



Tradução para o português do Brasil e validação de conteúdo da *Theoretical Domains Framework*

Translation to Brazilian Portuguese and content validity of the Theoretical Domains Framework

Traducción al portugués brasileño y validación de contenido del Theoretical Domains Framework

Kiana Alexandra Rei Gray¹

Maria Carolina Rocha Roswell¹

Julia Silva del Bello¹

Andréia Cascaes Cruz¹

Mavilde da Luz Gonçalves Pedreira¹

1. Universidade Federal de São Paulo, Escola Paulista de Enfermagem. São Paulo, SP, Brasil.

RESUMO

Objetivo: realizar a tradução e adaptação transcultural da estrutura teórica *Theoretical Domains Framework* (TDF) para o português brasileiro. **Método:** estudo metodológico de tradução e validação de conteúdo transcultural, realizado de janeiro de 2021 a julho de 2022, em quatro etapas: (I) traduções iniciais; (II) síntese das traduções; (III) retrotraduções; e (IV) avaliação por comitê de especialistas. Foi calculado o Índice de Validade de Conteúdo (IVC) para cada item e para o instrumento como um todo, sendo considerado validado um IVC igual ou superior a 80% e um coeficiente alfa de Cronbach maior ou igual a 0,70. **Resultados:** após a análise do comitê composto por cinco especialistas, foram obtidas as equivalências semântica, idiomática, experimental e conceitual, resultando na versão pré-final brasileira da TDF. A estrutura teórica alcançou um IVC total de 96,6% e uma consistência interna, medida pelo alfa de Cronbach, de 0,916. **Conclusão e implicações para a prática:** a TDF foi traduzida e adaptada culturalmente para o português brasileiro, com valores de IVC e consistência interna considerados satisfatórios. A utilização da TDF pode identificar influências cognitivas, afetivas, sociais e ambientais no comportamento, auxiliando no processo de translação do conhecimento.

Palavras-chave: Ciência da Implementação; Enfermagem; Estudo de Validação; Profissionais da Saúde; Tradução.

ABSTRACT

Objective: to translate and cross-culturally adapt the *Theoretical Domains Framework* (TDF) for Brazilian Portuguese. **Method:** this was a methodological study on translation and cross-cultural content validity, conducted from January 2021 to July 2022, in four stages: (I) initial translations; (II) translation synthesis; (III) back-translations, and (IV) assessment by an expert committee. The Content Validity Index (CVI) was calculated for each item and for the instrument as a whole, with validity set at a CVI of 80% or higher and a Cronbach's alpha coefficient of 0.70 or higher. **Results:** after analysis by a committee of five experts, semantic, idiomatic, experiential, and conceptual equivalences were achieved, resulting in the Brazilian pre-final version of the TDF. The theoretical framework achieved an overall CVI of 96.6% and internal consistency, as measured by Cronbach's alpha, of 0.916. **Conclusion and implications for practice:** the TDF was translated and culturally adapted to Brazilian Portuguese, with CVI and internal consistency values considered satisfactory. The use of the TDF can help identify cognitive, affective, social, and environmental influences on behavior, aiding in the knowledge translation process.

Keywords: Health Care Professionals; Implementation Science; Nursing; Translation; Validation Studies.

RESUMEN

Objetivo: realizar la traducción y adaptación transcultural del marco teórico *Theoretical Domains Framework* (TDF) al portugués brasileño. **Método:** estudio metodológico de traducción y validación de contenido transcultural, realizado desde enero de 2021 hasta julio de 2022, en cuatro etapas: (I) traducciones iniciales; (II) síntesis de las traducciones; (III) retrotraducciones; y (IV) evaluación por un comité de expertos. Se calculó el Índice de Validez de Contenido (IVC) para cada ítem y para el instrumento en su totalidad, considerándose validado un IVC igual o superior al 80% y un coeficiente alfa de Cronbach mayor o igual a 0,70. **Resultados:** tras el análisis del comité compuesto por cinco expertos, se obtuvieron las equivalencias semántica, idiomática, experimental y conceptual, resultando en la versión pre-final brasileña del TDF. El marco teórico alcanzó un IVC total del 96,6% y una consistencia interna, medida mediante el alfa de Cronbach, de 0,916. **Conclusión e implicaciones para la práctica:** el TDF fue traducido y adaptado culturalmente al portugués brasileño, con valores de IVC y consistencia interna considerados satisfactorios. El uso del TDF puede identificar influencias cognitivas, afectivas, sociales y ambientales en el comportamiento, contribuyendo al proceso de traducción del conocimiento.

Palabras clave: Ciencia de la Implementación; Enfermería; Estudio de Validación; Profesionales de la Salud; Traducción.

Autora correspondente:

Andréia Cascaes Cruz.

E-mail: andreia.cruz@unifesp.br

Recebido em 16/08/2024.

Aprovado em 05/12/2024.

