFE/AFC: uma estrutura de 3 fatores e 14 itens foi sugerida, mas a AFC indicou melhor ajuste para uma versão com 9 itens, mantendo os 3 fatores (Fit, Appeal, Openness): CFI = .991, RMSEA = .073. Confiabilidade ( $\rho$ de Raykov): Escala Total: .918, Subescalas: Openness (.901), Appeal (.936), Fit (.880).	Estados Unidos/Serviço Público (Escolas Públicas de Ensino Fundamental)
32. Shayanmehr et al. (2023)	182 fonoaudiólogos	EBPAS-36 adaptada – Validade de conteúdo e de face: Todos os itens apresentaram CVR > 0,33, exceto o	Irã/Associação Iraniana de Fonoaudiologia

		<p>item 10 (CVR=0,24), que foi removido, resultando em 35 itens (EBPAS P-35). O CVI total variou entre 0,70–1,00, indicando validade satisfatória. Todos os itens obtiveram média &gt;4 em clareza e adequação cultural e escore de impacto &gt;1,5. Validade fatorial (AFC): Modelo de 12 fatores após modificações não especificadas pelos autores (CFI=0,94; RMSEA=0,04). Confiabilidade: <math>\alpha</math> geral = 0,88, entre as subescalas <math>\alpha</math>=0,65 (Limitation) e <math>\alpha</math>=0,85 (Job Security). Confiabilidade teste–reteste: ICC bom a moderado para todos os itens (0,61 - 1,00), exceto os itens 1 e 6.</p>	
33. Santos, Pereira & Moreira (2024)	71 psicólogos	<p>EBPAS-15 adaptada – validade testada por Análise de Componentes Principais, que sugeriu uma estrutura de 5 fatores (autovalor &gt;1), mas o scree plot indicou a existência de 4 fatores conforme a estrutura original, explicando 67,24% da variância total. As cargas fatoriais variaram de .34 a .90. O item 14 de Appeal apareceu com maior carga em Requirements, mas foi realocado no fator original. A validade convergente foi evidenciada por correlações positivas e significativas entre subescalas (<math>r = .56-.73</math>). Confiabilidade: <math>\alpha</math> geral = .83; entre as subescalas <math>\alpha = 0.60</math> (Divergence) e <math>\alpha = 0,87</math> (Requirements), com melhora na subescala Divergência após exclusão do item 5 (<math>\alpha = .66</math>).</p>	Portugal/Serviço Público e Privado (Escolas, Instituições de Saúde, Consultório Particular)
34. Mersky et al. (2025)	445 profissionais de saúde mental	<p>EBPAS-36 testada por AFC, comparando-a com modelo hierárquico de 2º ordem. Modelo de primeira ordem (12 fatores): CFI=0,927; RMSEA=0,045. Cargas fatoriais para 11 fatores foram moderadas a altas (0,547–0,998); o fator balance apresentou um item com carga fraca (0,325). Modelo Hierárquico (2º ordem): modelo com 3 fatores não se ajustou aos dados da amostra. Autores reconfiguraram o modelo para dois fatores após correlações de erros selecionadas (CFI=0,912; RMSEA=0,047), apesar dos bons índices, este realinhamento resultou na fusão de domínios e na alteração da estrutura teórica proposta. Confiabilidade: <math>\alpha</math> total = .77, entre as subescalas variou de <math>\alpha = 0,49</math> (Balance) e <math>\alpha = 0,95</math> (Requirements).</p>	Estados Unidos/Serviço Público ( <i>Trauma and Recovery Project</i> , projeto estadual de implementação)
35. Pervin, Hansmann & York Hagmayer (2025)	292 profissionais de saúde mental	<p>EBPAS-36 adaptada (somente 9 das 12 subescalas foram utilizadas) – validade testada por AFC: Alemanha: CFI =</p>	Bangladesh e Alemanha/Associações de Psicologia,

0,96; RMSEA = 0,074; Bangladesh: CFI = 0,98; RMSEA = 0,048. Invariância de medida: não foi totalmente obtida entre os dois países; apenas quatro subescalas (Openness, Appeal, Requirements e Job Security) apresentaram invariância escalar parcial, permitindo comparações limitadas de médias. Confiabilidade: Alemanha: $\alpha$ das subescalas = 0,45 (Divergence) – 0,92 (Requirements); Bangladesh: $\alpha$ = 0,23 (Divergence) – 0,91 (Requirements); subescalas Limitations, Balance, Burden (Bangladesh) e Limitations, Fit, Balance (Alemanha) com $\alpha < 0,70$ .	Psiquiatria e Neurologia e Centros de Apoio e Serviço a Pessoas com Deficiência
--	---

*Nota.* AFE = análise fatorial exploratória; AFC = análise fatorial confirmatória;  $\alpha$  = alfa de Cronbach;  $\rho$  = coeficiente de Raykov; ICC = coeficiente de correlação intraclass; CFI = índice de ajuste comparativo; RMSEA = raiz do erro quadrático médio de aproximação; ACP= Análise de Componentes Principais; CVR = Content Validity Ratio; CVI = Content Validity Index

Conforme sintetizado na Tabela 1, a EBPAS-15 foi a versão mais utilizada nos estudos ( $n= 20$ ), seguida pela EBPAS-36 ( $n= 6$ ) e EBPAS-50 ( $n= 3$ ). A validade de construto da EBPAS-15 foi a propriedade mais amplamente investigada, principalmente por meio de Análise Fatorial Confirmatória (AFC). Os modelos de primeira ordem apresentaram ajustes geralmente adequados, confirmando a estrutura original de 4 subescalas com cargas fatoriais moderadas a altas, exceto para Divergence (Aarons et al., 2007; Aarons et al., 2010; Ashcraft et al., 2011; Baumann et al., 2022; Van Giang et al., 2021). As correlações entre os fatores foram geralmente moderadas, mas Divergence apresentou correlação fracas com os demais fatores, ou, em alguns casos, não se correlacionou com Appeal e Requirements (Aarons et al., 2004; Aarons et al., 2010; De Paúl, Indias & Arruabarrena 2015).

Para solucionar a falta de suporte à subescala Divergence, alguns estudos testaram um modelo mais complexo de cinco fatores, no qual a subescala foi dividida em dois fatores (ceticismo com pesquisa e valorização da experiência), resultando na melhora dos índices de ajustes (Kim, 2019; Patterson Silver Wolf et al., 2014). No entanto, a solução registrou uma correlação alta entre os subfatores ( $r= -0,903$ ), e o modelo original de 4 fatores mostrou-se preferível em termos de ajuste e parcimônia quando foi aplicado critérios que avaliam a qualidade relativa dos modelos estatísticos (Akaike Information Criterion e Bayesian Information Criterion) (Keyser et al., 2016; Kim, 2019).

A hipótese de um fator geral de atitude para EBPAS-15 também recebeu apoio em alguns estudos quando o modelo de segunda ordem foi modificado, permitindo correlações entre os resíduos dos itens 9 e 10 da subescala Appeal (Aarons et al., 2007; Aarons et al.,

2010; Ashcraft et al., 2011; Melas et al., 2012; Santessom et al., 2020; van Sonsbeek et al., 2015). Nesses modelos, tanto as cargas dos itens nos fatores específicos quanto a carga dos fatores de primeira ordem no fator geral foram, em grande parte, moderadas a altas. Contudo, Divergence foi novamente a subescala menos apoiada, com cargas inconsistentes no fator específico e no fator geral (Keyser et al., 2016; Santessom et al., 2020; van Sonsbeek et al., 2015).

Por fim, dois estudos que testaram modelos bifatoriais forneceram evidência preliminar à presença simultânea de um fator geral e de fatores específicos para EBPAS-15 (Santessom et al., 2020; van Sonsbeek et al., 2015). O ajuste bifatorial foi, por vezes, ligeiramente superior ao do modelo de segunda ordem modificado, com cargas moderadas a altas para muitos itens. Itens das subescalas Divergence e Appeal apresentaram cargas fracas, e a variância explicada pelo fator geral foi superior à dos fatores específicos (ECV geral = 0,46; ECV subfatores = 0,07–0,22). Os achados apontam que parte substancial da variância dos itens é explicada por um fator geral de atitude (Santessom et al., 2020; van Sonsbeek et al., 2015).

A validade convergente da EBPAS-15 foi avaliada por meio de correlações bivariadas com medidas teoricamente relacionadas e mostrou-se parcialmente sustentada. Correlações moderadas e baixas foram encontradas entre subescalas da EBPAS-15 e da Attitude Toward Psychological Treatments Measure (ATPTM), especificamente entre Openness e Positive Outcome ( $r=.46$ ,  $n=543$ ,  $p < .01$ ) e Divergence e Negative Process ( $r=.37$ ,  $n=543$ ,  $p < .01$ ) (Ashcraft et al., 2011). Na adaptação holandesa, o escore total da EBPAS-15 apresentou correlação baixa com a subescala Attitude do Evidence-Based Practice Questionnaire ( $r=0,30$ ,  $n = 273$ ,  $p < .01$ ) (Maessen et al., 2019).

Dois estudos investigaram a invariância de medida da EBPAS-15 em diferentes contextos. O primeiro testou um modelo de primeira ordem com uma covariância residual adicionada entre os itens 3 e 6 (Divergence), comparando profissionais de serviços comunitários e residenciais dos Estados Unidos. O modelo base apresentou bom ajuste (CFI = 0,983; RMSEA = 0,047), e o teste de diferença qui-quadrado não foi significativo [ $\chi^2(52, N = 1.259) = 53,884$ ,  $p = .402$ ], indicando invariância de medida métrica. A maioria das cargas fatoriais diferiram modestamente, as exceções foram para o item 6 de *Divergence* e o item 14 de *Appeal* (Patterson Silver Wolf et al., 2014).

Diferenças adicionais foram observadas nas covariâncias residuais (itens 9–10 de Appeal:  $r = 0,552$  vs  $0,314$ ; itens 3–6 de Divergence:  $r = 0,031$  vs  $0,200$ ). A correlação

Openness–Divergence foi muito mais negativa no grupo residencial ( $-0.396$  vs  $-0.098$ ), e as médias fatoriais foram maiores em Requirements ( $M=0.298$ ) e Openness ( $M=0.336$ ) no grupo residencial ( $p<.001$ ). Em suma, observou-se equivalência de medida, mas não invariância estrutural entre grupos (Patterson Silver Wolf et al., 2014).

O outro estudo testou o modelo de primeira ordem com correlação de resíduos entre os itens 9 e 10 de Appeal, comparando profissionais da atenção primária e especializada da Noruega. O modelo totalmente restrito não apresentou um bom ajuste ( $CFI = 0,869$ ;  $TLI = 0,859$ ;  $SRMR = 0,095$ ). A carga do item 13 de *Requirements* diferiu significativamente entre serviços de atenção primária e especializados ( $p = 0,013$ ), mostrando invariância métrica parcial para este item específico (Egeland et al., 2016).

A consistência interna da EBPAS-15 foi avaliada predominantemente pelo coeficiente alfa de Cronbach e, em geral, mostrou-se adequada para o escore total ( $\alpha$  entre 0,72 e 0,83) e para as subescalas Requirements ( $\alpha$  entre 0,85 e 0,94) e Openness ( $\alpha$  entre 0,77 e 0,82). Já Appeal ( $\alpha$  entre 0,68 e 0,80) e, sobretudo, Divergence ( $\alpha$  entre 0,55 e 0,67) apresentaram os menores coeficientes nos estudos (Aarons et al., 2004; Aarons et al., 2007; Aarons et al., 2010; Ashcraft et al., 2011; Arnadottir & Gudjonsdottir, 2016; Baumann et al., 2022; Melas et al., 2012; van Soonsbeek et al., 2015; Padmanabhanunni, 2018).

Quanto à estabilidade temporal, dois estudos avaliaram o teste–reteste. Skavberg Roaldsen e Halvarsson (2019) avaliaram 55 participantes suecos com intervalo de duas semanas, relatando ICC total de aproximadamente 0,71 (IC 95%: 0,547–0,818), com subescalas variando de 0,56 (Appeal) a 0,80 (Requirements). Enquanto Maessen et al. (2019), em uma amostra de 80 participantes holandeses e mesmo intervalo, encontraram ICC total de 0,52, e subescalas variando de 0,40 (Appeal) a 0,64 (Openness). Em conjunto, os achados sugerem confiabilidade moderada do escore total e baixa para Appeal.

Em relação à validade de construto da EBPAS-36, o modelo de primeira ordem com 12 fatores foi confirmado com ajustes adequados em diferentes amostras (Mersky et al., 2025; Rye et al., 2017; Rye, Friborg & Skre, 2019; Shayanmehr et al., 2023), com exceção da amostra alemã, cujo ajuste foi inferior ( $CFI= 0,856$ ,  $RMSEA= 0,064$ ) (Szota et al., 2021). As cargas fatoriais variaram entre moderada e alta, com valores mais baixos apenas no fator *Balance* (.28). As correlações item-total e as entre fatores foram fracas a moderadas, mostrando-se elevadas apenas entre Appeal e Fit, Divergence e Limitations, e Job Security e Organizational Support (Mersky et al., 2025; Rye et al., 2017; Shayanmehr et al., 2023; Szota et al., 2021).

A hipótese de fator geral para a EBPAS-36 não foi consistentemente apoiada nos estudos. Szota et al. (2021) testaram um modelo com quatro fatores de segunda ordem derivado de AFE, que apresentou ajuste insatisfatório ( $CFI = 0,885$ ;  $RMSEA = 0,057$ ) e alguns fatores de primeira ordem exibiram cargas fatoriais superiores a 1,0 (*Heywood case*). Esses autores também avaliaram a solução hierárquica de três fatores extraída por análise de componentes principais (ACP) por Rye, Friberg e Skre (2019). De modo semelhante, esse modelo exibiu cargas acima de 1,0 e ajuste igualmente insatisfatório ( $CFI = 0,880$ ;  $RMSEA = 0,058$ ).

Em análise subsequente, Mersky et al. (2025) não conseguiram replicar o modelo de Rye, Friberg e Skre (2019), identificando colinearidade excessiva entre os fatores de segunda ordem ( $\psi > 1,00$ ). Para contornar o problema, reconfiguraram o modelo para uma solução de dois fatores que, após ajustes por correlação de erros e realocação de itens, apresentou índices satisfatórios ( $CFI = 0,912$ ;  $RMSEA = 0,047$ ). Entretanto, essa reespecificação alterou a interpretação teórica da estrutura hierárquica. Em conjunto, as evidências sugerem que os modelos de segunda ordem são instáveis e sensíveis ao contexto, enquanto a estrutura de primeira ordem com 12 fatores mostra-se mais replicável entre culturas.

A validade convergente da EBPAS-36 foi apoiada por correlações bivariadas de magnitude moderada a alta com medidas teoricamente relacionadas. O escore total da escala correlacionou-se fortemente com subescala Attitude-D ( $r = 0,663$ ,  $p < 0,001$ ,  $n = 599$ ) e moderadamente com subescala Attitude-I ( $r = 0,531$ ,  $p < 0,001$ ,  $n = 599$ ) da Intention Scale for Providers (ISP), instrumento que mede a intenção de usar PBE. O escore total da EBPAS-36 ainda apresentou correlação moderada ( $r = 0,432$ ,  $p < 0,001$ ) com o Implementation Climate Scale, instrumento que mede a percepção dos profissionais sobre até que ponto suas organizações/sistemas priorizam, apoiam e recompensam o uso de PBE (Szota et al., 2021).

A invariância da EBPAS-36 foi investigada apenas por um estudo em amostra intercultural, composta por profissionais da Alemanha ( $n = 191$ ) e de Bangladesh ( $n = 101$ ) que trabalhavam com crianças e adolescentes com Transtorno do Espectro Autista (TEA). Nove subescalas foram analisadas, e quatro delas (Openness, Appeal, Requirements e Job Security) apresentaram consistência interna adequada ( $\alpha \geq 0,70$ ) em ambas as amostras, sendo incluídas em uma análise fatorial confirmatória multigrupo. Os resultados apresentaram bom ajuste para ambos os países ( $CFI = 0,95-0,98$ ;  $RMSEA = 0,048-0,074$ ) e apoiaram a invariância escalar parcial ( $\Delta CFI < 0,01$ ), permitindo a comparação intercultural direta das subescalas Requirements e Job Security, e comparações com cautela para

Openness e Appeal. O estudo é pioneiro ao aplicar testes de invariância configural, métrica e escalar na EBPAS-36 entre países de alta renda e média-baixa renda, ampliando a validade transcultural do instrumento (Pervin, Hansmann & Hagmayer, 2025).

A consistência interna da EBPAS-36 mostrou-se adequada para o escore total ( $\alpha \approx 0,77-0,89$ ), com Requirements e Job Security apresentando frequentemente os maiores alfas ( $\alpha > 0,70$ ). Divergence, Appeal, Fit e Balance foram as subescalas que demonstraram maior variabilidade entre estudos ( $\alpha$  comumente  $< 0,70$ ), registrando confiabilidade fraca ou moderada em alguns contextos (Mersky et al., 2025; Pervin, Hansmann & York Hagmayer, 2025; Rye et al., 2017; Szota et al., 2021; Shayanmehr et al., 2023). O estudo iraniano foi o único a avaliar a estabilidade temporal da escala, encontrando ICC total de 0,65, em um intervalo de 2 semanas com uma amostra de 30 participantes. A estabilidade dos itens variou entre moderada e excelente, a exceção foram os itens 1 (Openness), 6 (Divergence) e 12 (Fit) (Shayanmehr et al., 2023).

Em relação à validade e confiabilidade da EBPAS-50, os únicos estudos encontrados não apresentam evidências que sustentem a estrutura ampliada. A expansão da escala foi conduzida por meio de AFE, que resultou em oito novas dimensões, com correlações fatoriais pequenas a moderadas ( $r=.01 - .56$ ) e alfas para as subescalas variando entre  $\alpha=0,72$  e  $\alpha=0,92$ , mas sem confirmação em amostra independente por AFC (Aarons et al., 2012). Em adaptações posteriores, a estrutura de oito fatores não foi replicada. Na adaptação espanhola, a AFE indicou uma estrutura de cinco fatores (Limitations, Monitoring, Balance, Job Security e Fit), cuja adequação foi confirmada por AFC (CFI = 0,93; RMSEA = 0,07), com alfas adequados entre as subescalas ( $\alpha = 0,77-0,92$ ) e correlações fatoriais pequenas a moderadas ( $r = 0,01-0,56$ ) (De Paúl, Indias & Arruabarrena, 2015).

Na adaptação turca, a análise fatorial relatada como confirmatória na verdade consistiu em uma ACP, que indicou quatro fatores responsáveis por 38% da variância (KMO = 0,652), sem apresentação das cargas fatoriais. A consistência interna do escore total foi aceitável ( $\alpha = 0,783$ ), mas não houve detalhamento das subescalas. A estabilidade temporal, avaliada por meio do teste  $t$  e da correlação de Pearson em 40 participantes, indicou reprodutibilidade individual baixa, apesar da ausência de diferença significativa entre as médias ( $M1 = 115,56 \pm 14,19$ ;  $M2 = 118,10 \pm 15,35$ ;  $t = 0,956$ ;  $p = 0,318$ ;  $r = 0,344$ ;  $p = 0,03$ ). Além disso, a validade de critério não foi confirmada, uma vez que a correlação entre os escores totais da EBPAS-50 e da Barriers Scale ficou abaixo do valor mínimo esperado ( $r = 0,113$ ;  $p = 0,054$ ) (Yildiz et al., 2018).

Além dessas três versões principais, foram identificadas outras variações da escala, como **EBPAS-GII** (Overby et al., 2014); **EBPAS-GEN** e **EBPAS-PBS** (Vassos & Carroll, 2016); **EBPAS+MPAS** (Burgess et al., 2017); **EBPAS aplicada ao contexto educacional** (Cook et al., 2018; Merle et al., 2023); e **EBPAS-ROM** (Rye et al., 2019). A EBPAS-GII foi desenvolvida para medir atitudes de médicos residentes frente a intervenções informadas por genoma. A estrutura fatorial manteve-se próxima à versão original (EBPAS-15), com três subescalas e 12 itens e consistência interna geral adequada ( $\alpha=.78$ ) e entre as subescalas variando entre excelente para Appeal ( $\alpha=.82$ ) e Openness ( $\alpha=.81$ ), e fraca para Divergence ( $\alpha=.58$ ) (Overby et al., 2014).

A EBPAS-GEN e a EBPAS-PBS foram desenvolvidas a partir da EBPAS-15 para avaliar atitudes gerais e específicas de profissionais de serviços de deficiência intelectual frente à PBE e à intervenção Positive Behavior Support, respectivamente. A EBPAS-PBS apresentou bom ajuste fatorial (CFI = .94; RMSEA = .077) e consistência interna adequada ( $\alpha = 0,68-0,96$ ), enquanto a EBPAS-GEN mostrou ajuste insatisfatório (CFI = .86; RMSEA = .108) e consistência interna adequada ( $\alpha = 0,72-0,94$ ), sugerindo que atitudes gerais sobre PBE são menos bem definidas nessa população (Vassos & Carroll, 2016).

A EBPAS+MPAS é resultado de uma combinação entre itens da EBPAS-15 e da Modified Practice Attitude Scale (MPAS) em uma AFE conjunta para avaliar as atitudes latentes de terapeutas frente à PBE. Durante as análises, as subescalas Appeal e Requirements foram removidas por conta dos enunciados redundantes, e o item 3 de Divergence por carga cruzada. A solução final (itens de Openness, Divergence e MPAS) gerou três fatores: Importance of Clinical Experience Over EBPs ( $\alpha = .74$ ), Clinician Openness to Change ( $\alpha = .82$ ) e Problems with EBPs ( $\alpha = .80$ ), indicando uma estrutura mais parcimoniosa das atitudes entre terapeutas (Burgess et al., 2017).

A EBPAS aplicada ao contexto educacional trata-se de duas variações da EBPAS-15 desenvolvidas para medir atitudes de consultores escolares e de professores do ensino fundamental frente à PBE, respectivamente (Cook et al., 2018; Merle et al., 2023). A versão adaptada para consultores escolares envolveu ajustes nos termos da escala original e a inclusão de um item adicional na subescala *Requirements*, resultando em 16 itens distribuídos em quatro fatores. A análise fatorial confirmou suporte para um modelo de segunda ordem (CFI = 0,989; RMSEA = 0,086), com consistência interna variando de excelente ( $\alpha = 0,96$ ,  $\Omega = 0,97$ , em *Requirements*) a moderada ( $\alpha = 0,63$ ,  $\Omega = 0,67$ , em *Divergence*) (Cook et al., 2018).



A versão para professores do ensino fundamental foi desenvolvida a partir da combinação das quatro subescalas da EBPAS-15 e duas subescalas da EBPAS-50 (Fit e Burden). Após consulta a especialistas, grupos focais e análises fatoriais (AFE/AFC), o instrumento foi refinado, resultando na S-EBPAS com 9 itens e três fatores: Openness, Appeal e Fit. Foram criadas duas formas de aplicação (EBP-agnostic e EBP-specific) e análises de invariância múltipla confirmaram equivalência entre elas ( $CFI > .99$ ;  $RMSEA < .08$ ), indicando que ambas mensuram de modo equivalente o construto. A confiabilidade das subescalas foi alta, com  $\rho$  variando de 0,880 a 0,936 (Merle et al., 2023).

Por fim, a EBPAS-ROM foi desenvolvida para avaliar atitudes de psicólogos e enfermeiros frente ao Routine Outcome Monitoring (ROM), a partir da adaptação cultural da EBPAS-50 para o norueguês. Aplicada em uma amostra de 662 participantes, a versão final teve 27 itens em 9 subescalas, com ajuste adequado ( $CFI = .93$ ;  $RMSEA = .053$ ) e cargas variando entre .42 a .98. A consistência interna foi boa ( $\alpha = .85$ ; subescalas  $\alpha = .70$ – $.93$ ). Itens de Appeal, Limitations, Fit, Monitoring e Burden foram removidos por sobreposição ou baixa carga. Em análises de validade concorrente, Requirements, Appeal, Organizational Support e Feedback predizem maior uso de instrumentos padronizados, enquanto Limitations prediz menor uso, apoiando a validade prática da EBPAS-ROM no contexto clínico (Rye et al., 2019).

A EBPAS foi aplicada em amostras compostas predominantemente por profissionais da saúde do gênero feminino, com proporções que variaram entre 57% a mais de 90% aproximadamente (e.g. Aarons et al., 2007; Maessen et al., 2019; Mersky et al., 2025; Pervin et al., 2025; Yildiz et al., 2018). Exceções a este perfil demográfico ocorreram nas amostras com médicos da atenção básica e oficiais de condicional, nas quais mais de 60% da composição era masculina (Ayhan Başer et al., 2021; Boppre, Sundt, & Salisbury, 2018; Melas et al., 2012).

A idade média dos participantes situou-se entre o final dos 30 e o início dos 40 anos. O tempo médio de experiência profissional variou entre 8 e 13 anos em diversas amostras (Aarons et al., 2007, 2010, 2012; Ashcraft et al., 2011; Egeland et al., 2016; Melas et al., 2012; Padmanabhanunni, 2018; Patterson Silver Wolf et al., 2014; Pervin, Hansmann & York Hagmayer, 2025; Kim, 2019; Rye et al., 2017; Yildiz et al., 2018). Profissionais em início de carreira foram identificados apenas nos estudos com médicos turcos residentes na atenção básica (1 a 5 anos) (Başer et al., 2021) e psicólogos clínicos brasileiros atuantes em consultório particular (1 a 3 anos) (Baumann et al., 2022).

A EBPAS foi amplamente validada entre profissionais da saúde mental, especialmente assistentes sociais (e.g. Keyser, Harrington, & Ahn, 2016; Kim, 2019), psicólogos (e.g. Baumann et al., 2022; Santos, Pereira & Moreira, 2024) e, menor proporção terapeutas familiares (e.g. Aarons, 2004), enfermeiros (Egeland et al., 2016; Rye, Friberg, & Skre) e psiquiatras (e.g. Szota et al., 2021). Contudo, também foram encontradas validações para profissionais da saúde em geral, como auxiliar e técnicos de enfermagem geriátricos (Maessen et al., 2019); enfermeiros hospitalares (Yildiz et al., 2018); médicos da atenção básica (Ayhan Başer et al., 2021; Melas et al., 2012); fisioterapeutas (Arnadottir & Gudjonsdottir, 2016; Skavberg Roaldsen & Halvarson, 2019), parteiras (Van Giang et al., 2021); e fonoaudiólogos (Shayanamehr et al., 2023).

Além disso, alguns estudos incluíram profissionais de áreas não clínicas, como professores do ensino fundamental (Merle et al., 2023), conselheiros escolares (Cook et al., 2018) e oficiais de condicional (Boppre, Sundt & Salisbury, 2018). Quanto ao contexto de atuação dos profissionais, preponderam ambientes de serviço público (e.g. Aarons, 2004; Aarons et al., 2010, 2012; Boppre et al., 2018; Merle et al., 2023; Mersky et al., 2025) e de instituições sem fins lucrativos (e.g. De Paúl, Indias & Arruabarrena, 2015; Kim, 2019; Padmanabhanunni, 2018; Patterson Silver Wolf et al., 2014; Vassos & Carroll, 2016). O setor privado com fins lucrativos foi maior representado nos estudos que incluíram profissionais atuantes em consultório particular (Arnadottir & Gudjonsdottir, 2016; Baumann et al., 2022; Santos, Pereira & Moreira, 2024; Szota et al., 2021).

Dados sobre a composição racial das amostras foram relatados apenas nos estudos norte-americanos, os quais indicaram maior proporção de participantes autodeclarados brancos, com percentuais variando entre aproximadamente 54% a 88,7% (Aarons et al., 2012; Ashcraft et al., 2011; Boppre, Sundt, & Salisbury, 2018; Cook et al., 2018; Mersky et al., 2025). A exceção foi o estudo de Keyser, Harrington e Ahn (2016) que teve uma amostra composta com 64% de trabalhadores afro-americanos. Além disso, algumas pesquisas apresentaram diversidade racial relevante, incluindo a participação de afro-americanos, hispânicos, asiáticos e indígenas (Aarons et al., 2010; Burgess et al., 2017; Patterson Silver Wolf et al., 2014).

Em relação ao nível de formação, o mestrado foi a qualificação mais recorrente entre profissionais da saúde, enquanto a proporção de doutores foi pequena nas amostras (e.g. Aarons et al., 2007; Ashcraft et al., 2011; Burgess et al., 2017; Kim, 2019; Padmanabhanunni, 2018; Rye, Friberg & Skre, 2019). A graduação representou uma parcela

expressiva entre profissionais atuantes em serviços infantis de proteção e saúde mental (Aarons, 2004; Keyser, Harrington & Ahn, 2016; Patterson Silver Wolf et al., 2014), assim como nas áreas de fisioterapia (Skavberg Roaldsen & Halvarsson, 2019) e fonoaudiologia (Shayanmehr et al., 2023).

A distribuição geográfica dos estudos de adaptação da escala revela a predominância de países de alta renda (ver Tabela 1), especialmente Noruega (Egeland et al., 2016; Rye et al., 2017; Rye et al., 2019; Rye, Friberg & Skre, 2019), Suécia (Santesson et al., 2020; Skavenberg Roaldsen & Halvarsson, 2019), Holanda (van Sonsbeek et al., 2015; Maessen et al., 2019) e Alemanha (Szota et al., 2021; Pervin, Hansmann & York Hämayr, 2025). Os países de média e baixa renda foram representados pelas adaptações da África do Sul (Padmanabhabunni, 2018), Brasil (Baumann et al., 2022), Vietnã (Van Giang et al., 2021), Irã (Shayanmehr et al., 2023), Turquia (Ayhan Başer et al., 2021; Yildiz et al., 2018), Bangladesh (Pervin, Hansmann & York Hagmayer, 2025) e China (Kim, 2019).

#### 4.5. Discussão

Esta revisão mapeou as evidências de validade e confiabilidade da EBPAS em diferentes países e profissões, com foco nas versões EBPAS-15, EBPAS-36 e EBPAS-50. A EBPAS-15 mostrou-se a mais difundida e psicometricamente investigada, possivelmente devido à sua brevidade e aplicabilidade em contextos variados, o que favoreceu o acúmulo de evidências de validade e confiabilidade maior do que as demais versões.

Na EBPAS-15, o modelo de quatro fatores é amplamente suportado, mas algumas subescalas revelam limitações teóricas e empíricas. A subescala *Divergence* apresenta problemas de consistência interna e saturação devido aos itens que opõem a pesquisa à prática clínica, comprometendo sua unidimensionalidade. O item 3 (“I know better than academic researchers how to care for my clients”) é um exemplo disso e revela a necessidade de revisão no conteúdo da subescala. Além disso, seu enunciado distorce a definição contemporânea de PBE, que pressupõe a integração equilibrada entre evidência, expertise e características do paciente. A substituição dos enunciados negativos por afirmações positivas e a simplificação dos seus itens podem reduzir erros de resposta e aumentar a precisão interpretativa (Maessen et al., 2019; Kim, 2019).

Já Appeal, especialmente pelos itens “Intuitively appealing” e “Makes sense”, apresenta sobreposição semântica que gera correlações residuais em modelos hierárquicos

de segunda ordem e bifatorial (e.g Egeland et al., 2016; van Sonsbeek et al., 2015). A eliminação de um desses itens e inclusão de novos que capturem outras formas de apelo pode ampliar a validade de conteúdo e reduzir redundâncias. Do ponto de vista estrutural, há suporte parcial para um fator geral de atitude para a EBPAS-15, especialmente em modelos ajustados (Aarons et al., 2010; Egeland et al., 2016; Van Sonsbeek et al., 2015).

Quanto à EBPAS-50, as adaptações disponíveis ainda são escassas e apresentam rigor metodológico variável. Por exemplo, o estudo espanhol realizou AFE/AFC testou apenas oito dos 12 fatores originais (De Paúl, Indias & Arruabarrena, 2015). Enquanto a adaptação turca usou ACP para extrair quatro fatores dos 50 itens (Yildiz et al., 2018), limitando conclusões sobre a validade e confiabilidade da escala e expondo a necessidade de realização de estudos psicométricos rigorosos.

Quanto à distribuição geográfica das adaptações da EBPAS, o predomínio de países de alta renda reflete o atraso das políticas de incentivo à disseminação e implementação da PBE em contextos de média e baixa renda. Apenas a partir de 2001 foram lançadas iniciativas internacionais para promover sua adoção nesses países (Tiley & Kyriakopoulos, 2018). Além disso, em contextos de menor renda, a produção científica permanece pouco alinhada às necessidades locais, e a infraestrutura e capacidade de pesquisa são limitadas, o que dificulta o desenvolvimento de estudos com o mesmo alcance observado em países de alta renda (Semahegn et al., 2023).

Essas desigualdades estruturais também se refletem nas diferenças observadas entre as atitudes de profissionais da Alemanha e do Bangladesh. Enquanto os clínicos alemães pontuaram mais alto em Appeal, indicando maior disposição para adotar a PBE quando percebem sua utilidade, os bengaleses obtiveram escores mais elevados em Requirements e Job Security, sugerindo uma adesão mais condicionada a exigências institucionais e à segurança no emprego (Pervin, Hansmann & York Hagmayer, 2025).

Profissionais alemães também relataram o uso de um maior número de intervenções baseadas em evidências do que os bengaleses, expondo diferenças na formação e hesitação por parte dos bengaleses em utilizar intervenções oriundas de países de alta renda, o que pode estar correlacionado com a escassez de materiais adaptados e de evidência sobre adequação cultural de certas intervenções a contextos específicos (Aarons et al., 2010).

Apesar disso, a análise dos preditores indicou que, entre os bengaleses, uma maior carga de trabalho associou-se positivamente às dimensões Appeal, Openness e Requirements, constituindo-se como fator facilitador de atitudes favoráveis à PBE e

contrariando achados prévios em países de alta renda, onde o aumento do número de pacientes tende a relacionar-se a atitudes mais negativas (Aarons et al., 2012; Pervin, Hansmann & York Hagmayer, 2025; Rye, Friborg & Skre, 2019).

A discrepância pode ser compreendida à luz da disponibilidade desigual de recursos humanos: estima-se que haja 14.354 psiquiatras para 83,29 milhões de habitantes na Alemanha, enquanto em Bangladesh existem apenas 200 psiquiatras e 50 psicólogos para cerca de 163 milhões de pessoas. Nessa conjuntura, intervenções baseadas em evidências podem ser percebidas como estratégias estruturadas e eficazes diante da alta demanda, ao passo que, em contextos de maior infraestrutura, outros fatores, como valores pessoais ou crenças, podem influenciar a adoção da PBE (Pervin, Hansmann & York Hagmayer, 2025)

Estudos comparativos futuros poderiam se beneficiar do uso de AFC Multigrupo para examinar a invariância intercultural da EBPAS em diferentes contextos socioeconômicos. Até o momento, a EBPAS-15 e a EBPAS-36 foram as únicas versões submetidas a testes de invariância. AEBPAS-15 demonstrou equivalência de medida entre profissionais de serviços comunitários e residenciais nos Estados Unidos, embora com variações nas cargas fatoriais de Divergence e Appeal (Patterson Silver Wolf et al., 2014). Em amostra norueguesa, observou-se invariância métrica parcial entre profissionais da atenção primária e especializada, restrita ao item 13 de Requirements (Egeland et al., 2016). Esses achados indicam estabilidade geral da estrutura fatorial, mas sensibilidade a variações contextuais.

No caso da EBPAS-36, a estrutura de primeira ordem com 12 fatores mostrou-se mais replicável entre culturas do que os modelos hierárquicos (Mersky et al., 2025; Szota et al., 2021). Mas apenas um estudo testou sua invariância intercultural de forma direta. Das nove subescalas analisadas, quatro (Openness, Appeal, Requirements e Job Security) apresentaram consistência interna satisfatória e foram incluídas na análise multigrupo. Os resultados sustentaram a invariância escalar parcial, permitindo comparações interculturais diretas para Requirements e Job Security, e comparações com cautela para Openness e Appeal (Pervin, Hansmann & York Hagmayer, 2025). Tais evidências indicam que, embora a EBPAS-36 apresente uma estrutura fatorial de primeira ordem relativamente estável e boa confiabilidade interna, ainda há necessidade de replicações em contextos culturais diversos para confirmar a equivalência métrica e escalar do instrumento.