DOI: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2024-0053pt>

INTRODUÇÃO

A incorporação de novas evidências científicas para melhoria da prática assistencial em saúde requer mudança de comportamento dos profissionais que nela atuam. Contudo, a mudança de comportamento pode ser um processo difícil e complexo, sendo, por vezes, desafiadora a incorporação de novos achados de pesquisa no cotidiano da assistência. Algumas barreiras são citadas como possíveis causas dessa dificuldade na mudança de comportamento da equipe nos sistemas de saúde, sendo elas categorizadas em organizacional, social e individual. Tais barreiras podem afetar a implementação de novas práticas baseadas em evidências.¹⁻⁷

As barreiras social e organizacional são chamadas de externas, pois se referem a fatores, recursos ou processos extrínsecos ao indivíduo. A barreira individual é categorizada como interna, uma vez que se refere às características, atitudes e habilidades pessoais. Em termos práticos, a barreira organizacional engloba aspectos de remuneração financeira, falta de tempo, recursos ou equipamentos; a barreira social refere-se aos relacionamentos interprofissionais e características do paciente; já a barreira individual inclui o desconhecimento, a resistência, o desinteresse e a sobrecarga de trabalho do profissional. As barreiras podem surgir em qualquer fase da implementação das evidências científicas. Assim, antes de colocar a evidência em prática, deve-se conhecê-las e planejar estratégias para um resultado mais efetivo.⁶⁻¹⁰

Em relação à implementação de novas evidências no âmbito da prática de enfermagem, deve-se considerar a cultura organizacional neste processo, uma vez que ela exerce influência positiva ou negativa nos ambientes de cuidado e no papel dos líderes e gestores nas propostas de mudanças. Ademais, o estabelecimento de relacionamento e comunicação eficaz entre líderes e liderados pode ser elemento facilitador para a mudança de comportamento na equipe de enfermagem.^{11,12}

Nesse contexto, a ciência da implementação tem a finalidade de estruturar o processo translacional das evidências científicas para a prática, a partir da identificação de facilitadores e de barreiras em diversos cenários, bem como do desenvolvimento de estratégias para superá-las, o que inclui considerar a mudança de comportamento dos profissionais de saúde e seus determinantes, pois estes influenciam os resultados de uma implementação. Dessa forma, foram propostos teorias, modelos e estruturas para compreender fenômenos que contribuem para o êxito da implementação, entre os quais, destaca-se, neste estudo, a estrutura teórica chamada *Theoretical Domains Framework* (TDF). Trata-se de uma estrutura teórica construída pela síntese de 128 construtos teóricos de 33 teorias de comportamento e de mudança de comportamento para identificar barreiras e facilitadores no comportamento do profissional de saúde relacionados à implementação de evidências científicas na prática.^{2,5,10,13-15}

Em âmbito internacional, a TDF vem sendo amplamente utilizada para compreender barreiras e facilitadores para implementação de intervenções e práticas de saúde em diferentes esferas e contextos. Pesquisa buscou entender os desafios e facilitadores para implementar inovações na enfermagem. Os

enfermeiros participantes apontaram os domínios “influências sociais”, “regulação comportamental” e “conhecimento” como barreiras, enquanto “intenções”, “reforços” e “recompensas” foram vistos como facilitadores para adoção de inovações.¹⁶

Outra pesquisa, revisão de escopo, utilizou a TDF para mapear barreiras e facilitadores que influenciam a implementação de avaliações anuais de saúde para pessoas com deficiência intelectual pelos profissionais de cuidados primários. Os principais obstáculos identificados incluíram falta de conscientização sobre os benefícios das avaliações, treinamento inadequado, falta de tempo e esgotamento dos profissionais.¹⁷

Um terceiro estudo conduziu análise bibliométrica para sintetizar o desenvolvimento e as tendências da pesquisa com a TDF entre 2005 e 2023. Este estudo revelou o Reino Unido como o principal contribuinte para as pesquisas envolvendo a TDF, destacando tópicos como câncer e acidente vascular cerebral. Temas emergentes incluíram abuso, violência, saúde materna, cuidados pré-natais e engajamento do paciente.¹⁸

Por fim, pesquisa utilizou a TDF para investigar barreiras e facilitadores na prevenção de lesão por pressão pediátrica em hospitais, considerando as práticas de enfermeiros e outros profissionais de saúde. Nos domínios “habilidades” e “conhecimento”, as principais barreiras identificadas foram a falta de confiança dos profissionais para manejar lesões pediátricas e a carência de capacitação específica na temática pediátrica.¹⁹

Embora a TDF seja amplamente utilizada em estudos internacionais para promover mudanças de comportamento na prática clínica, há uma lacuna significativa de estudos brasileiros que exploram a sua aplicação no campo da enfermagem, não sendo encontrados estudos nacionais que utilizaram essa estrutura para entender barreiras e facilitadores na implementação de práticas de saúde no Brasil. Estudos nacionais conduzidos com a TDF poderiam contribuir para a implementação de práticas baseadas em evidências (PBE) em enfermagem, subsidiando estratégias mais eficazes para a implementação de intervenções em saúde com vistas à mudança de comportamentos dos profissionais no Brasil.

A TDF representa uma ferramenta valiosa para a implementação de PBE, pois permite identificar e compreender os comportamentos e as crenças que atuam como barreiras à adoção de práticas clínicas recomendadas. Ao utilizar a TDF, é possível não apenas mapear os desafios enfrentados pelos enfermeiros na prática, mas também desenvolver planos de intervenção direcionados capazes de modificar essas barreiras e, assim, promover uma evolução significativa na prática clínica. Dessa forma, o presente estudo se mostra relevante ao fornecer subsídios para transformações práticas, colaborando diretamente para o fortalecimento da PBE e para a melhoria dos cuidados de saúde no cenário brasileiro.

Tendo em vista a importância da mudança do comportamento de profissionais de saúde para a incorporação de novas evidências científicas na prática clínica e da validação de um instrumento que possa evidenciar as barreiras que dificultam o processo da ciência da implementação em diferentes contextos, essa pesquisa tem como objetivo realizar a tradução e a adaptação transcultural da estrutura teórica TDF para o português brasileiro.

MÉTODO

Trata-se de estudo metodológico de tradução e adaptação transcultural da TDF para a língua portuguesa brasileira, realizado no período de janeiro de 2021 a julho de 2022.