Em síntese, a escassez de investigações em cenários com menor infraestrutura científica e institucional limita a compreensão de como valores culturais, crenças profissionais e condições materiais influenciam a receptividade à PBE. Superar essa lacuna

implica reconhecer que a adesão à PBE não se reduz a um processo técnico de implementação, mas abrange dimensões simbólicas e éticas associadas ao modo como o conhecimento científico é legitimado, transmitido e apropriado. Instrumentos como a EBPAS, quando aplicados de forma crítica e culturalmente sensível, podem contribuir para revelar essas dimensões, permitindo que políticas e estratégias de formação profissional sejam ajustadas às realidades locais.

#### 4.6.Recomendações

Com base nas evidências reunidas, recomenda-se a priorização da EBPAS-15 em novos estudos de adaptação e validação, dada sua maior consistência psicométrica. Futuras investigações devem priorizar adaptações em países de baixa e média renda, empregando análises para testar a validade do escore global e específico nesses contextos. Também se recomenda a revisão conceitual e semântica dos itens das subescalas Divergence, Appeal e Requirements, a fim de aprimorar sua consistência interna e validade em diferentes culturas.

#### 4.7.Limitações

O presente estudo buscou mapear as evidências disponíveis e por isso não avaliou a qualidade metodológica dos estudos incluídos, limitando-se a descrever o estado da arte e identificar lacunas na literatura. Além disso, a heterogeneidade dos delineamentos e dos índices psicométricos relatados restringe comparações quantitativas diretas entre estudos.

#### 4.8.Conclusão

Os resultados indicam que a EBPAS-15 é, até o momento, a versão mais consolidada, com suporte empírico razoável para o uso do escore global e das subescalas com cautela, especialmente Divergence e Appeal. Já a EBPAS-36 demonstrou melhor desempenho em sua estrutura de primeira ordem, sustentando o uso das subescalas, mas não apresentou evidências robustas para um fator geral, limitando o uso de um escore total. Apesar de avanços recentes, as evidências de invariância transcultural ainda são parciais, restringindo a comparabilidade entre países. Quanto à EBPAS-50, a falta de replicação e de análises confirmatórias robustas impossibilita conclusões seguras sobre sua validade.

#### 4.9.Referências

- Aarons, G. A. (2004). Mental health provider attitudes toward adoption of evidence-based practice: the evidence-based practice attitude scale (EBPAS). *Mental Health Services Research*, 6(2), 61–74. <https://doi.org/10.1023/B:MHSR.0000024351.12294.65>
- Aarons, G. A., Glisson, C., Green, P. D., Hoagwood, K., Kelleher, K. J., & Landsverk, J. A. (2012). The organizational social context of mental health services and clinician attitudes toward evidence-based practice: a United States national study. *Implementation Science*, 7, 56. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-7-56>
- Aarons, G. A., Glisson, C., Hoagwood, K., Kelleher, K., Landsverk, J., & Cafri, G. (2010). Psychometric properties and U.S. National norms of the Evidence-Based Practice Attitude Scale (EBPAS). *Psychological Assessment*, 22(2), 356–365. <https://doi.org/10.1037/a0019188>
- Aarons, G. A., McDonald, E. J., Sheehan, A. K., & Walrath-Greene, C. M. (2007). Confirmatory factor analysis of the Evidence-Based Practice Attitude Scale (EBPAS) in a geographically diverse sample of community mental health providers. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 34(5), 465–469. <https://doi.org/10.1007/s10488-007-0127-x>
- Aarons, G. A., Sommerfeld, D. H., & Walrath-Greene, C. M. (2009). Evidence-based practice implementation: the impact of public versus private sector organization type on organizational support, provider attitudes, and adoption of evidence-based practice. *Implementation Science*, 4(1), 83. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-4-83>
- Adombire, S., Baiden, D., Puts, M., Puchalski Ritchie, L. M., Ani-Amponsah, M., & Cranley, L. (2024). Knowledge, skills, attitudes, beliefs, and implementation of evidence-based practice among nurses in low- and middle- income countries: A scoping review. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 00, 1–12. <https://doi.org/10.1111/wvn.12734>
- Aishammari, Y. F. H., Alharbi, M. N., Alanazi, H. F., Aldhahawi, B. K., Alshammari, F. M., Alsuwaydan, R. H., Alenezi, S. G., Alshammari, B. A., Alshammari, R. M., Alshammari, B. M., Bin Jabal, A. M., & Alruwaili, E. S. R. (2020). Barriers and facilitators to evidence-based practice adoption among healthcare practitioners. *International Journal of Health & Medical Sciences*, 3(1), 160–166. <https://doi.org/10.21744/ijhms.v1n1.2259>
- Arnadottir, S. A., & Gudjonsdottir, B. (2016). Icelandic physical therapists' attitudes toward adoption of new knowledge and evidence-based practice: Cross-sectional web-based survey. *Physical Therapy*, 96(11), 1724–1733. <https://doi.org/10.2522/ptj.20150428>
- Ashcraft, R. G. P., Foster, S. L., Lowery, A. E., Henggeler, S. W., Chapman, J. E., & Rowland, M. D. (2011). Measuring practitioner attitudes toward evidence-based treatments: A validation study. *Journal of Child & Adolescent Substance Abuse*, 20(2), 166–183. <https://doi.org/10.1080/1067828X.2011.555276>
- Balzer, J., Jung, A., Gerhard, J., Reinecke, S., Mijic, M., Fichtmüller, A., Jahjah, A., Eggert, M., Koch, M., Ernst, K., & Haring, R. (2023). Psychometric properties of questionnaires to assess evidence-based practice among occupational, physical and speech therapists: A

systematic review. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, 176, 1–11. <https://doi.org/10.1016/j.zeq.2022.11.003>

Baser, D., Agadayi, E., Gonderen Çakmak, S., & Kahveci, R. (2021). Adaptation of the evidence-based practices attitude scale-15 in Turkish family medicine residents. *International Journal of Clinical Practice*, 75(9), e14354. <https://doi.org/10.1111/ijcp.14354>

Baumann, A. A., Vázquez, A. L., Macchione, A. C., Lima, A., Coelho, A. F., Juras, M., et al. (2022). Translation and validation of the Evidence-Based Practice Attitude Scale (EBPAS-15) to Brazilian Portuguese: Examining providers' perspective about evidence-based parent intervention. *Children & Youth Services Review*, 136, 106421. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2022.106421>

Belita, E., Squires, J. E., Yost, J., Ganann, R., Burnett, T., & Dobbins, M. (2020). Measures of evidence-informed decision-making competence attributes: a psychometric systematic review. *BMC Nursing*, 19, 44. <https://doi.org/10.1186/s12912-020-00436-8>

Bienemann, B., & Damásio, B. F. (2017). Desenvolvimento e validação de uma escala de atitude em relação à ciência na psicologia. *Avaliação Psicológica*, 16(4), 489–497. <https://doi.org/10.15689/ap.2017.1604.13409>

Boppre, B., Sundt, J., & Salisbury, E. J. (2018). The limitations and strengths of the Evidence-Based Practice Attitude Scale as a measure of correctional employees' attitudes: A psychometric evaluation. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 62(12), 3947–3964. DOI: 10.1177/0306624X17749450

Burgess, A. M., Okamura, K. H., Izmirian, S. C., Higa-McMillan, C. K., Shimabukuro, S., & Nakamura, B. J. (2017). Therapist attitudes towards evidence-based practice: A joint factor analysis. *Journal of Behavioral Health Services & Research*, 44(3), 414–427. <https://doi.org/10.1007/s11414-016-9517-8>

Cook, C. R., Davis, C., Brown, E. C., Locke, J., Ehrhart, M. G., Aarons, G. A., Larson, M., & Lyon, A. R. (2018). Confirmatory factor analysis of the Evidence-Based Practice Attitudes Scale with school-based behavioral health consultants. *Implementation Science*, 13(1), 116. <https://doi.org/10.1186/s13012-018-0804-z>

Credé, M., Harms, P., Niehorster, S., & Gaye-Valentine, A. (2012). An evaluation of the consequences of using short measures of the Big Five personality traits. *Journal of Personality and Social Psychology*, 102(4), 874–888. <https://doi.org/10.1037/a0027403>

De Paul, J., Indias, S., & Arruabarrena, I. (2015). Adaptation of the Evidence-Based Practices Attitude Scale in Spanish child welfare professionals. *Psicothema*, 27(4), 341–346. <https://doi.org/10.7334/psicothema2015.67>

Diehl, H., Graverholt, B., Espehaug, B., & Lund, H. (2016). Implementing guidelines in nursing homes: A systematic review. *BMC Health Services Research*, 16, 298. <https://doi.org/10.1186/s12913-016-1550-z>

Egeland, K. M., Ruud, T., Ogden, T., Lindstrøm, J. C., & Heiervang, K. S. (2016). Psychometric properties of the Norwegian version of the Evidence-Based Practice Attitude



Scale (EBPAS): To measure implementation readiness. *Health Research Policy and Systems*, 14, 47. <https://doi.org/10.1186/s12961-016-0114-3>

Glasgow, R. E., & Riley, W. T. (2013). Pragmatic measures: what they are and why we need them. *American Journal of Preventive Medicine*, 45(2), 237–243. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2013.03.010>

Keyser, D., Harrington, D., & Ahn, H. (2016). A confirmatory factor analysis of the evidence-based practice attitudes scale in child welfare. *Children and Youth Services Review*, 69, 158–165. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2016.08.005>

Kim, M. (2019). Assessing attitudes towards evidence-based practice among social workers in Hong Kong. *Journal of Social Work*, 19(6), 769–788. <https://doi.org/10.1177/1468017318784077>

Kruyen, P. M., Emons, W. H. M., & Sijtsma, K. (2013). On the shortcomings of shortened tests: A literature review. *International Journal of Testing*, 13(3), 223–248. <https://doi.org/10.1080/15305058.2012.703734>

Landsverk, N. G., Olsen, N. R., & Brovold, T. (2023). Instruments measuring evidence-based practice behavior, attitudes, and self-efficacy among healthcare professionals: A systematic review of measurement properties. *Implementation Science*, 18(1), 42. <https://doi.org/10.1186/s13012-023-01301-3>

Lewis, C. C., Fischer, S., Weiner, B. J., Stanick, C., Kim, M., & Martinez, R. G. (2015). Outcomes for implementation science: an enhanced systematic review of instruments using evidence-based rating criteria. *Implementation Science*, 10, 155. <https://doi.org/10.1186/s13012-015-0342-x>

Maessen, K., van Vught, A., Gerritsen, D. L., Lovink, M. H., Vermeulen, H., & Persoon, A. (2019). Development and validation of the Dutch EBPAS-ve and EBPQ-ve for nursing assistants and nurses with a vocational education. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 16(5), 371–380.

Martinez, R. G., Lewis, C. C., & Weiner, B. J. (2014). Instrumentation issues in implementation science. *Implementation Science*, 9, 118. <https://doi.org/10.1186/s13012-014-0118-8>

Melas, C. D., Zampetakis, L. A., Dimopoulou, A., & Moustakis, V. (2012). Evaluating the properties of the Evidence-Based Practice Attitude Scale (EBPAS) in health care. *Psychological Assessment*, 24(4), 867–876. <https://doi.org/10.1037/a0027445>

Melnik, B. M., Gallagher-Ford, L., Zellefrow, C., Tucker, S., Thomas, B., Sinnott, L. T., & Tan, A. (2018). The First U.S. Study on Nurses' Evidence-Based Practice Competencies Indicates Major Deficits That Threaten Healthcare Quality, Safety, and Patient Outcomes. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 15(1), 16–25. <https://doi.org/10.1111/wvn.12269>

Merle, J. L., Cook, C. R., Locke, J. J., Ehrhart, M. G., Brown, E. C., Davis, C., & Lyon, A. R. (2023). Teacher attitudes toward evidence-based practices: Exploratory and confirmatory analyses of the school-adapted Evidence-Based Practice Attitude Scale. *Implementation Research and Practice*, 4, 1–16. <https://doi.org/10.1177/26334895221151026>

- Mersky, J. P., Plummer Lee, C., Bacalso, E., & Liu, X. (2025). Reexamining the Evidence-Based Practice Attitude Scale-36 (EBPAS-36) in a U.S. sample of trauma-focused treatment providers. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 55, 635–651. <https://doi.org/10.1186/s43058-025-00702-3>
- Moullin, J. C., Dickson, K. S., Stadnick, N. A., Rabin, B., & Arons, G. A. (2019). Systematic review of the exploration, preparation, implementation, sustainment (EPIS) framework. *Implementation Science*, 14(1), 1. <https://doi.org/10.1186/s13012-018-0842-6>
- Oliveira, A. C. de P., Pelissier, F. T., Zotz, T. G. G., & Fidalski, S. Z. K. (2025). A prática baseada em evidências na atenção primária brasileira (pp. 95-108). In *Contribuições da saúde coletiva para as redes de atenção* (Vol. 1). Guarujá, SP: Editora Científica Digital Ltda. <https://doi.org/10.37885/241218451>
- Ouzzani, M., Hammady, H., Fedorowicz, Z., & Elmagarmid, A. (2016). Rayyan — A web and mobile app for systematic reviews. *Systematic Reviews*, 5(1), 210. <https://doi.org/10.1186/s13643-016-0384-4>
- Overby, C. L., Erwin, A. L., Abul-Husn, N. S., Ellis, S. B., Scott, S. A., Owusu Obeng, A., Kannry, J. L., Hripcsak, G., Bottinger, E. P., & Gottesman, O. (2014). Physician attitudes toward adopting genome-guided prescribing through clinical decision support. *Journal of Personalized Medicine*, 4(1), 35–49. <https://doi.org/10.3390/jpm4010035>
- Padmanabhanunni, A. (2018). The psychometric properties of the Evidence-Based Practice Attitudes Scale in a sample of South African mental health care providers working with survivors of trauma. *Journal of Evidence-Based Psychotherapies*, 18(1), 69–80.
- Pagoto, S. L., Spring, B., Coups, E. J., Mulvaney, S., Coutu, M.-F., & Ozakinci, G. (2007). Barriers and facilitators of evidence-based practice perceived by behavioral science health professionals. *Journal of Clinical Psychology*, 63(7), 695–705. <https://doi.org/10.1002/jclp.20376>
- Patterson, D. A., Wolf, D. A., Dulmus, C. N., Maguin, E., & Fava, N. M. (2019). The Evidence-Based Practice Attitudes Scale in child welfare professionals: Psychometric properties and measurement invariance. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 46, 833–846. DOI: 10.1093/swr/svu006
- Pervin, M., Hansmann, N. M., & Hagmayer, Y. (2024). Attitudes toward and usage of evidence-based mental health practices for autistic youth in Bangladesh and Germany: A cross-cultural comparison. *Autism Research and Developmental Disorders*, 55, 1–16. <https://doi.org/10.1007/s10803-023-06223-z>
- Peters, M. D. J., Godfrey, C., McInerney, P., Munn, Z., Tricco, A. C., & Khalil, H. (2020). Chapter 11: Scoping reviews. In E. Aromataris & Z. Munn (Eds.), *JBIM manual for evidence synthesis*. JBI. <https://doi.org/10.46658/JBIMES-20-12>
- Rye, M., Friberg, O., & Skre, I. (2019). Attitudes of mental health providers towards adoption of evidence-based interventions: Relationship to workplace, staff roles and social and psychological factors at work. *BMC Health Services Research*, 19(1), 110. <https://doi.org/10.1186/s12913-019-3933-4>

- Rye, M., Rognmo, K., Aarons, G. A., & Skre, I. (2019). Attitudes towards the use of routine outcome monitoring of psychological therapies among mental health providers: The EBPAS-ROM. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 46(6), 833–846. <https://doi.org/10.1007/s10488-019-00968-5>
- Rye, M., Torres, E. M., Friborg, O., Skre, I., & Aarons, G. A. (2017). The Evidence-based Practice Attitude Scale-36 (EBPAS-36): A brief and pragmatic measure of attitudes to evidence-based practice validated in US and Norwegian samples. *Implementation Science*, 12(1), 44. <https://doi.org/10.1186/s13012-017-0573-0>
- Santesson, A. H. E., Bäckström, M., Holmberg, R., Perrin, S., & Jarbin, H. (2020). Confirmatory factor analysis of the Evidence-Based Practice Attitude Scale (EBPAS) in a large and representative Swedish sample: Is the use of the total scale and subscale scores justified? *BMC Medical Research Methodology*, 20(1), 254. <https://doi.org/10.1186/s12874-020-01126-4>
- Santos, I. M., Pereira, A. I., & Moreira, H. (2024). Psychologists' attitudes toward evidence-based practices: An online study with child mental health psychologists. *Revista de Psicologia Clínica con Niños y Adolescentes*, 11(1), 64–70. <https://doi.org/10.21134/rpcna.2024.11.1.7>
- Semahegn, A., Manyazewal, T., Hanlon, C., Getachew, E., Fekadu, B., Assefa, E., Kassa, M., Hopkins, M., Woldehanna, T., Davey, G., & Fekadu, A. (2023). Challenges for research uptake for health policymaking and practice in low- and middle-income countries: A scoping review. *Health Research Policy and Systems*, 21(1), 1–16. <https://doi.org/10.1186/s12961-023-01084-5>
- Shayanmehr, S., Sadeghijam, M., Jalaie, S., Pourbakht, A., Jarollahi, F., & Asghari, A., et al. (2023). Cultural adaptation and psychometric properties of the Persian version of the Evidence-Based Practice Attitudes Scale in Audiologists. *Auditory and Vestibular Research*, 32(4), 322–333. <https://doi.org/10.18502/avr.v32i4.13596>
- Skavberg Roaldsen, K., & Halvarsson, A. (2019). Reliability of the Swedish version of the Evidence-Based Practice Attitude Scale assessing physiotherapist's attitudes to implementation of evidence-based practice. *PLoS ONE*, 14(11), e0225467. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0225467>
- Szota, K., Thielemann, J. F. B., Christiansen, H., Rye, M., Aarons, G. A., & Barke, A. (2021). Cross-cultural adaption and psychometric investigation of the German version of the Evidence Based Practice Attitude Scale (EBPAS36D). *Health Research Policy and Systems*, 19(1), 90. <https://doi.org/10.1186/s12961-021-00736-8>
- Tiley, C., & Kyriakopoulos, M. (2018). Evidence-based practice in a multicultural world: changing with the times. *BJPsych International*, 15(3), 55–57. <https://doi.org/10.1192/bji.2018.14>
- Van Giang, N., Lin, S. Y., & Thai, D. H. (2021). A psychometric evaluation of the Vietnamese version of the Evidence-Based Practice Attitudes and Beliefs Scales. *International Journal of Nursing Practice*, 27(6), e12896. <https://doi.org/10.1111/ijn.12896>

van Sonsbeek, M. A., Hutschemaekers, G. J., Veerman, J. W., Kleinjan, M., Aarons, G. A., & Tiemens, B. G. (2015). Psychometric properties of the Dutch version of the Evidence-Based Practice Attitude Scale (EBPAS). *Health Research Policy and Systems*, 13, 69. <https://doi.org/10.1186/s12961-015-0058-z>

Vassos, M. V., & Carroll, M. F. (2016). Assessing attitudes toward evidence-based practices of workers supporting people with disabilities: A validation of the Evidence-Based Practice Attitudes Scale. *American Journal on Intellectual and Developmental Disabilities*, 121(4), 364–378. <https://doi.org/10.1352/1944-7558-121.4.364>

Yildiz, D., Fidanci, B. E., Acikel, C., Kaygusuz, N., & Yildirim, C. (2018). Evaluating the properties of the Evidence-Based Practice Attitude Scale (EBPAS-50) in nurses in Turkey. *International Journal of Caring Sciences*, 11(2), 768–777.

## 5. ARTIGO II: DE VALIDAÇÃO E ADAPTAÇÃO CULTURAL DA EVIDENCE-INFORMED DECISION-MAKING (EIDM) COMPETENCE MEASURE

### 5.1. RESUMO

A tomada de decisões informada por evidências (TDIE), também conhecida como prática baseada em evidência (PBE), é um modelo de atuação aplicada à saúde que visa melhorar a qualidade dos cuidados, reduzir riscos e otimizar o uso dos recursos disponíveis. Este estudo objetivou adaptar e avaliar a versão em português da *Evidence-Informed Decision-Making (EIDM) Competence Measure* e examinar suas propriedades psicométricas. Participaram do estudo 215 profissionais da área da saúde e 129 estudantes da área da saúde totalizando 344 pessoas, 68% mulheres cisgênero, 26,7% homens cisgênero, 0,6% mulheres transgênero, 2% homens transgênero e 2,6% pessoas não binárias, com idade entre 18 e 66 anos ( $M = 31,7$ ;  $DP = 10,3$ ). A coleta de dados foi realizada online e os instrumentos utilizados foram o questionário sociodemográfico e a medida EIDM. Foram realizadas Análise Fatorial Exploratória, Análise Fatorial Confirmatória, Análise de Rede e Teste de Mann-Whitney. Os resultados indicaram que a versão brasileira da EIDM apresentou propriedades psicométricas e consistência interna adequadas que suportam uma estrutura de quatro fatores: conhecimentos ( $\alpha = 0,97$ ), habilidades ( $\alpha = 0,89$ ), atitudes e crenças ( $\alpha = 0,87$ ) e comportamento ( $\alpha = 0,94$ ). Conclui-se que a versão brasileira da EIDM é uma ferramenta adequada para avaliar competências em TDIE em profissionais e estudantes brasileiros.

Palavras-Chave: Competências em TDIE, EIDM, Adaptação cultural, Brasil

### 5.2. Introdução

A tomada de decisões informada por evidências (TDIE), também conhecida como prática baseada em evidência (PBE), é um modelo de atuação aplicada à prática clínica, à saúde pública e à gestão de sistemas de saúde. Esse modelo propõe que as decisões sejam orientadas pelas melhores evidências científicas disponíveis, combinadas à experiência profissional, às características e preferências dos pacientes e ao contexto em que a decisão ocorre. A inserção desses componentes visa aprimorar a qualidade do cuidado em saúde, reduzir riscos e otimizar o uso dos recursos disponíveis (Belita et al., 2020; Belita et al., 2021; Organização Pan-Americana da Saúde [OPAS], 2022).

A implementação da TDIE na saúde está associada a melhores desfechos para os pacientes, redução de custos e maior satisfação profissional. Em razão desses benefícios, espera-se que os profissionais de saúde adotem TDIE em sua prática cotidiana (Landsverk et al., 2023). A adoção consiste na realização das seguintes etapas: (1) definir uma questão de prática em saúde pública ou clínica; (2) buscar as melhores evidências disponíveis; (3) avaliar criticamente sua qualidade e relevância; (4) sintetizar os achados e formular recomendações; (5) adaptar as evidências ao paciente/contexto local; (6) planejar e implementar as recomendações; e (7) avaliar os resultados obtidos (Belita et al., 2020).

A execução dessas etapas pode ser dificultada por barreiras organizacionais, culturais ou relacionadas aos próprios profissionais. Entre os profissionais, alguns autores apontam que a falta de conhecimento em TDIE, habilidades subdesenvolvidas, atitudes desfavoráveis, baixa autoeficácia e ausência de comportamento são barreiras centrais à sua adoção (Landsverk et al., 2023). O conhecimento em TDIE refere-se à compreensão cognitiva dos princípios teóricos e práticos das etapas, como, por exemplo, conhecer a hierarquia das evidências de pesquisa ou as ferramentas utilizadas para avaliar criticamente a qualidade das evidências (Glegg & Holsti, 2010; Tilson et al., 2011).

As habilidades, por sua vez, dizem respeito à capacidade de aplicar esse conhecimento na prática, ou seja, saber como fazer uma avaliação crítica da qualidade de uma evidência ou saber como conduzir uma busca nas bases de dados acadêmicos para resolver um problema clínico específico (Buchanan, Siegfried & Jelsma, 2016; Leung, Trevena & Waters, 2014). Já as atitudes e crenças envolvem a confiança dos profissionais na própria capacidade para realizar as etapas da TDIE e suas crenças nos benefícios positivos dela, refletindo sua motivação para utilizá-la e o quanto reconhecem sua importância (Buchanan, Siegfried & Jelsma, 2016; Landsverk et al., 2023; Tilson et al., 2011).

Por fim, os comportamentos representam a aplicação concreta e consistente das etapas da TDIE no cotidiano profissional, ou seja, o momento em que o conhecimento, as habilidades e as atitudes se traduzem em ação frequente. Um exemplo seria identificar uma lacuna no cuidado ao paciente e transformá-la em uma pergunta de pesquisa passível de resposta (Shaneyfelt et al., 2006). A eficácia das estratégias de implementação da TDIE depende da avaliação sistemática dessas competências, utilizando instrumentos válidos, confiáveis e adequados aos contextos profissionais, de modo a permitir a identificação de deficiências específicas nas competências e o direcionamento de intervenções adequadas às necessidades dos profissionais (Belita et al., 2020).

No entanto, a maioria das medidas atualmente disponíveis não apresentam estrutura conceitualmente abrangente e evidências psicométricas consistentes de validade e confiabilidade. Belita et al. (2020) identificaram 35 medidas de competências em TDIE voltadas para enfermeiros e constataram que a maioria delas avaliava apenas um dos construtos de competência, enquanto apenas três avaliavam os quatro construtos de forma integrada. Mesmo essas três medidas não avaliavam a qualidade dos construtos, o foco estava em classificar os itens com base na concordância ou na frequência de realização das atividades de TDIE, impossibilitando a identificação do nível de desenvolvimento das competências entre os profissionais. Além disso, os itens de duas delas tinham foco restrito no uso de bases de dados, não abrangendo as demais etapas da TDIE.

Em uma delas as dimensões de conhecimento e habilidade estavam fundidas em única subescala, embora a literatura as estabeleça como construtos conceitualmente diferentes (Belita et al., 2020). Shaneyfelt et al. (2006) observaram achados semelhantes ao analisar 104 instrumentos diferentes de competências em TDIE utilizados entre estudantes de medicina, residentes, médicos e outros profissionais da saúde. Cerca de 57% desses instrumentos avaliavam apenas habilidades, 38% avaliavam conhecimento e comportamentos, e 26%, apenas atitudes. Além disso, grande parte dos instrumentos concentrava-se principalmente nas etapas de busca e avaliação das evidências, negligenciando frequentemente a etapa de adaptação das evidências ao paciente ou contexto local.

Resultados semelhantes foram relatados por Fernandes-Domingues et al. (2014) na revisão sistemática de instrumento para fisioterapeutas, por Buchanan, Siegfried e Jelsma (2014) para terapeutas ocupacionais. Essas limitações mostram a necessidade de instrumentos capazes de avaliar de forma integrada e teoricamente consistente as competências em TDIE. Diante dessas lacunas, Belita et al. (2021, 2022) desenvolveram a *Evidence-Informed Decision-Making (EIDM) Competence Measure*, um instrumento voltado à avaliação das competências entre enfermeiros da saúde pública canadense. A medida abrange os quatro domínios de competência: conhecimento, habilidades, atitudes e crenças e comportamentos.

O processo de desenvolvimento seguiu princípios rigorosos de construção psicométrica, com base nas diretrizes de Streiner, Norman e Cairney (2015) e nos Standards for Educational and Psychological Testing (American Educational Research Association, American Psychological Association & National Council on Measurement in Education,

2014). Inicialmente, os autores elaboraram itens para os domínios de conhecimento e habilidades a partir da literatura especializada em TDIE, enquanto os itens de atitudes/crenças e comportamentos foram adaptados de instrumentos previamente validados, mediante autorização dos autores originais (Belita et al., 2021).

A validade de conteúdo foi examinada por um painel internacional de 17 especialistas em TDIE e saúde pública, que avaliaram 63 itens quanto à clareza e relevância. Com base nos escores do Índice de Validade de Conteúdo e nas observações qualitativas, o instrumento foi refinado e reduzido a 40 itens totais. Em seguida, nove enfermeiras da saúde pública canadense participaram de entrevistas cognitivas, descrevendo o raciocínio subjacente às suas respostas, o que permitiu identificar ambiguidades e ajustar a redação dos itens (Belita et al., 2021).

Em um estudo subsequente, Belita et al. (2022) examinaram as propriedades psicométricas do instrumento. Foram conduzidas correlações policóricas item-subescala e item-item, seguidas de análise fatorial exploratória (análise de componentes principais) com rotação oblíqua, forçando uma solução de quatro fatores conforme o modelo teórico proposto. Itens com correlações fracas ( $< 0,30$ ) ou redundantes ( $> 0,80$ ) foram removidos. A versão final, composta por 27 itens, apresentou cargas fatoriais adequadas ( $\geq 0,40$ ) e elevados índices de consistência interna: conhecimento ( $\alpha = 0,96$ ), habilidades ( $\alpha = 0,93$ ), atitudes/crenças ( $\alpha = 0,80$ ) e comportamentos ( $\alpha = 0,94$ ).

Considerando a necessidade de instrumentos válidos e confiáveis capazes de mensurar de forma abrangente as competências em TDIE, o presente estudo objetivou adaptar culturalmente e validar a *EIDM Competence Measure* para o contexto brasileiro. Essa iniciativa se insere em um movimento mais amplo que busca fortalecer as pesquisas de Disseminação e Implementação (D&I) da PBE na América Latina e em países de língua portuguesa (Salas et al., 2023). Nessa perspectiva, Van Pelt et al. (2023) destacam que parte do avanço de pesquisas de D&I na região depende, entre outros fatores, da adaptação e validação de instrumentos psicométricos que considerem o contexto cultural de cada país. Assim, o presente estudo também responde a esses apelos, contribuindo para a disseminação da PBE no Brasil.



### 5.3.Método

O presente estudo foi delineado em duas etapas. Na primeira, realizou-se a adaptação cultural e semântica do instrumento, seguindo as diretrizes de Borsa, Damásio e Bandeira (2012), que abrangem (1) tradução, (2) síntese das traduções, (3) avaliação por comitê de especialistas, (4) avaliação pelo público-alvo e (5) tradução reversa, (6) ajustes finais, a fim de assegurar equivalência conceitual e idiomática do instrumento no contexto brasileiro.

Na segunda etapa, foram realizadas as análises empíricas do instrumento adaptado. Inicialmente, foi conduzida uma análise fatorial exploratória (AFE) para investigar a estrutura subjacente dos itens. Em seguida, Análise de Redes, permitindo compreender a inter-relação entre os itens e identificar padrões de conectividade relevantes (Golino & Epskamp, 2017). Por fim, a análise fatorial confirmatória (AFC) foi conduzida para testar a adequação do modelo teórico original aos dados obtidos, utilizando índices de ajuste global e consistência interna.

#### Etapa I – Procedimentos para tradução e adaptação do instrumento da EIDM

A adaptação da versão brasileira do instrumento EIDM abrangeu alguma das etapas propostas por Borsa, Damásio e Bandeira (2012): (1) tradução, (2) síntese das traduções, (3) avaliação por comitê de especialistas, (4) avaliação pelo público-alvo e (5) tradução reversa, (6) ajustes finais. A tradução da medida foi realizada às cegas por dois tradutores bilíngues residentes no Brasil e com experiência prévia na tradução de instrumentos. Um deles pertencia a área da psicologia e tinha conhecimento em PBE, e outro era leigo na área da psicologia. Posteriormente, foi realizada a síntese das duas versões traduzidas, comparando as equivalências semânticas conforme o foco do contexto cultural, participaram desta etapa a autora e o orientador.

Na fase seguinte, o comitê de especialistas composto por duas pesquisadoras com doutorado e experiência em PBE avaliou a clareza, relevância e representatividade dos itens e instruções do instrumento. Após a avaliação das experts, a medida passou por outra síntese, implementando as sugestões das juízas para a adaptação da medida. Nessa fase, também participaram da síntese a autora e o orientador. Em seguida, a medida foi aplicada, de forma online pela plataforma *Google Forms*, ao público-alvo composto por 4 profissionais da área da saúde. O público foi composto por dois psicólogos, uma nutricionista e uma

fisioterapeuta, que avaliaram a compreensão semântica da medida, item a item, de maneira independente.

Após a implementação dos ajustes sugeridos pelo público-alvo, foi dado prosseguimento à etapa de tradução reversa da EIDM para o inglês. A versão retro traduzida foi encaminhada para a autora original a fim de verificar a equivalência do conteúdo. Após o *feedback* da autora, a adaptação cultural foi aprovada. Recebida a aprovação do Comitê de Ética da Universidade Federal do Amazonas, o instrumento foi aplicado aos 348 profissionais e estudantes de saúde do território brasileiro, de forma online, compreendendo as seguintes áreas: enfermagem, fisioterapia, fonoaudiologia, medicina, nutrição, odontologia, psicologia e terapia ocupacional. A coleta de dados ocorreu em todas as capitais do Brasil, incluindo o Distrito Federal, por meio da plataforma *Google Forms*.

#### Quadro 1

Processo de adaptação cultural com base nas diretrizes propostas por Borsa, Damásio e Bandeira. (2012)

Etapa 1	
Objetivo	Tradução inicial do idioma de origem para o idioma-alvo
Descrição	
A tradução do instrumento para o idioma-alvo deve considerar questões linguísticas, culturais, contextuais e científicas sobre o construto original, evitando tradução literal. Recomenda-se o uso de pelo menos dois tradutores bilíngues independentes, um deles deve estar familiarizado com o construto e outro sem conhecimento prévio dos objetivos da pesquisa, a fim de assegurar simultaneamente a equivalência científica e a naturalidade da linguagem para a população-alvo.	
Etapa 2	
Objetivo	Síntese das versões traduzidas
Descrição	
Nesta fase, as diferentes versões traduzidas do instrumento são comparadas entre si e concomitantemente com a versão original, sendo avaliado item a item para solucionar discrepâncias semânticas, idiomáticas, conceituais e contextuais. A participação dos pesquisadores nessa fase é fundamental, para esclarecer dúvidas teóricas sobre os itens e auxiliar na decisão sobre as melhores expressões a serem utilizadas. A escolha de qual versão a ser utilizada deverá ser feita por meio de consenso e não por imposição.	
Etapa 3	
Objetivo	Avaliação da síntese por <i>Experts</i>

Descrição	
Após a síntese, um comitê de experts avalia a versão traduzida comparando com a versão original para verificar clareza, adequação linguística e cultural, abrangência dos itens, instruções, layout e diagramação, garantindo que o instrumento seja compreensível e apropriado para a população-alvo. Durante esta etapa, os <i>experts</i> foram pesquisadores com doutorado, formação em psicologia e experiência em PBE, que avaliaram o instrumento de maneira independente, considerando a adequação de cada item quanto aos aspectos mencionados anteriormente. Concluída a avaliação dos experts, o instrumento é submetido a uma nova síntese, implementando as sugestões do comitê para que a versão ajustada seja aplicada ao público-alvo.	
Etapa 4	
Objetivo	Avaliação pelo Público-Alvo
Descrição	
Nessa etapa, verifica-se os itens, as instruções e a classificação de resposta quanto à adequação e compreensibilidade para o público-alvo. Os participantes avaliam clareza, vocabulário e representatividade dos termos, podendo sugerir ajustes. Não envolve análises estatísticas, sendo focada na adequação linguística e contextual do instrumento, e pode ser repetida conforme a complexidade da adaptação.	
Etapa 5	
Objetivo	Tradução Reversa – <i>Back-translation</i>
Descrição	
A tradução reversa consiste em traduzir a versão adaptada do instrumento de volta para o idioma original, para verificar se os itens mantêm equivalência conceitual com a versão original. Realizada por tradutores independentes, essa etapa tem como objetivo identificar inconsistências ou ambiguidades, facilita a comunicação com o autor do instrumento e garante que o sentido dos itens seja preservado no novo contexto cultural, sem necessidade de tradução literal.	
Etapa 6	
Objetivo	Validação do Instrumento
Descrição	
Ressalta-se que os autores reconhecem que podem haver, em algumas situações, mudanças nos dos procedimentos propostos, como por exemplo a inversão de alguma das sequências das etapas, ou utilização de outras técnicas, como grupos focais. Os procedimentos não são rígidos, podendo variar conforme a simplicidade ou tipo de instrumento. Além de métodos qualitativos, devem-se realizar análises estatísticas, incluindo análises fatoriais exploratórias e confirmatórias, avaliação de consistência interna, validade de conteúdo e de critério, estabilidade temporal e confiabilidade. Para estudos transculturais, é essencial verificar a invariância de medida entre grupos, usando técnicas como AFC multigrupo, DIF da Teoria de Resposta ao Item e escalonamento multidimensional, garantindo que o instrumento meça o mesmo construto de forma comparável, sem vieses entre populações.	