A primeira versão original da TDF foi elaborada no ano de 2005, e era composta por 12 domínios teóricos. Posteriormente, em 2012, uma nova versão da estrutura teórica foi validada e passou a integrar 14 domínios relevantes para avaliação de barreiras para a mudança de comportamento dos profissionais de saúde, sendo classificados em: (1) conhecimento; (2) habilidades; (3) papel social/profissional e identidade; (4) crenças sobre capacidades; (5) otimismo; (6) crenças sobre consequências; (7) reforço; (8) intenções; (9) metas; (10) memória, atenção e processos de decisão; (11) contexto ambiental e recursos; (12) influências sociais; (13) emoção; e (14) regulação comportamental.¹⁵

Para realização deste estudo, utilizou-se o método proposto por Beaton, consistindo de quatro etapas: (I) traduções iniciais; (II) síntese das traduções; (III) retrotraduções; (IV) avaliação por comitê de especialistas, descritas a seguir e representadas pela Figura 1.²⁰

I. Traduções iniciais: participaram dois tradutores nativos da língua inglesa, ambos residentes no Brasil e profissionais de enfermagem. O tradutor T1 possuía conhecimento prévio sobre o objetivo do estudo e os construtos da TDF, enquanto o tradutor T2 desconhecia o instrumento e não

foi informado sobre o estudo, conforme recomendado pelo método proposto por Beaton. Nesta etapa, foi realizada a tradução da estrutura teórica TDF do inglês para o português, resultando nas versões nomeadas T1 e T2.²⁰

II. Síntese das traduções: um membro da equipe de pesquisa, profissional de enfermagem e fluente na língua inglesa, realizou essa etapa por meio da análise e comparação das versões T1 e T2, resultando em uma versão consensual chamada de versão síntese T12.

III. Retrotraduções: etapa realizada a partir da contratação virtual de dois tradutores nativos da língua inglesa e fluentes em português. Ambos os tradutores não possuíam formação na área da saúde, nem conheciam a versão original da estrutura teórica. Após contratação da prestação de serviço, o documento com a versão síntese T12 foi enviado via correio eletrônico separadamente para cada um dos tradutores, e estabelecido um prazo de uma semana para a entrega das versões de retrotradução (RT1 e RT2) em inglês. Os autores da TDF original foram consultados quanto à versão síntese, a qual foi enviada via correio eletrônico para apreciação dos mesmos.

IV. Avaliação por comitê de especialistas: para compor o comitê, foram convidadas cinco profissionais com doutorado, experiência clínica e acadêmica, e conhecimento de nível avançado em ambos os idiomas. Após o convite e o aceite

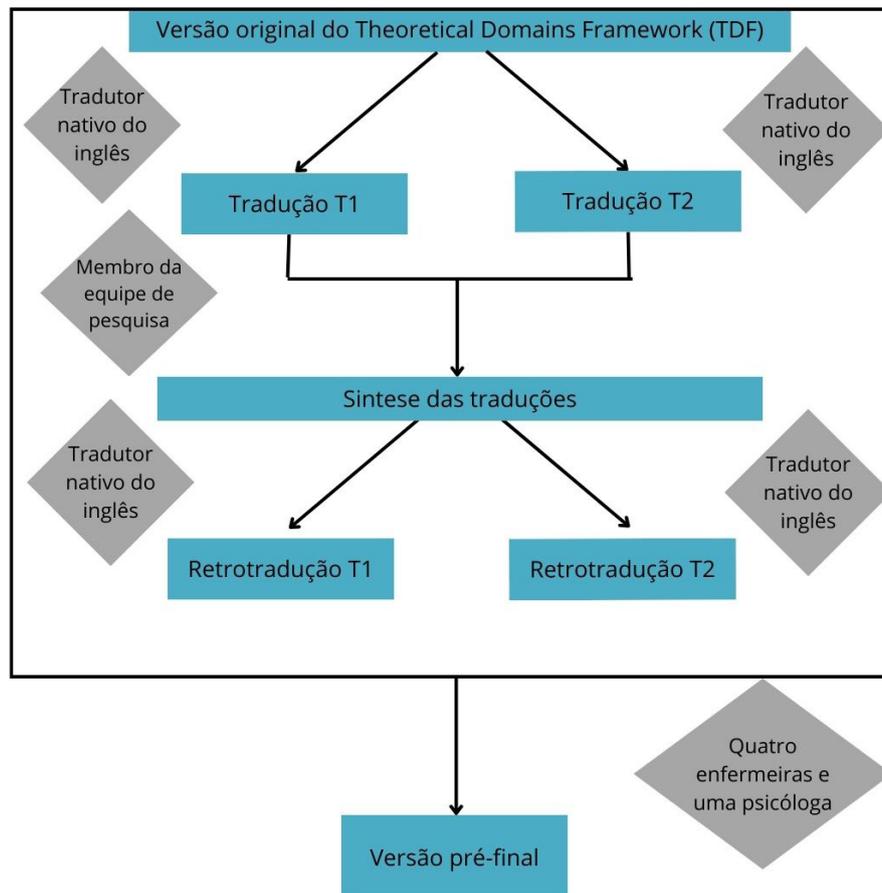


Figura 1. Fluxograma das etapas metodológicas do atual estudo.

pelos especialistas, foram compartilhados quatro arquivos por correio eletrônico: (1) formulário a ser preenchido via *Google Forms*, contendo variáveis demográficas para caracterizar os membros do comitê (idade, profissão, tempo de formação e área de atuação profissional atual), além de todos os domínios e construtos da versão T12, para serem avaliados em relação às equivalências semântica, idiomática, cultural e conceitual; (2) Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE); (3) versão T12; (4) quadro comparativo entre as versões T1, T2, T12, RT1 e RT2 para auxiliar no processo de avaliação.