Nota: Adaptado de Borsa et al. (2012)

Etapa II – Validação psicométrica por meio de análise fatorial exploratória e análise fatorial confirmatória

## Participantes

Participaram da pesquisa 215 profissionais da área da saúde e 129 estudantes da área da saúde totalizando 344 pessoas, sendo 68% (n=234) mulheres cisgênero, 26,7% (n=92) homens cisgênero, 0,6% (n=2) mulheres transgênero, 2% (n=7) homens transgênero e 2,6% (n=9) pessoas não binárias. A idade dos participantes variou entre 18 e 66 anos (M = 31,7; DP = 10,3). Os participantes se autodeclararam pardos 42,4%, brancos 31,7%, pretos 4,8%, indígenas 1,4%, amarelo 1,2% e 0,5% preferiram não declarar. Em relação à distribuição geográfica, 49,8% dos participantes eram do Amazonas, enquanto 50,2% eram de outras regiões do país, incluindo o Distrito Federal.

## Instrumentos

- 1) Questionário Sociodemográfico (Anexo 2): são investigadas características sociodemográficas, tais como gênero; idade; estado civil; escolaridade; localidade; orientação sexual; raça/etnia; para estudantes: curso de graduação e período, instituição de ensino (privada ou pública); para profissionais de saúde: tempo de atuação, orientação teórica (para psicólogos), grau de formação acadêmica, área da saúde em que atua (saúde mental ou saúde em geral), local de atuação profissional (setor privado/setor público), especialidade da saúde (e.g. enfermagem, fisioterapia).
- 2) Questionário *Evidence-Informed Decision-Making (EIDM) Competence Measure* (Anexo 3) versão em português: é um questionário autoaplicável composto por 27 itens que avaliam conhecimentos, habilidades, atitudes/crenças e comportamento na tomada de decisão informada por evidências. A EIDM foi desenvolvida por Belita et al. (2021) e Belita et al. (2022). O instrumento é composto por quatro fatores ou subescalas: (1) Conhecimento, que avalia a compreensão dos conceitos e princípios teóricos-práticos da tomada de decisão informada por evidências, respondidos por meio de uma subescala tipo *likert* de sete pontos (1 ruim a 7 excelente). (2) Habilidades, que avaliam a aplicação do conhecimento para realizar tarefas relacionadas à tomada de decisão informada por evidências, respondido por meio de uma subescala tipo *likert* de sete pontos (1 iniciante a 7 especialista). (3) Atitudes/Crenças, que avaliam as percepções, crenças pessoais a respeito da importância atribuída à tomada de decisão informada por evidências, respondidos por meio de uma

subescala tipo *likert* de sete pontos (1 discordo totalmente a 7 concordo totalmente). (4) Comportamento, que avaliam a execução das etapas da tomada de decisão informada por evidências em um ambiente de cuidados de saúde da vida real, respondidos por meio de uma subescala tipo *likert* de sete pontos (1 não competente a 7 altamente competente). A validação da medida revelou cargas fatoriais substanciais ( $>0,4$ ), que se alinharam bem com as quatro subescalas. A consistência interna  $\alpha$  para os fatores foram: Conhecimento –  $\alpha = 0,96$ ; Habilidades –  $\alpha = 0,93$ ; Atitudes/Crenças –  $\alpha = 0,80$ ; Comportamentos –  $\alpha = 0,94$ .

#### Procedimentos de coleta de dados

A coleta de dados foi realizada a partir de um questionário autoaplicável disponibilizado na plataforma *Google Forms*, que permite a organização de pesquisas via *web*. A amostra foi recrutada de duas formas: (1) presencialmente em um centro de treinamento para profissionais da saúde da cidade de Manaus. Após a autorização dos responsáveis pelo centro de treinamento, a pesquisadora visitou as salas de aula, apresentou-se aos profissionais, explicou os objetivos do estudo, convidou-os a participar e disponibilizou o *link* para acesso ao questionário on-line. Alguns profissionais aceitaram participar voluntariamente após a explicação. A segunda forma foi por meio de divulgações em redes sociais (e.g., *Facebook*, *Whatsapp*, *E-mail*, *Instagram*). Após clicar no *link*, os (as) participantes foram direcionados para uma página contendo o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Anexo 1). Concluída a leitura e concordância com TCLE, os participantes puderam responder os questionários. Uma cópia do TCLE foi disponibilizada a cada participante por meio de um *link*. O estudo foi iniciado após a aprovação do Comitê de Ética da Universidade Federal do Amazonas. A coleta foi realizada entre fevereiro e outubro de 2025.

#### Procedimentos para análise de dados

Para analisar a estrutura interna do questionário (Belita et al., 2022), uma validação cruzada estratégica foi empregada, dividindo a amostra em dois grupos utilizando o programa IBM SPSS 2024. Com a primeira amostra ( $n = 183$ ), realizou-se uma análise fatorial exploratória (AFE) utilizando o programa FACTOR versão 2024 (Lorenzo-Seva & Ferrando, 2013). A análise foi implementada utilizando uma matriz policórica e o método de

extração Robust Diagonally Weighted Least Squares (RDWLS) (Asparouhov & Muthen, 2010). A decisão sobre o número de fatores a ser retido foi realizada por meio da técnica da Análise Paralela com permutação aleatória dos dados observados (Timmerman & Lorenzo-Seva, 2011) e a rotação utilizada foi a Robust Promin (Lorenzo-Seva & Ferrando, 2019).

A estabilidade dos fatores foi avaliada por meio do índice H que avalia o quanto um conjunto de itens representa um fator comum, os valores de H variam de 0 a 1. Valores altos de H ( $> 0,80$ ) sugerem uma variável latente bem definida, o qual é provável que seja estável em diferentes estudos. Valores baixos de H sugerem uma variável latente mal definida, e provavelmente instável entre diferentes estudos (Ferrando & Lorenzo-Seva, 2018). Por fim, o parâmetro de discriminação e os thresholds dos itens foram avaliados utilizando a parametrização de Reckase (Reckase, 1985).

Com a segunda amostra ( $n = 166$ ), foi realizada análise fatorial confirmatória (AFC) para testar dois modelos com quatro fatores correlacionados e 27 itens quanto ao ajuste à matriz de correlações policóricas entre os itens. O modelo 1 consistiu na estrutura original proposta por Belita et al. (2022), e o modelo 2 foi o sugerido pela análise fatorial exploratória (AFE), no qual o item 13 do Fator 3 – Atitudes/Crenças carregou no Fator 2 – Habilidades. As análises foram conduzidas por meio do método de estimação Robust Diagonally Weighted Least Squares (RDWLS), adequado para dados ordinais e não normalmente distribuídos (Distefano & Morgan, 2014; Li, 2016).

#### Procedimentos éticos

O presente estudo foi desenvolvido após a avaliação pelo Comitê de Ética e Pesquisas com Seres Humanos da Universidade (UFAM), aprovado com CAAE 85373124.4.0000.5020. Todos os participantes foram incluídos após a leitura e aceite do TCLE.

#### 5.4. Resultados

Na etapa exploratória, com metade da amostra ( $N = 183$ ), foram extraídos dois fatores por meio da Análise Paralela (Timmerman & Lorenzo-Seva, 2011). A matriz de correlação policórica dos itens atendeu aos pressupostos da AFE (Tabachnick & Fidell, 2013), pois o KMO foi de 0,86, o teste de Bartlett foi significativo ( $\chi^2 = 1982.1$ ;  $gl = 351$ ;  $p < 0,001$ ), e cargas fatoriais superiores a 0,3 (Tabela 1). Assim, a AFE realizada com os 27 itens origina is

da escala indicou a existência de quatro fatores correlacionados (Fator 1 – Conhecimento, Fator 2 – Habilidades, Fator 3 – Atitudes/Crenças e Fator 4 – Comportamento) ver Tabela 3. Isso posto, pode-se afirmar que os dados empíricos obtidos na amostra brasileira se ajustaram de modo compatível com o modelo teórico original da escala.

Tabela 1

## Estrutura Fatorial Exploratória da Escala EIDM

Itens	Fator 1	Fator 2	Fator 3	Fator 4	Comunalidades
1. Item 1	<b>0.93</b>	-			<b>0.84</b>
2. Item 2	<b>1.00</b>	-			<b>0.94</b>
3. Item 3	<b>0.98</b>	-			<b>0.99</b>
4. Item 4	<b>1.02</b>	-			<b>0.92</b>
5. Item 5	<b>0.96</b>	-			<b>0.94</b>
6. Item 6	<b>0.91</b>	-			<b>0.89</b>
7. Item 7	<b>0.87</b>	-			<b>0.86</b>
8. Item 8	-	<b>0.70</b>			<b>0.56</b>
9. Item 9	-	<b>0.97</b>			<b>0.70</b>
10. Item 10	-	<b>0.83</b>			<b>0.76</b>
11. Item 11	-	<b>0.81</b>			<b>0.74</b>
12. Item 12	-	<b>0.71</b>			<b>0.74</b>
13. Item 13	-	<b>0.48</b>			<b>0.59</b>
14. Item 14	-	-	<b>0.40</b>		<b>0.48</b>
15. Item 15	-	-	<b>0.82</b>		<b>0.77</b>
16. Item 16	-	-	<b>0.91</b>		<b>0.78</b>
17. Item 17	-	-	<b>0.93</b>		<b>0.81</b>
18. Item 18	-	-		<b>0.46</b>	<b>0.37</b>
19. Item 19	-	-		<b>0.74</b>	<b>0.53</b>
20. Item 20	-	-		<b>0.88</b>	<b>0.77</b>
21. Item 21	-	-		<b>0.93</b>	<b>0.69</b>
22. Item 22	-	-		<b>0.99</b>	<b>0.86</b>
23. Item 23	-	-		<b>0.83</b>	<b>0.77</b>
24. Item 24	-	-		<b>0.81</b>	<b>0.73</b>
25. Item 25	-	-		<b>0.84</b>	<b>0.85</b>
26. Item 26	-	-		<b>0.87</b>	<b>0.74</b>
27. Item 27	-	-		<b>0.87</b>	<b>0.79</b>
Confiabilidade Composta	<b>0.98</b>	<b>0.85</b>	<b>0.86</b>	<b>0.95</b>	-
H-Latent	<b>0.99</b>	<b>0.93</b>	<b>0.97</b>	<b>0.92</b>	-
H-Observed	<b>0.98</b>	<b>0.94</b>	<b>0.97</b>	<b>0.83</b>	-

Nota: Todos os parâmetros apresentaram,  $p < 0,001$ . As cargas padronizadas marcadas em negrito permaneceram na estrutura da escala associadas aos respectivos fatores

Os itens apresentaram cargas fatoriais adequadas, em seus respectivos fatores. No entanto, o item 13 carregou melhor no fator 2, ocasionando uma provável mudança da estrutura da escala para o contexto brasileiro. Os índices de ajuste do instrumento foram adequados (RMSEA = 0,000; CFI = 0,999; TLI = 1,02). A fidedignidade composta dos fatores também se mostrou aceitável (acima de 0,70) para todos os fatores. A medida de replicabilidade da estrutura fatorial (*H-index*), sugeriu que a escala pode ser replicável em estudos futuros ( $H < 0,80$ ) (Ferrando & Lorenzo-Seva, 2018).

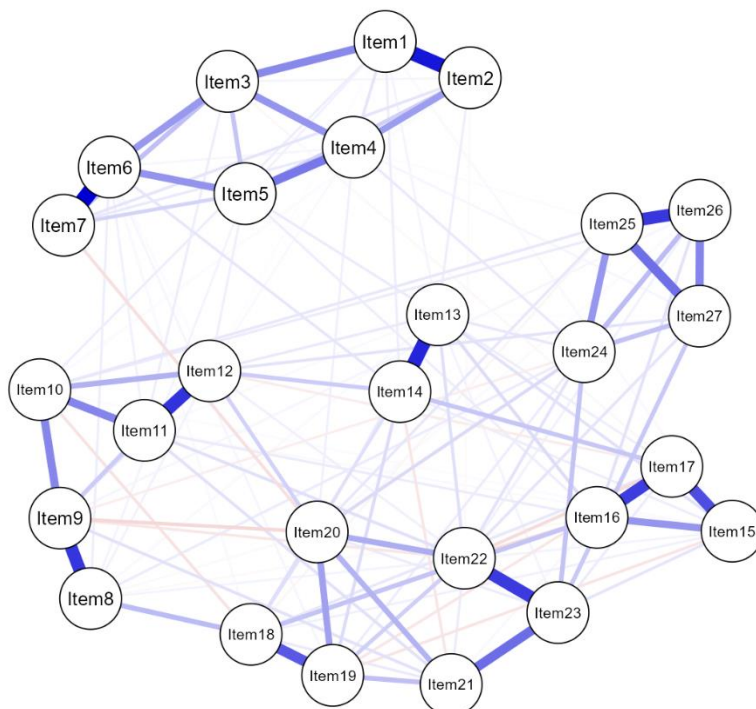
Para aprofundar a compreensão das inter-relações entre os itens da medida, foi utilizada a técnica multivariada de Análise de Redes (Golino & Epskamp, 2017). Esse método exploratório multivariado mitiga o problema do superajuste dos itens ao aplicar a penalização do índice *Extended Bayesian Information Criterion* (EBIC), eliminando correlações parciais de menor relevância ao fixá-las em zero. Como resultado, há um melhor controle da multicolinearidade e uma redução das correlações espúrias entre os itens, permitindo uma análise mais precisa dos fatores, sua representação gráfica e a dinâmica das relações entre os itens (Golino & Epskamp, 2017).

Assim, foi possível confirmar o número de fatores, bem como explorar a representação gráfica da estrutura e a dinâmica das relações entre os itens. A Figura 1, referente à análise de redes, corrobora o modelo de quatro fatores descrito na Tabela 1, em que os itens 1, 2, 3, 4, 5, 6 e 7 compõem o fator Conhecimento; os itens 8, 9, 10, 11 e 12 se agrupam no fator Habilidades; os itens 13, 14, 15, 16 e 17 correspondem ao fator Atitudes e Crenças; e, por fim, os itens 18 a 27 integram o fator Comportamento. Observa-se que o item 13, que havia aparecido no Fator 2 na AFE, se articula com o item 14 e com os demais itens do Fator 3, em consonância com o modelo original de Belita et al. (2022).



Figura 1

Rede Exploratória da escala EIDM



Na fase confirmatória, a partir de análises com a parte da amostra que não foi utilizada na fase exploratória ( $n = 166$ ), buscou-se investigar se o modelo de quatro fatores se ajusta à matriz de correlação policórica dos itens. A análise foi implementada utilizando o método de estimação *Robust Diagonally Weighted Least Squares* (RDWLS) (Distefano & Morgan, 2014; Li, 2016b). Com base no exposto, considerando que o item 13 foi alocado ao Fator 2 na AFE, dois modelos de medida foram testados com o objetivo de obter melhores índices de ajuste: o Modelo 1, correspondente ao modelo original proposto por Belita et al. (2020), e o Modelo 2, referente ao modelo identificado na etapa de Análise Fatorial Exploratória anteriormente descrita. Ambos os modelos foram compostos por 27 itens

Os índices de ajuste utilizados foram:  $X^2$ ;  $X^2/df$ ; Comparative Fit Index (CFI); Tucker-Lewis Index (TLI); Standardized Root Mean Residual (SRMR) e Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA). Valores de  $X^2$  não devem ser significativos; a razão  $X^2/df$  deve ser < que 5 ou, preferencialmente, < que 3. Valores de CFI e TLI devem ser > que 0,90 e, preferencialmente, acima de 0,95; Valores de RMSEA devem ser < que 0,08 ou, preferencialmente, < que 0,06, com intervalo de confiança (limite superior) < 0,10 (Brown,

2015). A Análise Fatorial Confirmatória (AFC) indicou que o modelo original apresentou melhores índices de ajuste ao contexto brasileiro, mantendo a estrutura dos itens, sem a necessidade de inversão nos fatores, como indicado pela Análise Fatorial Exploratória (AFE), o modelo 2 não carregou a análise, conforme Tabela 2.

Tabela 2

Índices de Ajuste do Modelo da EIDM

Modelo	X <sup>2</sup> (gl)	X <sup>2</sup> /gl	CFI	TLI	SRMR	RMSEA (90% IC)
Modelo 1	871.059	2,739	0,977	0,974	0,067	0,010
(Original)	(318)					(0,095 -0,111)

Nota: X<sup>2</sup> = qui-quadrado; gl = graus de liberdade; CFI = *Comparative Fit Index*; TLI = *Tucker-Lewis Index*; SRMR = *Standardized Root Mean Square Residual*; RMSEA = *Root Mean Square Error of Approximation*; \*\* p < 0,001

Os índices de confiabilidade das escalas foram satisfatórios. O coeficiente alfa de Cronbach ( $\alpha$ ) apresentou valores adequados em todos os quatro fatores da EIDM, Conhecimento ( $\alpha = 0,97$ ), Habilidades ( $\alpha = 0,89$ ), Atitudes e Crenças ( $\alpha = 0,87$ ) e Comportamento ( $\alpha = 0,94$ ). O alfa geral da escala foi de 0,96, indicando excelente consistência interna. As relações entre as dimensões foram analisadas por meio das correlações de *Spearman*, pois não houve normalidade dos dados para as dimensões. As relações tiveram magnitude moderada e se relacionaram positivamente, indicando que o instrumento mensura competências em TDIE e que as dimensões não se sobrepõem (Tabela 3).

Tabela 3.

Médias, Desvios Padrão e Correlações com Intervalos de Confiança e Tamanho de Efeito

Fatores	M	DP	1	2	3	4
<b>1. Conhecimento</b>	30.0	13.4	-	-	-	-
<b>2. Habilidade</b>	22.6	7.2	0,61*** [0,54 - 0,67] d = 0,054	-	-	-
<b>3. Atitudes e Crenças</b>	26.5	6.3	0,58*** [0,50 – 0,64] d = 0,054	0,53*** [0,45-0,60] d = 0,054	-	-
<b>4. Comportamento</b>	41.5	16.3	0,54*** [0,46 – 0,61] d = 0,054	0,61*** [0,53-0,67] d = 0,054	0,50*** [0,42 – 0,58] d = 0,054	-

Nota: M = Média, DP = Desvio padrão, [ ] = valores entre colchetes indicam o intervalo de confiança de 95% para cada correlação, \* =  $p < 0,05$ . \*\* =  $p < 0,01$ , \*\*\* =  $p < 0,001$ , d = Tamanho de Efeito (Fisher's z).

Foi realizado um teste de Mann-Whitney para investigar em que medida os fatores do EIDM eram equivalentes entre profissionais do Grupo 1, composto por profissionais da saúde atuantes em enfermagem, fisioterapia, fonoaudiologia, medicina, nutrição, odontologia, psicologia e terapia ocupacional, enquanto o Grupo 2 incluiu estudantes de graduação dessas mesmas áreas, além de biomedicina e farmácia. Os resultados demonstraram não haver diferenças entre profissionais e estudantes nos quatro fatores da EIDM, nos índices de Conhecimento ( $U = 13465,000$ ,  $rg = -0,029$ ,  $p = 0,652$ ), Habilidades ( $U = 15747,000$ ,  $rg = 0,136$ ,  $p = 0,035$ ), Atitudes e Crenças ( $U = 14025,000$ ,  $rg = 0,011$ ,  $p = 0,860$ ) e Comportamento ( $U = 12746,000$ ,  $rg = -0,081$ ,  $p = 0,209$ ).

Tabela 4.

Diferenças das Médias dos Fatores da Escala EIDM (N=344)

	<b>F1</b>	<b>U/Rg</b>	<b>F2</b>	<b>U/Rg</b>	<b>F3</b>	<b>U/Rg</b>	<b>F4</b>	<b>U/Rg</b>
	<b>M(DP)</b>		<b>M(DP)</b>		<b>M(DP)</b>		<b>M(DP)</b>	
Grupos								
Grupo 1	29,6	13465/	23,2	1574/	26,6	14025/	40,6	12746/
(n=215)	(13.8)	-0,029	(7.2)	0,136	(6.1)	0.011	(16.4)	-0.081
Grupo 2	30,6		21,6		26,4		42,6	
(n =129)	(12.6)		(7.1)		(6.6)		(16.1)	

Nota. F1 = Conhecimento; F2 = Habilidades; F3 = Atitudes e Crenças; F4 = Comportamento. M = Média; DP = Desvio padrão; U = estatística do teste de Mann-Whitney; rg = rank-biserial correlation (tamanho de efeito).

### 5.5.Discussão

O presente estudo teve como objetivo realizar a adaptação cultural da Evidence-Informed Decision-Making (EIDM) Competence Measure para o Brasil e avaliar suas propriedades psicométricas em uma amostra composta por profissionais e estudantes de diferentes áreas da saúde. Os índices de consistência interna mostraram-se excelentes e a confiabilidade composta, aceitável para todas as dimensões, indicando que os itens medem de forma coerente os construtos subjacentes. A estrutura manteve-se próxima à proposta original de Belita et al. (2022), composta pelos fatores conhecimentos, habilidades, atitudes

e crenças e comportamento. Esses achados apoiam a aplicação da medida ao contexto brasileiro para avaliar competências relacionadas à prática baseada em evidências entre profissionais e estudantes brasileiros da saúde.

Na análise fatorial exploratória, o item 13 ("Acredito que posso executar TDIE"), originalmente da subescala atitudes e crenças, apresentou carga fatorial no domínio habilidade. Entretanto, a análise fatorial confirmatória não corroborou esse rearranjo, indicando a permanência do item em sua subescala original. Belita et al. (2022) relataram achado similar ao observar carregamentos cruzados dos itens 13 em habilidade e do item 14 em comportamento, porém optaram por mantê-los em atitudes por refletirem crenças de autoeficácia, conceitualmente distintas de habilidades práticas.

Na presente amostra, a análise de rede evidenciou uma aproximação entre os itens 13 e 14 e um afastamento com os demais (15 ao 17) da subescala atitudes. Enquanto os itens 15 a 17 avaliam crenças nos benefícios da TDIE (ex., "acredito que a execução da TDIE pode melhorar os serviços"), os itens 13 e 14 mensuram autoeficácia ("eu acredito que posso"). Esses achados apontam para a necessidade de reformulação de itens ambíguos, ou, alternativamente, considerar a possibilidade de testar uma nova estrutura que inclua um domínio independente para autoeficácia acompanhado de novos itens. A testagem seria teoricamente justificável, uma vez que autoeficácia e expectativas de resultado, embora correlacionados, constituem-se em construtos distintos (Bandura, 1997).

Um avanço importante deste estudo foi a ampliação da adaptação da escala para incluir também estudantes da área da saúde. Os resultados indicaram ausência de diferenças significativas entre profissionais e estudantes em relação às dimensões da escala, sugerindo que o instrumento é sensível e aplicável a diferentes níveis de formação. Isso amplia seu potencial de uso em pesquisas, processos de ensino e programas de capacitação, podendo contribuir para a formação de futuros profissionais mais alinhados à PBE.

Do ponto de vista prático, a versão brasileira da EIDM se mostra como uma ferramenta útil para pesquisadores, gestores e educadores interessados em diagnosticar lacunas e planejar intervenções de desenvolvimento de competências em TDIE. O uso da escala pode subsidiar estratégias de capacitação e avaliação de impacto de programas voltados à implementação da PBE, contribuindo para o avanço do campo da Disseminação e Implementação.

Entre as limitações deste estudo, destaca-se o uso de amostras não probabilísticas e concentradas em determinadas regiões do país, limitando a generalização dos resultados.

Além disso, a natureza transversal do delineamento não permite inferir estabilidade temporal dos escores. Estudos futuros devem explorar análises de invariância da medida entre diferentes grupos profissionais e contextos institucionais, bem como examinar a sensibilidade da escala a mudanças após intervenções educativas em TDIE. Também seria relevante investigar com maior profundidade a estrutura interna do fator atitudes e crenças, especialmente a possível diferenciação entre autoeficácia e valor atribuído à TDIE.

## 5.6. Conclusão

O presente estudo objetivou realizar uma adaptação cultural da EIDM para profissionais e estudantes de saúde brasileiros e contribuir para o avanço das evidências de validade e confiabilidade da medida. Os resultados confirmaram a adequação da estrutura multidimensional composta por conhecimento, habilidades, atitudes e crenças, e comportamento, com índices de ajuste e confiabilidade adequados. Ao aplicar tanto a análise fatorial exploratória quanto a confirmatória, esta pesquisa responde à solicitação de Belita et al. (2022) por estudos que aprofundem a testagem psicométrica da medida em amostras independentes, ampliando o corpo de evidências sobre sua estrutura interna. Esse delineamento representa um avanço em relação ao estudo original, fortalecendo a validade da medida e demonstrando sua aplicabilidade em um novo contexto cultural e profissional.

A ausência de diferenças significativas entre profissionais e estudantes sugere que ambos os grupos compartilham níveis semelhantes de competência em TDIE, possivelmente revelando padrões de formação e prática profissional ainda homogêneos em relação ao uso de evidência científica, bem como a necessidade de fortalecer a aplicação da PBE desde a formação inicial até atuação profissional. Essa possibilidade aponta para o potencial da medida como ferramenta de diagnóstico e planejamento, tanto para avaliar lacunas individuais e institucionais quanto para orientar intervenções educacionais e estratégias de desenvolvimento profissional contínuo.

Recentemente, Semahegn et al. (2023) identificaram vários obstáculos à adoção de evidências em países de baixa e média renda, entre eles a produção de estudos descomprometidos com as necessidades locais, infraestrutura inadequada de pesquisa, falta de conhecimentos e habilidades necessários para entender, avaliar e aplicar resultados de pesquisas tanto por formuladores de políticas quanto por profissionais da saúde. É provável que o Brasil enfrente muitas dessas barreiras. A compreensão desses fatores pode facilitar o

desenvolvimento ou ajuste de programas de disseminação adequados às necessidades dos profissionais brasileiros e contribuir para o aprimoramento dos currículos de ensino da formação acadêmica dos futuros profissionais.

Futuras pesquisas poderão explorar as competências em TDIE entre profissionais e estudantes brasileiros, oferecendo uma compreensão mais abrangente dos fatores que influenciam a implementação da TDIE. E também poderão testar sua invariância, estabilidade temporal, validade preditiva e sensibilidade a intervenções formativas, ampliando, assim, o alcance e o impacto dessa ferramenta no fortalecimento da cultura de decisão informada por evidências na saúde. Em conjunto, os achados deste estudo fornecem base para o uso da EIDM em pesquisas e práticas voltadas à promoção da PBE entre profissionais e estudantes no Brasil.

## 5.7.Referências

- Bandura, A. (1997). *Self-Efficacy: The Exercise of Control*. Freeman, New York.
- Belita, E., Fisher, K., Yost, J., Squires, J. E., Ganann, R., & Dobbins, M. (2022). Validity, reliability, and acceptability of the Evidence-Informed Decision-Making (EIDM) competence measure. *PLoS ONE*, 17(8), e0272699. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0272699>
- Belita, E., Squires, J. E., Yost, J., Ganann, R., Burnett, T., & Dobbins, M. (2020). Measures of evidence-informed decision-making competence attributes: A psychometric systematic review. *BMC Nursing*, 19(1), 44. <https://doi.org/10.1186/s12912-020-00436-8>
- Belita, E., Yost, J., Squires, J. E., Ganann, R., & Dobbins, M. (2021). Development and content validation of a measure to assess evidence-informed decision-making competence in public health nursing. *PLoS ONE*, 16(3), e0248330. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0248330>
- Borsa, J. C., Damásio, B. F., & Bandeira, D. R. (2012). Adaptação e validação de instrumentos psicológicos entre culturas: Algumas considerações. *Paidéia (Ribeirão Preto)*, 22(53), 423-432.
- Buchanan, H., Siegfried, N., & Jelsma, J. (2016). Survey instruments for knowledge, skills, attitudes and behaviour related to evidence-based practice in occupational therapy: A systematic review. *Occupational Therapy International*, 23(2), 59–90. <https://doi.org/10.1002/oti.1398>
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. (2015). *Síntese de evidências para políticas de saúde: Estimulando o uso de evidências científicas na tomada de decisão* (1ª ed., 1ª reimpr.). Ministério da Saúde.
- Fernandez-Dominguez, J. C., Sese-Abad, A., Morales-Asencio, J. M., Oliva-Pascual-Vaca, A., Salinas-Bueno, I., & de Pedro-Gomez, J. E. (2014). Validity and reliability of instruments aimed at measuring evidence-based practice in physical therapy: A systematic review of the literature. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 20(6), 767–778. <https://doi.org/10.1111/jep.12180>
- Gaudiano, B. A., Brown, L. A., & Miller, I. W. (2011). Let your intuition be your guide? Individual differences in the evidencebased practice attitudes of psychotherapists. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 17(4), 628-634.
- Glegg, S. M. N., & Holsti, L. (2010). Measures of knowledge and skills for evidence-based practice: A systematic review. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 77(4), 219–232. <https://doi.org/10.2182/cjot.2010.77.4.4>
- Landsverk, N. G., Olsen, N. R., & Brovold, T. (2023). Instruments measuring evidence-based practice behavior, attitudes, and self-efficacy among healthcare professionals: A



systematic review of measurement properties. *Implementation Science*, 18(42), 2–19. <https://doi.org/10.1186/s13012-023-01301-3>

Leung, K., Trevena, L., & Waters, D. (2014). Systematic review of instruments for measuring nurses' knowledge, skills and attitudes for evidence-based practice. *Journal of Advanced Nursing*, 70(10), 2181–2195. <https://doi.org/10.1111/jan.12454>

Lilienfeld, S. O., Lynn, S. J., & Lohr, J. M. (Eds.). (2003). *Science and pseudoscience in clinical psychology*. The Guilford Press.

Lilienfeld, S. O., Ritschel, L. A., Lynn, S. J., Cautin, R. L., & Latzman, R. D. (2013). Why many clinical psychologists are resistant to evidence-based practice: root causes and constructive remedies. *Clinical Psychology Review*, 33(7), 883–900. doi:10.1016/j.cpr.2012.09.008

Lilienfeld, S. O. (2010). Can psychology become a science? *Personality and Individual Differences*, 49, 281–288. doi: 10.1016/j.paid.2010.01.024

Lilienfeld, S. O. (2012). Public Skepticism of Psychology: Why Many People Perceive the Study of Human Behavior as Unscientific. *American Psychologist*, 67(2), 111–129. doi: 10.1037/a0023963

Lilienfeld, S. O., Ammirati, R., & David, M. (2012). Distinguishing science from pseudoscience in school psychology: Science and scientific thinking as safeguards against human error. *Journal of School Psychology*, 50(1), 7–36. <https://doi.org/10.1016/j.jsp.2011.09.006>

Mouta, G. S., Pinto, A. L. C. B., Malloy-Diniz, L. F., & Pasian, R. S. (2021). Cross-cultural adaptation and factor structure of the decision styles scale for Brazil. *Current Research in Behavioral Sciences*, 2, 100039. <https://doi.org/10.1016/j.crbeha.2021.100039>

Novaes, F. C., Bienemann, B., Paveltchuk, F. de O., Siqueira, P. H. T., & Damásio, B. F. (2019). Desenvolvimento e propriedades psicométricas da Escala de Atitude em Relação à Ciência. *Psico-USF*, 24(4), 763–777. <https://doi.org/10.1590/1413-82712019240413>

Padmanabhanunni, A. (2018). Mental healthcare providers' attitudes towards the adoption of evidence-based practice in the treatment of post-traumatic stress disorder in South Africa. *South African Journal of Psychology*, 47(2), 198–208.

Pervin, M., Hansmann, N. M., & Hagmayer, Y. (2024). Attitudes toward and usage of evidence-based mental health practices for autistic youth in Bangladesh and Germany: A cross-cultural comparison. *Autism Research and Developmental Disorders*, 55, 1–16. <https://doi.org/10.1007/s10803-023-06223-z>

Semahegn, A., Manyazewal, T., Hanlon, C., Getachew, E., Fekadu, B., Assefà, E., Kassa, M., Hopkins, M., Woldehanna, T., Davey, G., & Fekadu, A. (2023). Challenges for research uptake for health policymaking and practice in low- and middle-income countries: A scoping review. *Health Research Policy and Systems*, 13(21), 1–16. <https://doi.org/10.1186/s12961-023-01084-5>

Tilson, J. K., Kaplan, S. L., Harris, J. L., Hutchinson, A., Ilic, D., Niederman, R., et al. (2011). Sicily statement on classification and development of evidence-based practice learning assessment tools. *BMC Medical Education*, 11, 78. <https://doi.org/10.1186/1472-6920-11-78>

Van Pelt, A. E., Beidas, R. S., Baumann, A. A., & Castillo-Neyra, R. (2023). Recommendations for empowering partners to conduct implementation research in Latin America to advance global health. *Global Implementation Research and Applications*, 3(1), 390–399. <https://doi.org/10.1007/s43477-023-00097-0>

Sala, D. C., Okuno, M. F., Buccini, G., Hankins, J. S., Câmara, A. B., Vieira, A. C., ... & Cruz, I. (2023). Ciência da disseminação e implementação em países de língua portuguesa: Por que considerar? [Editorial]. *Acta Paulista de Enfermagem*, 36(Suppl 1), eEDT01. <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2023EDTSPE01>

Shaneyfelt, T., Baum, K. D., Bell, D., Feldstein, D., Houston, T. K., Kaatz, S., et al. (2006). Instruments for evaluating education in evidence-based practice: A systematic review. *JAMA*, 296(9), 1116–1127. <https://doi.org/10.1001/jama.296.9.1116>

## 6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente dissertação teve como objetivo identificar instrumento psicométrico voltado à avaliação de fatores individuais associados à implementação da PBE, por meio de dois estudos complementares. O primeiro estudo realizou uma revisão de escopo das propriedades psicométricas das versões existentes da Evidence-Based Practice Attitude Scale (EBPAS), identificando limitações e fragilidades que comprometem seu uso como medida abrangente de fatores individuais relacionadas à adoção da PBE. O segundo estudo, por sua vez, conduziu a adaptação e a validação da Evidence-Informed Decision-Making Competence Measure (EIDM) para o contexto brasileiro, contemplando estudantes e profissionais da saúde. Em conjunto, esses estudos oferecem um panorama atualizado do estado das medidas disponíveis e propõem um instrumento adequado para avaliar competências em relação à PBE no país.

Do ponto de vista prático, a dissertação contribui com a disponibilização da EIDM em versão brasileira oferecendo a possibilidade de pesquisas futuras, instituições de ensino, serviços de saúde e gestores públicos uma ferramenta válida para diagnosticar lacunas formativas, orientar programas educacionais, monitorar intervenções de capacitação e apoiar estratégias de implementação da PBE em diferentes níveis de atenção.

A relevância da pesquisa para o contexto brasileiro também se destaca. Em um país marcado por desigualdades regionais, heterogeneidade de recursos e desafios estruturais na formação em saúde, instrumentos culturalmente ajustados são indispensáveis para compreender como estudantes e profissionais mobilizam competências relacionadas à PBE em cenários reais. Esse ponto torna-se especialmente importante em regiões como a Amazônia, onde a diversidade sociocultural, a limitação de recursos e a variabilidade de práticas assistenciais exigem que decisões clínicas e de saúde pública sejam fortemente ancoradas em evidências e adaptadas ao contexto local.