A etapa de avaliação pelo comitê de especialistas ocorreu de acordo com a técnica de consenso Delphi. Cada domínio da estrutura teórica (14 no total) e seus respectivos construtos (84 no total) da versão T12 foram avaliados em relação às equivalências: (1) semântica: as palavras dessa estrutura teórica traduzida possuirão o mesmo significado da estrutura teórica original, isto é, uma equivalência relativa ao significado das palavras pelo vocabulário e gramática; (2) idiomática: as expressões coloquiais traduzidas terão o mesmo significado no contexto cultural local, isto é, refere-se à linguagem informal que é utilizada no dia a dia; (3) experimental: os itens traduzidos serão considerados em relação às experiências de vida da população brasileira, isto é, refere-se às situações envolvidas no contexto cultural, trazendo experiências com as características e especificidades do ambiente da prática em saúde no Brasil em seus variados contextos; (4) conceitual: o significado será representativo dos conceitos de interesse, isto é, explora as diferentes maneiras que um mesmo conceito pode ser entendido.

Para registro da avaliação de cada membro quanto à validade de conteúdo transcultural de cada item, foi utilizada uma escala do tipo Likert de três pontos: não equivalente (valor -1); indeciso (valor 0); e equivalente (valor 1). Se o item fosse julgado como não equivalente ou indeciso, o especialista deveria sugerir alterações.

A validade de conteúdo da estrutura teórica considerou uma abordagem quantitativa e qualitativa. A primeira ocorreu por meio do Índice de Validade de Conteúdo (IVC), sendo validado o item com cálculo da porcentagem acima ou igual a 80%. Os itens que não obtiveram um IVC igual ou superior a 80% ou que o alcançaram, mas que tiveram sugestões pertinentes de mudança efetuadas pelos especialistas, foram reavaliados pelo comitê ou alterados após análise qualitativa das pesquisadoras. A avaliação qualitativa foi realizada por meio da discussão entre duas pesquisadoras, a fim de decidir, entre os itens validados, quais sugestões realizadas pelos especialistas seriam ou não aceitas.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Paulo, sob Parecer nº 1098/2021 e CAAE nº 51881421.5.0000.5505. Houve autorização e concordância dos autores da TDF para realização deste estudo.

RESULTADOS

A estrutura na sua versão original apresenta como título *Theoretical Domains Framework*. As etapas de tradução, síntese das traduções e retrotradução foram realizadas de maneira independente e isoladas, sem comunicação entre os indivíduos que participaram de cada uma delas, não sendo observadas disparidades relevantes entre as versões propostas no português

brasileiro (traduções). Na etapa III, que correspondeu às retrotraduções, os autores da TDF original concordaram com a versão final apresentada e não enviaram sugestões.

O único construto da etapa de retrotradução que não apresentou semelhança com a estrutura original foi o do domínio 6 (*“consequent regret”*), que na versão original está descrito como *“consequents”*. O mesmo ficou sintetizado como *“arrepentimento consequente”* na versão T12.

Na etapa IV, o comitê de especialistas foi composto por quatro enfermeiras e uma psicóloga, considerando as seguintes *expertises*: duas profissionais com experiência em estudos metodológicos; uma profissional com experiência em pesquisas sobre mudança de comportamento; uma profissional com experiência em gestão de pessoas; e uma profissional com experiência na área de educação interprofissional.

Para atingir a validação de acordo com o cálculo do IVC e consistência interna pelo alfa de Cronbach, foram necessárias duas rodadas de avaliação pelo comitê de juízes. Na Tabela 1, é possível observar os construtos que apresentaram alguma alteração após a primeira rodada de avaliação pelo comitê de especialistas. Na segunda avaliação, todos os itens atingiram um IVC igual ou maior a 80% e, em ambas as rodadas de avaliação, a média de IVC se manteve acima de 90%. Não foi preciso excluir itens da estrutura.

Cinco construtos permaneceram com IVC por equivalência de 60%. No entanto, as pesquisadoras optaram por mantê-los, uma vez que as sugestões feitas pelos especialistas foram em equivalências completamente distintas como: (1) *“Conhecimento do ambiente da atuação”* - um especialista referiu indecisão nas equivalências experimental e conceitual, com sugestões de mudança para *“ambiente de realização de tarefa”* e *“cenário de prática”*; (2) *“Desenvolvimento das habilidades”* - uma especialista manifestou indecisão em todas as equivalências e sugeriu mudar para *“competência”*; (3) *“Capacidade”* - a especialista manifestou indecisão nas equivalências experimental e conceitual, sugerindo a palavra *“aptidão”*; (4) *“Avaliação das habilidades”* - houve indecisão em todas as equivalências pela mesma especialista que sugeriu *“competência”* para esse construto; (5) *“Metas (autônomas/controladas)”* - apesar da indecisão de duas especialistas na equivalência semântica, elas não propuseram nenhuma sugestão.

Conforme a Tabela 2, a versão pré-final traduzida e validada da TDF para o português brasileiro é integrada por 14 domínios relevantes para avaliação de barreiras para a mudança de comportamento dos profissionais de saúde, sendo classificados em: (1) conhecimento; (2) habilidades; (3) papel social/profissional e identidade; (4) crenças sobre capacidades; (5) otimismo; (6) crenças sobre consequências; (7) reforço; (8) intenções; (9) metas; (10) memória, atenção e processos de decisão emoção; (11) contexto ambiental e recursos; (12) influências sociais; (13) emoção; e (14) regulação comportamental.

O IVC de 96,6% e o alfa de Cronbach de 0,916, como mostra a Tabela 3, evidenciam a robustez dos valores e confirmam que a TDF apresenta satisfatória equivalência semântica, idiomática, experimental e conceitual em relação aos itens originais.²

Tabela 1. Itens da *Theoretical Domains Framework* e as alterações após a primeira rodada de avaliação pelo comitê de especialistas.

Itens da TDF	Versão original	Versão T12	Versão após comitê de especialistas
D1/ C1	<i>Knowledge (including knowledge of condition/scientific rationale)</i>	Conhecimento (incluindo conhecimento da condição/fundamento científico)	Conhecimento (incluindo conhecimento da condição/ embasamento científico)
D2	<i>Skills (An ability or proficiency acquired through practice)</i>	Habilidades (A habilidade ou proficiência adquirida por meio da prática)	Habilidades (A capacidade ou proficiência adquirida por meio da prática)
D3	<i>Social/professional role and identity (A coherent set of behaviours and displayed personal qualities of an individual in a social or work setting)</i>	Papel social/profissional e identidade (O conjunto coerente de comportamentos e qualidades pessoais exibida de um indivíduo em um ambiente social ou de trabalho)	Papel social/profissional e identidade (Um conjunto coerente de qualidades pessoais demonstradas e comportamentos de um indivíduo em um ambiente social ou de trabalho)
D4	<i>Beliefs about capabilities (Acceptance of the truth, reality or validity about an ability, talent or facility that a person can put to constructive use)</i>	Crenças sobre capacidades (Aceitação da verdade, realidade ou validade sobre uma habilidade, talento ou facilidade que a pessoa pode colocar para uso construtivo)	Crenças sobre capacidades (Aceitação da verdade, realidade ou validade sobre uma habilidade, talento ou facilidade que a pessoa pode empregar para uso construtivo)
D6	<i>Beliefs about consequences (Acceptance of the truth, reality, or validity about outcomes of a behaviour in a given situation)</i>	Crenças sobre consequências (Aceitação sobre a verdade, realidade, ou validade sobre os resultados de um comportamento em determinada situação)	Crenças sobre consequências (Aceitação sobre a verdade, realidade, ou validade em relação aos resultados de um comportamento em determinada situação)
D6/C2	<i>Outcome expectancies</i>	Expectativas do resultado	Expectativas em relação ao resultado
D6/C3	<i>Characteristics of outcome expectancies</i>	Características das expectativas do resultado	Características das expectativas em relação ao resultado
D6/C5	<i>Consequents</i>	Arrependimento consequente	Consequências
D7	<i>Reinforcement (Increasing the probability of a response by arranging a dependent relationship, or contingency, between the response and a given stimulus)</i>	Reforço (Aumentando a probabilidade de resposta ao estabelecer uma relação de dependência, ou contingência, entre a resposta e determinado estímulo)	Reforço (Aumento da probabilidade de uma resposta por meio do estabelecimento de uma relação de dependência, ou contingência, entre a resposta e determinado estímulo)
D7/C1	<i>Rewards (Proximal/distal, valued/not valued, probable/improbable)</i>	Recompensas (a longo/curto prazo, com valor/sem valor, provável/improvável)	Recompensas (a curto prazo/a longo prazo, valorizada/não valorizada, provável/improvável)
D7/C4	<i>Consequents</i>	Consequentes	Consequências
D9	<i>Goals (Mental representations of outcomes or end states that an individual wants to achieve)</i>	Metas (Representações mentais de resultados ou estados finais que um indivíduo deseja alcançar)	Metas (Representações mentais de resultados ou finalizações que um indivíduo deseja alcançar)
D9/C2	<i>Goal priority</i>	Prioridade das metas	Prioridade da meta
D9/C3	<i>Goal/target setting</i>	Definição da meta/alvo	Definição da meta/ do objetivo

Nota: TDF = *Theoretical Domains Framework*; versão T12= versão da síntese das traduções 1 e 2; D = domínio; C = construto.

Tabela 1. Continuação...

Itens da TDF	Versão original	Versão T12	Versão após comitê de especialistas
D10	<i>Memory, attention and decision process (The ability to retain information, focus selectively on aspects of the environment and choose between two or more alternatives)</i>	Memória, atenção e processos de decisão (A habilidade de reter informação, focar seletivamente em aspectos do ambiente e escolher entre duas ou mais alternativas)	Memória, atenção e processos de decisão (A capacidade de reter informação, focar seletivamente em aspectos do ambiente e escolher entre duas ou mais alternativas)
D11	<i>Environmental context and resources (Any circumstance of a person's situation or environment that discourages or encourages the development of skills and abilities, independence, social competence and adaptive behavior)</i>	Contexto ambiental e recursos (Qualquer circunstância da situação ou ambiente da pessoa que desencoraja ou incentiva o desenvolvimento de capacidades e aptidões, independência, competência social e comportamento adaptativo)	Contexto ambiental e recursos (Qualquer circunstância da situação ou ambiente da pessoa que desencoraja ou incentiva o desenvolvimento de habilidades e capacidades , independência, competência social e comportamento adaptativo)
D12/C8	<i>Intergroup conflict</i>	Conflito entre grupo	Conflito intergrupo
D13	<i>Emotion (A complex reaction pattern, involving experiential, behavioral, and physiological elements, by which the individual attempts to deal with a personally significant matter or event)</i>	Emoção (Um complexo padrão de reação, envolvendo elementos experienciais, comportamentais e fisiológicos, em que o indivíduo tenta lidar com o assunto ou evento particularmente significativo)	Emoção (Um complexo padrão de reação, envolvendo elementos experienciais, comportamentais e fisiológicos, no qual o indivíduo tenta lidar com o assunto ou evento particularmente significativo)
D13/C3	<i>Affect</i>	Afeto	Afetividade
D14	<i>Behavioral regulation (Anything aimed at managing or changing objectively observed or measured actions)</i>	Regulação comportamental (Qualquer coisa que vise o gerenciamento ou alterar ações objetivamente observadas ou medidas)	Regulação comportamental (Qualquer coisa que vise manejar ou alterar ações objetivamente observadas ou mensuradas)
D14/C3	<i>Action planning</i>	Planejamento da ação	Plano de ação