A articulação entre os dois estudos demonstra que a dissertação vai além da descrição de instrumentos psicométricos: ela produz um diagnóstico crítico do que se tem disponível e entrega uma solução metodológica que dialoga diretamente com as lacunas identificadas. Enquanto o primeiro estudo mostrou que as versões da EBPAS carecem de estabilidade estrutural e consistência para avaliar competências amplas em PBE, o segundo estudo respondeu a essa lacuna oferecendo uma medida mais adequada e alinhada às necessidades formativas e profissionais brasileiras. Assim, o produto final da dissertação consiste não apenas na adaptação da EIDM, mas na consolidação de um percurso metodológico que

íntegra síntese de evidências, avaliação crítica e validação psicométrica — um modelo replicável para outras áreas da saúde.

Como qualquer pesquisa, o presente trabalho apresenta limitações. A coleta de dados enfrentou desafios que restringiram o tamanho e a composição final da amostra, o que pode ter limitado análises adicionais, como correlações entre competências e variáveis comportamentais ou organizacionais. Ainda assim, os resultados obtidos foram suficientes para estabelecer evidências iniciais de validade e confiabilidade da EIDM no país. Futuras pesquisas poderão ampliar o escopo amostral, testar a invariância da medida em diferentes regiões e categorias profissionais, explorar sua validade preditiva em contextos assistenciais reais e examinar relações entre competências em PBE e indicadores objetivos de adoção de práticas baseadas em evidências.

Em síntese, esta dissertação contribui para o fortalecimento da ciência da implementação no Brasil ao oferecer uma medida psicométrica culturalmente adequada e teoricamente alinhada às necessidades contemporâneas de formação e prática em saúde. Ao integrar revisão crítica e validação empírica, o trabalho proporciona bases para estudos futuros, para intervenções pedagógicas e para políticas institucionais voltadas à difusão da PBE, reafirmando o compromisso com o uso de evidências como eixo de qualificação do cuidado, da gestão e da formação em saúde

## REFERÊNCIAS

- Aarons, G. A. (2004). Mental health provider attitudes toward adoption of evidence-based practice: The Evidence-Based Practice Attitude Scale (EBPAS). *Mental Health Services Research*, 6(2), 61–74.
- Aarons, G. A., Cafri, G., Lugo, L., & Sawitzky, A. (2012). Expanding the domains of attitudes towards evidence-based practice: The Evidence-Based Practice Attitude Scale-50. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 39(5), 331–340. <https://doi.org/10.1007/s10488-010-0302-3>
- Albarqouni, L., Hoffmann, T., Straus, S., Olsen, N. R., Young, T., Ilic, D., Shaneyfelt, T., Haynes, R. B., Guyatt, G., & Glasziou, P. (2018). Core competencies in evidence-based practice for health professionals consensus statement based on a systematic review and Delphi survey. *JAMA Network Open*, 1(2), e180281. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2018.0281>
- AlKetbi H, Hegazy F, Alnaqbi A, Shousha T (2021) Evidence-based practice by physiotherapists in UAE: Investigating behavior, attitudes, awareness, knowledge and barriers. *PLoS ONE* 16(6): e0253215. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0253215>
- Alqahtani, N., Oh, K. M., Kitsantas, P., & Rodan, M. (2020). Nurses' evidence-based practice knowledge, attitudes and implementation: A cross-sectional study. *Journal of Clinical Nursing*, 29(1–2), 274–283. <https://doi.org/10.1111/jocn.15097>
- American Psychological Association. (2006). Evidence-based practice in psychology: APA presidential task force on evidence-based practice. *American Psychologist*, 61(4), 271–285.
- Balas, E. A., & Boren, S. A. (2000). Managing clinical knowledge for health care improvement. *Yearbook of Medical Informatics*, 9(1), 65–70.
- Balzer, J., Jung, A., Gerhard, J., Reinecke, S., Mijic, M., Fichtmüller, A., Jahjah, A., Eggert, M., Koch, M., Ernst, K., & Haring, R. (2023). Psychometric properties of questionnaires to assess evidence-based practice among occupational, physical and speech therapists: A systematic review. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, 176, 1–11. <https://doi.org/10.1016/j.zefq.2022.11.003>
- Bandura, A. (1997). *Self-Efficacy: The Exercise of Control*. Freeman, New York.
- Belita, E., Squires, J. E., Yost, J., Ganann, R., Burnett, T., & Dobbins, M. (2020). Measures of evidence-informed decision-making competence attributes: a psychometric systematic review. *BMC Nursing*, 19, 44. <https://doi.org/10.1186/s12912-020-00436-8>
- Belita, E., Yost, J., Squires, J. E., Ganann, R., & Dobbins, M. (2021). Development and content validation of a measure to assess evidence-informed decision-making competence in public health nursing. *PLoS ONE*, 16(3), e0248330. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0248330>
- Bienemann, B., & Damasio, B. F. (2017). Desenvolvimento e validação de uma escala de atitude em relação à ciência na psicologia. *Avaliação Psicológica*, 16(4), 489–497. <https://doi.org/10.15689/ap.2017.1604.13409>

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. (2015). Síntese de evidências para políticas de saúde: Estimulando o uso de evidências científicas na tomada de decisão (1. ed., 1. reimpr.). Ministério da Saúde. [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sintese\\_evidencias\\_politicas\\_saude\\_1ed.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sintese_evidencias_politicas_saude_1ed.pdf)

Cane, J., O'Connor, D., & Michie, S. (2012). Validation of the theoretical domains framework for use in behaviour change and implementation research. *Implementation Science*, 7, 37. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-7-37>

Dao, H. T., Pichaiyongwongdee, S., Sullivan, P. E., Prasertsukdee, S., & Apinonkul, B. (2018). Are physical therapists in Viet Nam ready to implement evidence-based practice? A survey. *BMC Medical Education*, 18(1), 317. <https://doi.org/10.1186/s12909-018-1428-3>

Draaisma, E., Bekhof, J., Langenhorst, V. J., & Brand, P. L. P. (2018). Implementing evidence-based medicine in a busy general hospital department: Results and critical success factors. *BMJ Evidence-Based Medicine*, 23(5), 173–176.

Draaisma, E., Maggio, L. A., Bekhof, J., Jaarsma, A. D. C., & Brand, P. L. P. (2021). Impact of deliberate practice on evidence-based medicine attitudes and behaviours of health care professionals. *Perspectives on Medical Education*, 10(2), 118–124. <https://doi.org/10.1007/s40037-020-00634-9>

El Dib, R. P. (2007). Como praticar a medicina baseada em evidências. *Jornal Vascular Brasileiro*, 6(1), 1-4.

Faria, L., Oliveira-Lima, J. A., & Almeida-Filho, N. (2021). Medicina baseada em evidências: breve aporte histórico sobre marcos conceituais e objetivos práticos do cuidado. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, 28(1), 59-78. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-59702021000100004>

Feist, J., Feist, G. J., Roberta, T. A. (2015). Teorias da Personalidade. Artmed, Porto Alegre.

Landsverk, N. G., Olsen, N. R., & Brovold, T. (2023). Instruments measuring evidence-based practice behavior, attitudes, and self-efficacy among healthcare professionals: A systematic review of measurement properties. *Implementation Science*, 18, 42. <https://doi.org/10.1186/s13012-023-01301-3>

Leonardi, J. L., & Meyer, S. B. (2015). Prática Baseada em Evidências na Psicologia e a História da Busca pela Provas Empíricas da Eficácia das Psicoterapias. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 35(4), 1139–1156.

Lilienfeld, S. O., Ritschel, L. A., Lynn, S. J., Cautin, R. L., & Latzman, R. D. (2013). Why many clinical psychologists are resistant to evidence-based practice: Root causes and constructive remedies. *Clinical Psychology Review*, 33(7), 883–900. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2012.09.008>

Melas, C. D., Zampetakis, L. A., Dimopoulou, A., & Moustakis, V. (2012). Evaluating the properties of the Evidence-Based Practice Attitude Scale (EBPAS) in health care. *Psychological Assessment*, 24(4), 867–876. <https://doi.org/10.1037/a0027445>

Michie, S., Atkins, L., & West, R. (2014). *The behaviour change wheel: A guide to designing interventions*. Silverback Publishing.

Moullin, J. C., Dickson, K. S., Stadnick, N. A., Rabin, B., & Aarons, G. A. (2019). Systematic review of the Exploration, Preparation, Implementation, Sustainment (EPIS) framework. *Implementation Science*, 14(1), 1.

Nielsen, L. D., Løwe, M. M., Mansilla, F., Jørgensen, R. B., Ramachandran, A., Noe, B. B., & Egebæk, H. K. (2024). Interventions, methods and outcome measures used in teaching evidence-based practice to healthcare students: An overview of systematic reviews. *BMC Medical Education*, 24, 306. <https://doi.org/10.1186/s12909-024-05259-8>

Nilsen, P. (2015). Making sense of implementation theories, models and frameworks. *Implementation Science*, 10, 53. <https://doi.org/10.1186/s13012-015-0242-0>

Organização Pan-Americana da Saúde. (2022). Um guia para a tomada de decisões informada por evidências, inclusive nas emergências de saúde (OPAS/EIH/KT/COVID-19/21-038). OPAS. [https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/56649/OPASEIHKTCOVID1921038\\_por.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/56649/OPASEIHKTCOVID1921038_por.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Padmanabhanunni, A. (2018). The psychometric properties of the Evidence-Based Practice Attitudes Scale in a sample of South African mental health care providers working with survivors of trauma. *Journal of Evidence-Based Psychotherapies*, 18(1), 69–80.

Roever, L., Gomes-Neto, M., Durães, A. R., Reis, P. E. O., Pollo-Flores, P., Silva, R. M. L., & Resende, E. S. (2021). Compreendendo o GRADE: PICO e qualidade dos estudos. *Revista da Sociedade Brasileira de Clínica Médica*, 19(1), 54-61.

Rye, M., Torres, E. M., Friborg, O., Skre, I., & Aarons, G. A. (2017). The Evidence-based Practice Attitude Scale-36 (EBPAS-36): A brief and pragmatic measure of attitudes to evidence-based practice validated in US and Norwegian samples. *Implementation Science*, 12(1), 44. <https://doi.org/10.1186/s13012-017-0573-0>

Sala, D. C., Okuno, M. F., Buccini, G., Hankins, J. S., Câmara, A. B., Vieira, A. C., ... & Cruz, I. (2023). Ciência da disseminação e implementação em países de língua portuguesa: Por que considerar? [Editorial]. *Acta Paulista de Enfermagem*, 36(Suppl 1), eEDT01. <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2023EDTSPE01>

Saunders, H., & Vehviläinen-Julkunen, K. (2018). Key considerations for selecting instruments when evaluating healthcare professionals' evidence-based practice competencies: A discussion paper. *Journal of Advanced Nursing*, 74(10), 2301–2311. <https://doi.org/10.1111/jan.13802>

Saunders, H., Gallagher-Ford, L., Kvist, T., & Vehviläinen-Julkunen, K. (2019). Practicing healthcare professionals' evidence-based practice competencies: An overview of systematic reviews. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 16(3), 176–185. <https://doi.org/10.1111/wvn.12363>

Schneider, L. R., Pereira, R. P. G., & Ferraz, L. (2020). Prática baseada em evidências e a análise sociocultural na Atenção Primária. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 30(2), e300232. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312020300232>

Semahegn, A., Manyazewal, T., Hanlon, C., Abera, M., Tesfaye, A., Kassa, T., ... & Möller, H. J. (2023). Challenges for research uptake for health policymaking and practice in low- and middle-income countries: a scoping review. *Health Research Policy and Systems*, 21, 131. <https://doi.org/10.1186/s12961-023-01084-5>

Spencer, T. D., Detrich, R., & Slocum, T. A. (2012). Evidence-based practice: A framework for making effective decisions. *Education and Treatment of Children*, 35(2), 127-151.

Spring, B. (2007). Evidence-based practice in clinical psychology: what it is, why it matters; what you need to know. *Journal of Clinical Psychology*, 63(7), 611-631.

Tiley, C., & Kyriakopoulos, M. (2018). Evidence-based practice in a multicultural world: Changing with the times. *BJPsych International*, 15(3), 55-57. <https://doi.org/10.1192/bji.2018.14>

Tringale, M., Stephen, G., Boylan, A.-M., et al. (2022). Integrating patient values and preferences in healthcare: A systematic review of qualitative evidence. *BMJ Open*, 12, e067268. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2022-067268>

Van Pelt, A. E., Beidas, R. S., Baumann, A. A., & Castillo-Neyra, R. (2023). Recommendations for empowering partners to conduct implementation research in Latin America to advance global health. *Global Implementation Research and Applications*, 3(1), 390-399. <https://doi.org/10.1007/s43477-023-00097-0>

van Sonsbeek, M. A., Hutschemaekers, G. J., Veerman, J. W., Kleinjan, M., Aarons, G. A., & Tiemens, B. G. (2015). Psychometric properties of the Dutch version of the Evidence-Based Practice Attitude Scale (EBPAS). *Health Research Policy and Systems*, 13, 69. <https://doi.org/10.1186/s12961-015-0058-z>

Wieten, S. (2018). Expertise in evidence-based medicine: A tale of three models. *Philosophy, Ethics, and Humanities in Medicine*, 13(1), 2. <https://doi.org/10.1186/s13010-018-0055-2>

Yildiz, D., Fidanci, B. E., Acikel, C., Kaygusuz, N., & Yildirim, C. (2018). Evaluating the properties of the Evidence-Based Practice Attitude Scale (EBPAS-50) in nurses in Turkey. *International Journal of Caring Sciences*, 11(2), 768-775. [https://www.internationaljournalofcaringsciences.org/docs/17\\_fidanci\\_original\\_10\\_2.pdf](https://www.internationaljournalofcaringsciences.org/docs/17_fidanci_original_10_2.pdf)



## ANEXOS

### Anexo 1 - Termo de Consentimento Livre Esclarecido



Universidade Federal do Amazonas - UFAM  
Faculdade de Psicologia - FAPSI  
Programa de Pós-graduação em Psicologia - PPGPSI  
Laboratório de Psicologia, Saúde e Sociedade na Amazônia – LAPSAM

#### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO-TCLE

Você está sendo convidado(a) para participar do projeto de pesquisa "Competência em Práticas Profissionais em Saúde do Brasil". Esse trabalho compõe o projeto de dissertação do mestrado em psicologia da mestranda Maressa Andrade da Costa, sob orientação do Prof. Dr. Marck de Souza Torres.

O objetivo é adaptar culturalmente uma Medida de Competência em Prática Baseada em Evidências (PBE) para a profissionais e estudantes de saúde do Brasil. Este estudo irá contribuir para a produção e entendimento científico acerca dos fatores que podem facilitar e dificultar a adoção de PBE na saúde pública, por isso você está sendo convidado (a).

A sua participação consiste em responder esse formulário de questões objetivas, tendo a duração média de 5 minutos. O questionário é composto por uma parte inicial de coleta de dados pessoais e outra parte da medida de Competências em Decisão Informada por Evidências em saúde, seguida do agradecimento assim que o preenchimento for concluído.

Caso aceite participar, você poderá baixar e imprimir a via do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) assinado pela pesquisadora, e no link Baixar TCLE, pode clicar em “sim, eu aceito participar desta pesquisa” e será direcionado para os questionários da pesquisa. Se você não quiser participar, clique em “não, eu não aceito participar desta pesquisa” e será direcionado a uma página de agradecimento. Ressalta-se a importância de que guarde em seus arquivos uma cópia deste documento como comprovante da sua participação nesta pesquisa. (Item III. 3.f. Res466/2012-CNS).

Você tem plena liberdade de recusar-se a participar em qualquer momento da pesquisa, sem nenhum tipo penalização ou constrangimento, basta entrar em contato com a pesquisadora pelo e-mail [maressa.andrade.pro@gmail.com](mailto:maressa.andrade.pro@gmail.com) e lhe será enviado um e-mail confirmando sua retirada da pesquisa (Item IV. 3.a Res. 466/2021- CNS).

Os resultados obtidos no estudo deverão ser utilizados sem que haja sua identificação, respeitando assim a sua privacidade como rege as normas éticas. Deste modo, é protegido a sua imagem e garante-se a não utilização das informações em prejuízo social ou econômico. Além disso, é garantido que você terá acesso a qualquer tempo às informações

sobre os procedimentos, os riscos e os benefícios relacionados à pesquisa.



Universidade Federal do Amazonas - UFAM  
Faculdade de Psicologia - FAPSI  
Programa de Pós-graduação em Psicologia - PPGPSI  
Laboratório de Psicologia, Saúde e Sociedade na Amazônia – LAPSAM

Toda pesquisa com seres humanos envolve riscos aos participantes. Nesta pesquisa os riscos para você podem envolver sentir-se constrangido (a) e/ou desconfortável em responder determinadas perguntas, para minimizar estes riscos medidas e providências cabíveis serão discutidas e acordadas com cada participante (Res. 466/12-CNS, IV.3.b.) e podem incluir entre outras: a) suporte psicológico por meio do Centro de Serviço de Psicologia Aplicada - CSPA, serviço vinculado à Faculdade de Psicologia - FAPSI da Universidade Federal do Amazonas - UFAM. e/ou b) outra medida necessária ao bem-estar do/a participante, de modo a garantir a integridade física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual do participante.

Você não terá acesso a qualquer benefício direto. Por outro lado, são esperados os seguintes benefícios indiretos: processo de autorreflexão e autoconhecimento sobre a própria prática profissional, estilos de tomada de decisão e nível de competências em PBE. Além disso, os resultados dessa pesquisa têm o potencial de embasar iniciativas de aprimoramento e desenvolvimento profissional.

Se julgar necessário, você dispõe de tempo para que possa refletir sobre sua participação. A sua participação será voluntária, não tendo nenhum benefício financeiro, mas caso se sinta prejudicado, pode requerer indenização da UFAM - Av. General Rodrigo Octávio Jordão Ramos, 1200 - Coroado 1, Manaus - Amazonas, CEP: 69097-005.

Cabendo consultar, se necessário, seus familiares ou outras pessoas que possam ajudá-los na tomada de decisão livre e esclarecida.