Nota: TDF = *Theoretical Domains Framework*; versão T12= versão da síntese das traduções 1 e 2; **D** = domínio; **C** = construto.

Tabela 2. Versão pré-final da *Theoretical Domains Framework*.

Domínio (definição)	Construtos
1. Conhecimento (A consciência da existência de algo)	Conhecimento (incluindo conhecimento da condição/embasamento científico) Conhecimento processual Conhecimento do ambiente da atuação
2. Habilidades (A capacidade ou proficiência adquirida por meio da prática)	Habilidades Desenvolvimento das habilidades Competência Capacidade Habilidades interpessoais Prática Avaliação das habilidades

Tabela 2. Continuação...

Domínio (definição)	Construtos
3. Papel social/profissional e identidade (Um conjunto coerente de qualidades pessoais demonstradas e comportamentos de um indivíduo em um ambiente social ou de trabalho)	Identidade profissional Papel profissional Identidade social Identidade Limites profissionais Confiança profissional Identidade de grupo Liderança Comprometimento organizacional
4. Crenças sobre capacidades (Aceitação da verdade, realidade ou validade sobre uma habilidade, talento ou facilidade que a pessoa pode empregar para uso construtivo)	Autoconfiança Competência percebida Autoeficácia Controle comportamental percebido Crenças Autoestima Empoderamento Confiança profissional
5. Otimismo (A confiança de que as coisas acontecerão da melhor maneira ou de que os objetivos desejados serão alcançados)	Otimismo Pessimismo Otimismo irreal Identidade
6. Crenças sobre consequências (Aceitação sobre a verdade, realidade, ou validade em relação aos resultados de um comportamento em determinada situação)	Crenças Expectativas em relação ao resultado Características das expectativas em relação ao resultado Arrependimento antecipado Consequências
7. Reforço (Aumento da probabilidade de uma resposta por meio do estabelecimento de uma relação de dependência, ou contingência, entre a resposta e determinado estímulo)	Recompensas (a curto prazo/a longo prazo, valorizada/não valorizada, provável/improvável) Incentivos Punição Consequências Reforço Contingências Sanções
8. Intenções (Uma decisão consciente de realizar um comportamento ou a resolução de agir de determinada forma)	Estabilidade das intenções Estágios do modelo de mudança Modelo transteórico e estágios de mudança

Tabela 2. Continuação...

Domínio (definição)	Construtos
9. Metas (Representações mentais de resultados ou finalizações que um indivíduo deseja alcançar)	Metas (a longo/curto prazo) Prioridade da meta Definição da meta/do objetivo Metas (autônomas/controladas) Plano de ação Intenção de implementação
10. Memória, atenção e processos de decisão (A capacidade de reter informação, focar seletivamente em aspectos do ambiente e escolher entre duas ou mais alternativas)	Memória Atenção Controle da atenção Tomada de decisão Sobrecarga cognitiva/cansaço
11. Contexto ambiental e recursos (Qualquer circunstância da situação ou ambiente da pessoa que desencoraja ou incentiva o desenvolvimento de habilidades e capacidades, independência, competência social e comportamento adaptativo)	Estressores ambientais Recursos/recursos materiais Cultura/clima organizacional Eventos importantes/incidentes críticos Interação pessoa x ambiente Barreiras e facilitadores
12. Influências sociais (Aqueles processos interpessoais que podem fazer com que indivíduos mudem seus pensamentos, sentimentos ou comportamentos)	Pressão social Normas sociais Conformidade do grupo Comparações sociais Normas do grupo Suporte social Poder Conflito intergrupo Alienação Identidade do grupo Modelação
13. Emoção (Um complexo padrão de reação, envolvendo elementos experienciais, comportamentais e fisiológicos, no qual o indivíduo tenta lidar com o assunto ou evento particularmente significativo)	Medo Ansiedade Afetividade Estresse Depressão Afetividade positiva/negativa Esgotamento (Burn-out)
14. Regulação comportamental (Qualquer coisa que vise manejar ou alterar ações objetivamente observadas ou mensuradas)	Automonitoramento Mudança do hábito Plano de ação

Tabela 3. Domínios e construtos do *Theoretical Domains Framework* na primeira e na segunda rodada de Validação de Conteúdo Transcultural pelo comitê de especialistas.