Asseguramos aos participantes o direito de assistência integral gratuita devido a danos diretos/indiretos e imediatos/tardios decorrentes da participação no estudo, pelo tempo que for necessário. Caso ocorra constrangimento ou desconforto durante a sua participação neste estudo, sendo encaminhado para atendimento psicológico gratuito ofertado pela Universidade Federal do Amazonas, a fim de receber acolhimento psicológico online para reduzir o sofrimento causado.

Você poderá entrar em contato com a pesquisadora Maressa Andrade da Costa a fim de solicitar informações adicionais ou esclarecimento de dúvidas, através do e-mail: [maressa.andrade.pro@gmail.com](mailto:maressa.andrade.pro@gmail.com). Você também pode entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal do Amazonas (CEP/UFAM) e com a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), quando pertinente. O CEP/UFAM fica na Escola de Enfermagem de Manaus (EEM/UFAM) - Sala 07, Rua

Teresina, 495 – Adrianópolis – Manaus – AM, Fone: (92) 3305-1181 Ramal 2004 / (92) 99171-2496, E-mail: cep@ufam.edu.br. O CEP/UFAM é um colegiado multi e transdisciplinar, independente, criado para defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos.

---

Assinatura do Participante

*Mareisa Andrade da Costa*

---

Assinatura da Pesquisadora Responsável

## Anexo 2 - Questionário Sociodemográfico – Adaptado de Gameiro (2019)

<b>Identificação</b>	
Qual seu e-mail?	
Quantos anos de idade você tem?	
Em qual estado do Brasil você mora?	
Em qual cidade do Brasil você mora?	
Com qual gênero você se identifica? (selecione todas as opções que se aplicam a você)	
<input type="checkbox"/>	Mulher cisgênero (Se você teve o gênero feminino atribuído a você quando nasceu e se identifica com ele).
<input type="checkbox"/>	Homem cisgênero (Se você teve o gênero masculino atribuído a você quando nasceu e se identifica com ele)
<input type="checkbox"/>	Mulher transgênero (Se você não teve o gênero feminino atribuído a você quando nasceu, mas se identifica com ele)
<input type="checkbox"/>	Homem transgênero (Se você não teve o gênero masculino atribuído a você quando nasceu, mas se identifica com ele)
<input type="checkbox"/>	Não-binário (Se sua identidade de gênero não se limita somente a masculino e feminino)
<input type="checkbox"/>	Gênero fluido (Se você não se identifica com um único papel de gênero ou identidade de gênero, mas transita por outras identidades de gênero)
<input type="checkbox"/>	Outra identidade de gênero
Qual (is) a (s) sua (s) orientação (ões) sexual (is)?	
<input type="checkbox"/>	Assexual
<input type="checkbox"/>	Bissexual
<input type="checkbox"/>	Demissexual
<input type="checkbox"/>	Heterossexual
<input type="checkbox"/>	Homossexual
<input type="checkbox"/>	Lésbica
<input type="checkbox"/>	Pansexual
<input type="checkbox"/>	Queer
<input type="checkbox"/>	Outro

Pensando na sua cor ou raça, como você se enquadraria nas opções abaixo?	
	Amarela (o)
	Branca (o)
	Indígena
	Parda (o)
	Preta (o)
	Não sei
	Prefiro não declarar
	Outro
Qual é a sua escolaridade máxima?	
	Graduação
	Especialização lato sensu
	Mestrado
	Doutorado
Qual sua especialidade enquanto profissional da saúde	
	Enfermeiro
	Fisioterapeuta
	Fonoaudiólogo
	Médico
	Nutricionista
	Odontólogo
	Psicólogo
	Terapeuta Ocupacional
	Outro
Há quantos anos você atua nessa especialidade (anos de experiência profissional)?	
Em que grande área da saúde você atua?	
	Saúde Mental
	Saúde Geral
Você sabe o que é Prática Baseada em Evidências (PBE)	
	Sim
	Não

	Um pouco
	Você completou algum treinamento formal em PBE?
	Sim
	Não
	Você já recebeu suporte da sua organização para atuar com PBE?
	Sim
	Não

## Anexo 3 - Evidence-Informed Decision-Making (EIDM) Competence Measure de Belita et al. (2022)

Belita et al. (2022)

The **Evidence-Informed Decision-Making (EIDM) Competence Measure** is a self-report tool consisting of 27-items that will help you assess your knowledge, skills, attitudes/beliefs and behaviours in evidence-informed decision-making.

<b>EIDM Knowledge:</b> Understanding the defining theoretical, practical concepts and principles of EIDM and the different levels of evidence							
<b>Knowledge:</b> Please rate your level of knowledge for each of the items on a scale from (1) Poor to (7) Excellent							
1. Knowledge of what is involved in the 'define' step of EIDM.	1 <input type="checkbox"/> Poor	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/> Excellent
2. Knowledge of what is involved in the 'search' step of EIDM.	1 <input type="checkbox"/> Poor	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/> Excellent
3. Knowledge of what is involved in the 'appraise' step of EIDM.	1 <input type="checkbox"/> Poor	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/> Excellent
4. Knowledge of what is involved in the 'synthesize' step of EIDM.	1 <input type="checkbox"/> Poor	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/> Excellent
5. Knowledge of what is involved in the 'adapt' step of EIDM.	1 <input type="checkbox"/> Poor	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/> Excellent
6. Knowledge of what is involved in the 'implement' step of EIDM.	1 <input type="checkbox"/> Poor	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/> Excellent
	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>

Belita et al. (2022)

7. Knowledge of what is involved in the 'evaluate' step of EIDM.	Poor	Excellent					
<b>EIDM Skills:</b> The application of EIDM knowledge to perform tasks related to EIDM in a practical setting							
<b>Skills:</b> Please rate your level of skill for each of the items from (1) Beginner to (7) Expert							
1. Ability to develop an answerable practice question.	1 <input type="checkbox"/> Beginner	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/> Expert
2. Ability to use online databases that house research evidence.	1 <input type="checkbox"/> Beginner	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/> Expert
3. Ability to use critical appraisal tools to appraise the quality of research evidence (e.g., AGREE II tool, CASP)	1 <input type="checkbox"/> Beginner	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/> Expert
4. Ability to assess applicability of research evidence to the local public health context.	1 <input type="checkbox"/> Beginner	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/> Expert
5. Ability to participate in the development of evaluation indicators to assess outcomes of evidence-informed decision or practice changes.	1 <input type="checkbox"/> Beginner	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/> Expert
<b>EIDM Attitudes/Beliefs:</b> Perceptions, personal beliefs about, and the importance assigned to EIDM							
<b>Attitudes:</b> Please rate your level of agreement with the following items from (1) Strongly disagree to (7) Strongly agree							
1. I believe that I can implement EIDM in a time efficient way.	1 <input type="checkbox"/> Strongly disagree	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/> Strongly agree
2. I believe I can engage others in implementing strategies to address barriers (e.g., personal, organizational, community) when implementing EIDM	1 <input type="checkbox"/> Strongly disagree	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/> Strongly agree
3. I believe that evaluating outcomes of an evidence-informed decision or practice change is an important component of EIDM.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>

Belita et al. (2022)

	Strongly disagree						Strongly agree
4. I believe that implementing EIDM can improve public health services, programs, and policies.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>
	Strongly disagree			Strongly agree			
5. I believe that critically appraising evidence is an important step in the EIDM process.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>
	Strongly disagree			Strongly agree			
<p>*The above items have been modified from the EBP Beliefs Scale with permission.  <i>Reference:</i> Melnyk, B. M., Fineout-Overholt, E., &amp; Mays, M. Z. (2008). The evidence-based practice beliefs and implementation scales: Psychometric properties of two new instruments. <i>Worldviews on Evidence-Based Nursing</i>, 5(4), 208-216. doi:<a href="https://doi.org/10.1111/j.1741-6787.2008.00126.x">10.1111/j.1741-6787.2008.00126.x</a></p>							
<b>EIDM Behaviours:</b> The enactment of EIDM steps in a real-life health care setting							
<b>Behaviours:</b> Please rate your level of competence for the following items from (1) Not competent to (7) Highly competent							
1. I question public health practices for the purpose of improving the quality of care/service delivery.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>
	Not competent			Highly competent			
2. I describe public health practice issues using client assessment data (i.e., community, individuals, families, populations).	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>
	Not competent			Highly competent			
3. I participate in the formulation of public health practice questions.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>
	Not competent			Highly competent			
4. I search for research evidence to answer public health practice questions.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>
	Not competent			Highly competent			
5. I participate in the synthesis and interpretation of a body of research evidence gathered to formulate recommendations for public health practice.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>
	Not competent			Highly competent			
6. I integrate evidence gathered from public health expertise, client or community preferences, and local context with research evidence to plan evidence-informed practice changes.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>
	Not competent			Highly competent			

Belita et al. (2022)

7. I participate in the assessment of barriers and facilitators (related to resources, organization, evidence/guidelines, clients' preferences/values) when implementing a practice change.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>
	Not competent			Highly competent			
8. I participate in the process of stakeholder analyses (i.e., collecting and analyzing information on stakeholders' importance and influence) when implementing a practice change.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>
	Not competent			Highly competent			
9. I participate in the development of an action plan to implement a practice change.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>
	Not competent			Highly competent			
10. I participate in evaluating outcomes of evidence-informed decisions or practice changes.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>
	Not competent			Highly competent			
<p>*The above items have been modified from the EBP Competency Tool with permission.  <i>Reference:</i> Melnyk, B. M., Gallagher-Ford, L., Zellefrow, C., Tucker, S., Thomas, B., Sinnott, L. T., &amp; Tan, A. (2018). The first U.S. study on nurses' evidence-based practice competencies indicates major deficits that threaten healthcare quality, safety, and patient outcomes. <i>Worldviews on Evidence Based Nursing</i>, 15(1), 16-25.</p>							



Anexo 4 - Evidence-Informed Decision-Making (EIDM) Competence Measure de Belita et al. (2022) (VERSÃO EM PORTUGUÊS)

<p><b>Belita et al. (2022)</b> A medida de competência em tomada de Decisão Informada por Evidências (da sigla EIDM, em inglês) é uma ferramenta de autorrelato composta por 27 itens que ajudará você a avaliar seus conhecimentos, habilidades, atitudes/crenças e comportamentos na tomada de decisão informada por evidências.</p>
<p><b>PART 1</b></p>
<p><b>Conhecimento em TDBE: Compreensão dos conceitos e princípios teóricos e práticos definidores do TDBE e os diferentes níveis de evidência.</b>  <b>Conhecimento: Por favor, avalie seu nível de conhecimento para cada um dos itens em uma escala de (1) Ruim a (7) Excelente</b></p>
<p>1. Conheço a etapa definir da Tomada de Decisão Informada por Evidência  Ruim (1) – (2) – (3) – (4) – (5) – (6) – (7) Excelente</p>
<p>2. Conheço a etapa buscar da Tomada de Decisão Informada por Evidências  Ruim (1) – (2) – (3) – (4) – (5) – (6) – (7) Excelente</p>
<p>3. Conheço a etapa “avaliar” da Tomada de Decisão Informada por Evidências  Ruim (1) – (2) – (3) – (4) – (5) – (6) – (7) Excelente</p>
<p>4. Conheço a etapa “sintetizar” da Tomada de Decisão Informada por Evidências  Ruim (1) – (2) – (3) – (4) – (5) – (6) – (7) Excelente</p>
<p>5. Conheço a etapa “adaptar” da Tomada de Decisão Informada por Evidências  Ruim (1) – (2) – (3) – (4) – (5) – (6) – (7) Excelente</p>
<p>6. Conheço a etapa “executar” da Tomada de Decisão Informada por Evidências  Ruim (1) – (2) – (3) – (4) – (5) – (6) – (7) Excelente</p>
<p>7. Conheço a etapa “avaliar os resultados” da Tomada de Decisão Informada por Evidências  Ruim (1) – (2) – (3) – (4) – (5) – (6) – (7) Excelente</p>
<p><b>PART 2</b></p>
<p><b>Habilidades em TDBE: A aplicação do conhecimento em TDBE para realizar tarefas relacionadas à TDBE em um contexto prático.</b>  <b>Habilidades: Por favor, avalie seu nível de habilidade para cada um dos itens em uma escala de (1) Iniciante a (7) Especialista.</b></p>
<p>1. Capacidade de elaborar uma pergunta que possa ser respondida.  Iniciante (1) – (2) – (3) – (4) – (5) – (6) – (7) Especialista</p>
<p>2. Capacidade de usar bancos de dados científicos online para pesquisar evidências  Iniciante (1) – (2) – (3) – (4) – (5) – (6) – (7) Especialista</p>
<p>3. Capacidade de usar instrumento de avaliação crítica para avaliar a qualidade de evidências de pesquisa (por exemplo, Cochrane Risk of Bias Tool).  Iniciante (1) – (2) – (3) – (4) – (5) – (6) – (7) Especialista</p>
<p>4. Capacidade de avaliar a aplicabilidade de evidências de pesquisa para o contexto local de saúde pública.  Iniciante (1) – (2) – (3) – (4) – (5) – (6) – (7) Especialista</p>

5. Capacidade de participar do desenvolvimento de indicadores para avaliar os resultados de decisões ou mudanças na prática baseadas em evidências.

Iniciante (1) – (2) – (3) – (4) – (5) – (6) – (7) Especialista

### PART 3

**Atitudes/Crenças em TDBE: Percepções, crenças pessoais a respeito e a importância atribuída ao TDBE.**  
**Atitudes: Por favor, avalie seu nível de concordância com os seguintes itens em uma escala de (1) Discordo totalmente a (7) Concordo totalmente.**

1. Eu acredito que posso executar a Tomada de Decisão Informada por Evidências de forma eficaz e em tempo hábil  
 Discordo totalmente (1) – (2) – (3) – (4) – (5) – (6) – (7) Concordo totalmente

2. Eu acredito que posso envolver outras pessoas na execução de estratégias para lidar com barreiras ao executar a Tomada de Decisão Informada por Evidências (por exemplo, pessoais, organizacionais, comunitárias)  
 Discordo totalmente (1) – (2) – (3) – (4) – (5) – (6) – (7) Concordo totalmente

3. Eu acredito que avaliar os desfechos de uma decisão ou mudança de prática baseada em evidências é um componente importante da Tomada de Decisão Informada por Evidências  
 Discordo totalmente (1) – (2) – (3) – (4) – (5) – (6) – (7) Concordo totalmente

4. Eu acredito que executar a Tomada de Decisão Informada por Evidências pode melhorar os serviços, programas e políticas de saúde pública  
 Discordo totalmente (1) – (2) – (3) – (4) – (5) – (6) – (7) Concordo totalmente

5. Eu acredito que a avaliação crítica das evidências é uma etapa importante no processo de Tomada de Decisão Informada por Evidências  
 Discordo totalmente (1) – (2) – (3) – (4) – (5) – (6) – (7) Concordo totalmente

\* Os itens acima foram modificados da Escala de Crenças em Práticas Baseadas em Evidências, com permissão. Referência: Melnyk, B. M., Fineout-Overholt, E., & Mays, M. Z. (2008). The evidence-based practice beliefs and implementation scales: Psychometric properties of two new instruments. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 5(4), 208-216. doi:10.1111/j.1741-6787.2008.00126.x

### PART 4

**Comportamentos em TDBE: A execução das etapas TDBE em um ambiente de cuidados de saúde da vida real.**  
**Comportamentos: Por favor, avalie o seu nível de competência para os seguintes itens de (1) Não competente a (7) Altamente competente**

1. Eu questiono práticas de saúde pública com o objetivo de melhorar a qualidade do cuidado/prestação de serviços.  
 Não competente (1) – (2) – (3) – (4) – (5) – (6) – (7) Altamente competente

2. Eu relato problemas de prática de saúde pública usando dados de satisfação dos usuários dos serviços (comunidade, indivíduos, famílias e populações)  
 Não competente (1) – (2) – (3) – (4) – (5) – (6) – (7) Altamente competente

3. Eu participo da formulação de questões do exercício da prática em saúde pública  
 Não competente (1) – (2) – (3) – (4) – (5) – (6) – (7) Altamente competente

4. Eu busco evidências de pesquisa para responder questões do exercício da prática em saúde pública  
 Não competente (1) – (2) – (3) – (4) – (5) – (6) – (7) Altamente competente

5. Eu participo da síntese e interpretação de um conjunto de evidências de pesquisa coletadas para formular recomendações para a prática em saúde pública  
 Não competente (1) – (2) – (3) – (4) – (5) – (6) – (7) Altamente competente

6. Eu combino evidências coletadas de conhecimentos especializados em saúde pública, preferências de clientes ou da comunidade e contexto local com evidências de pesquisa para planejar mudanças nas práticas baseadas em evidências	Não competente (1) – (2) – (3) – (4) – (5) – (6) – (7) Altamente competente
7. Eu participo na avaliação de barreiras e facilitadores (relacionados a recursos, organização, evidências/diretrizes, preferências/valores dos clientes) ao executar uma mudança de prática	Não competente (1) – (2) – (3) – (4) – (5) – (6) – (7) Altamente competente
8. Eu participo no processo de consideração das partes interessadas (ou seja, coleta e análise de informações sobre a importância e influência das partes interessadas) ao implementar uma mudança de prática	Não competente (1) – (2) – (3) – (4) – (5) – (6) – (7) Altamente competente
9. Eu participo no desenvolvimento de um plano de ação para executar uma mudança de prática	Não competente (1) – (2) – (3) – (4) – (5) – (6) – (7) Altamente competente
10. Eu participo na avaliação de desfechos de decisões baseadas em evidências ou mudanças de práticas	Não competente (1) – (2) – (3) – (4) – (5) – (6) – (7) Altamente competente
<p>* Os itens acima foram modificados da Ferramenta de Competência em PBE, com permissão.</p> <p>Referência: Melnyk, B. M., Gallagher-Ford, L., Zellefrow, C., Tucker, S., Thomas, B., Sinnott, L. T., &amp; Tan, A. (2018). The first U.S. study on nurses' evidence-based practice competencies indicates major deficits that threaten healthcare quality, safety, and patient outcomes. <i>Worldviews on Evidence Based Nursing</i>, 15(1), 16-25.</p>	