Domínios e construtos da <i>Theoretical Domains Framework</i>	Validação de Conteúdo Transcultural								Alfa de Cronbach
	Índice de Validação de Conteúdo (IVC)								
	1ª rodada				2ª rodada				
	ES	EI	EE	EC	ES	EI	EE	EC	
1. Conhecimento:	1	1	0,8	0,8					0,632
1.1 Conhecimento (incluindo conhecimento da condição/embasamento científico)	1	0,8	0,6	0,6	1	1	1	1	
1.2 Conhecimento processual	1	1	0,8	1					
1.3 Conhecimento do ambiente da atuação	1	1	0,8	0,6					
2. Habilidades	0,6	0,8	0,6	0,6	0,8	0,8	0,8	0,8	0,958
2.1 Habilidades	0,8	0,8	0,8	0,8					
2.2 Desenvolvimento das habilidades	0,8	0,8	0,6	0,8					
2.3 Competência	1	1	1	0,8					
2.4 Capacidade	0,8	0,8	0,6	0,6					
2.5 Habilidades interpessoais	0,8	0,8	0,8	0,8					
2.6 Prática	1	1	1	1					
2.7 Avaliação das habilidades	0,8	0,8	0,6	0,8					
3. Papel social/profissional e identidade	0,4	0,6	0,8	0,6	1	1	1	1	0,641
3.1 Identidade profissional	1	1	1	1					
3.2 Papel profissional	1	1	1	1					
3.3 Identidade social	1	1	1	1					
3.4 Identidade	0,8	0,8	0,8	0,8					
3.5 Limites profissionais	1	1	1	1					
3.6 Confiança profissional	1	1	1	1					
3.7 Identidade de grupo	1	1	1	1					
3.8 Liderança	1	1	1	1					
3.9 Comprometimento organizacional	0,8	1	1	0,8					
4. Crença sobre capacidades	1	0,8	0,8	0,8	1	1	1	1	0,257
4.1 Autoconfiança	1	1	1	1					
4.2 Competência percebida	1	1	1	1					
4.3 Controle comportamental percebido	1	1	1	1					
4.4 Crenças	1	1	1	1					
4.5 Autoestima	1	1	1	1					
4.6 Empoderamento	1	1	1	1					
4.7 Confiança profissional	1	1	1	1					
5. Otimismo	1	1	1	1					-0,351
5.1 Otimismo	1	1	1	1					
5.2 Pessimismo	1	1	1	1					
5.3 Otimismo irreal	0,8	1	0,8	1					
5.4 Identidade	1	1	1	1					

Nota: ES = equivalência semântica; EI = equivalência idiomática; EE = equivalência experimental; EC = equivalência conceitual.

Tabela 3. Continuação...

	Validação de Conteúdo Transcultural								Alfa de Cronbach
	Índice de Validação de Conteúdo (IVC)								
	1ª rodada				2ª rodada				
6. Crença sobre as consequências	0,8	1	0,8	1	1	1	1	1	0,84
6.1 Crenças	1	1	1	1					
6.2 Expectativas em relação ao resultado	1	0,8	0,8	1	1	1	1	1	
6.3 Características das expectativas em relação ao resultado	1	0,8	0,8	1	1	1	1	1	
6.4 Arrependimento antecipado	1	1	1	1					
6.5 Consequências	0,4	0,4	0,4	0,4	1	1	1	1	
7. Reforço	0,4	0,8	0,8	0,8	1	1	1	1	0,546
7.1 Recompensas (a curto prazo/a longo prazo, valorizada/não valorizada, provável/improvável)	0,8	0,8	0,6	0,8	1	1	1	1	
7.2 Incentivos	1	1	1	1					
7.3 Punição	1	1	1	1					
7.4 Consequências	1	0,8	0,8	0,8					
7.5 Reforço	1	1	1	1					
7.6 Contingências	1	1	0,8	1					
7.7 Sanções	1	1	1	1					
8. Intenções	1	1	1	1					-
8.1 Estabilidade das intenções	1	1	1	1					
8.2 Estágios do modelo de mudança	1	1	1	1					
8.3 Modelo transteórico e estágios de mudança	1	1	1	1					
9. Metas	0,6	0,8	0,8	1	0,8	0,8	0,8	0,8	0,712
9.1 Metas (a longo/curto prazo)	0,8	1	1	1					
9.2 Prioridade da meta	0,6	1	1	1	1	1	1	1	
9.3 Definição da meta/do objetivo	0,8	1	0,8	1	1	1	1	1	
9.4 Metas (autônomas/controladas)	0,6	1	1	1					
9.5 Plano de ação	0,8	1	1	1					
9.6 Intenção de implementação	0,8	1	0,8	1					
10. Memória, atenção e processos de decisão	1	1	0,8	1					0
10.1 Memória	1	1	1	1					
10.2 Atenção	1	1	1	1					
10.3 Controle de atenção	1	1	1	1					
10.4 Tomada de decisão	1	1	1	1					
10.5 Sobrecarga cognitiva/cansaço	1	1	1	1					
11. Contexto ambiental e recursos	0,8	0,8	0,6	0,8	1	1	1	1	0
11.1 Estressores ambientais	1	1	1	1					
11.2 Recursos/recursos materiais	1	1	1	1					
11.3 Cultura/clima organizacional	1	1	1	1					
11.4 Eventos importantes/incidentes críticos	1	1	1	1					

Nota: ES = equivalência semântica; EI = equivalência idiomática; EE = equivalência experimental; EC = equivalência conceitual.

Tabela 3. Continuação...

	Validação de Conteúdo Transcultural								Alfa de Cronbach
	Índice de Validação de Conteúdo (IVC)								
	1ª rodada		2ª rodada						
11.5 Interação pessoa x ambiente	1	1	0,8	1					
11.6 Barreiras e facilitadores	1	1	1	1					
12. Influências sociais	1	1	0,8	1					0,255
12.1 Pressão social	1	1	1	1					
12.2 Normas sociais	1	1	1	1					
12.3 Conformidade do grupo	1	1	1	1					
12.4 Comparações sociais	1	1	1	1					
12.5 Normas do grupo	1	1	1	1					
12.6 Suporte social	1	1	0,8	1					
12.7 Poder	1	1	1	1					
12.8 Conflito intergrupo	0,4	0,8	0,8	0,8	1	1	1	1	
12.9 Alienação	1	1	1	1					
12.10 Identidade do grupo	1	1	1	1					
12.11 Modelação	0,8	1	1	1					
13. Emoção	0,8	0,8	0,8	0,8	1	1	1	1	0,645
13.1 Medo	1	1	1	1					
13.2 Ansiedade	1	1	1	1					
13.3 Afetividade	0,8	1	1	1	1	1	1	1	
13.4 Estresse	1	1	1	1					
13.5 Depressão	1	1	1	1					
13.6 Afetividade positiva/negativa	0,8	1	1	1	1	1	1	1	
13.7 Esgotamento (burn-out)	1	1	1	1					
14. Regulação Comportamental	0,6	0,8	0,8	0,8	1	1	1	1	0,8
14.1 Automonitoramento	1	1	1	1					
14.2 Mudança do hábito	1	1	1	1					
14.3 Plano de ação	0,8	0,8	0,8	0,8					
Média	0,928				0,966				0,916

Nota: ES = equivalência semântica; EI = equivalência idiomática; EE = equivalência experimental; EC = equivalência conceitual.

DISCUSSÃO

Este estudo propôs a tradução e adaptação transcultural de uma estrutura teórica para uso no Brasil, cujo foco é a avaliação de barreiras e facilitadores para a mudança de comportamento em profissionais de saúde, compreendendo que esses atuam como entrave para implementação de evidências científicas na prática de saúde. O grande desafio em processos de tradução e validação de conteúdo é realizar os ajustes necessários e, ao mesmo tempo, preservar as características conceituais do instrumento original. A TDF é amplamente aplicada em âmbito internacional, com aumento expressivo nas publicações focadas

em saúde, demonstrando sua relevância em estudos de mudança comportamental, principalmente para intervenções em contextos clínicos e de saúde pública.^{18,20}

Para alcançar a versão pré-final por meio do comitê de avaliação de especialistas, é necessário lidar cuidadosamente com as divergências que surgem entre os membros do comitê. Neste estudo, as divergências mais relevantes nessa etapa de avaliação concentraram-se nos seguintes termos/construtos em inglês: *skills*, *ability*, *scientific rationale*, *consequents* e *end states*.²¹

Ambas as palavras “*skills*” e “*ability*” foram traduzidas como “habilidade” nas versões T1, T2 e T12 nos domínios 2, 4 e 10. Contudo,

nas versões T1, T2, T12, nos domínios 2 e 11, foram traduzidas como “capacidade”. Após análise, o consenso para versão pré-final da estrutura teórica foi que “habilidade” seria utilizada para a palavra em inglês “skills”, e “capacidade”, para as palavras “ability” e “capabilities”. A definição de expressões e construtos precisa considerar o significado de cada termo; assim, no contexto da TDF, por exemplo, *skills* refere-se a uma habilidade ou proficiência adquirida por meio da prática, e *ability* representa a capacidade de um indivíduo de realizar um determinado comportamento.²²

Outro construto que gerou discordância foi “*scientific rationale*”, expressão traduzida como “fundamento científico”, contudo, diante das considerações de dois especialistas, optou-se por utilizar “embasamento científico”, por se tratar de uma expressão mais comumente utilizada no Brasil. Para a aplicação da PBE na enfermagem, o embasamento científico configura-se como um importante elemento para guiar as decisões clínicas, estando intrinsecamente relacionado a habilidades de liderança e capacidade de tomada de decisão, essenciais para uma prática de enfermagem segura e eficaz.^{23,24}

O construto “*consequents*”, traduzido inicialmente na versão T1 como “consequentes” e, na T2, como “consequentes/consequências”, após avaliação das sugestões dos especialistas, ficou definido como “consequências”. A expressão “estados finais” incluída no domínio 9 (“metas (representações mentais de resultados ou *estados finais* que um indivíduo deseja alcançar”), foi modificada para “finalizações”, após consenso realizado pelas pesquisadoras a partir das sugestões dos especialistas.

Após a segunda rodada de avaliação, a maioria dos itens obteve IVC por equivalência maior que 80%. Logo, pode-se considerar um instrumento de alto nível de validade de conteúdo, dado que o nível de validação estipulado a partir de cinco especialistas é aceitável universalmente quando se alcança um IVC acima de 0,80, item a item. Dessa forma, foi possível constatar que as avaliações realizadas pelo comitê de especialistas favorecem consideravelmente em relação à qualidade de validação e à precisão de conteúdo dos itens.^{25,26}

Os domínios que obtiveram melhores índices de validação (considerados os >0,95) após avaliação do comitê de especialistas foram 3 (“papel social/profissional e identidade”), 4 (“crenças sobre capacidades”), 5 (“otimismo”), 6 (“crenças sobre consequências”), 7 (“reforço”), 8 (“intenções”), 10 (“memória, atenção e processos de decisão”), 11 (“contexto ambiental e recursos”), 12 (“influências sociais”), 13 (“emoção”) e 14 (“regulamentação comportamental”). Ao comparar com o processo de validação da estrutura teórica original, nota-se que os domínios 3, 4, 10, 13 também alcançaram boa proximidade de conteúdo de acordo com o índice considerado suficiente pelo estudo. No entanto, vale ressaltar que os domínios 6, 11, 12 e 14 obtiveram níveis considerados abaixo do esperado pelo índice utilizado na estrutura teórica original, diferentemente do que ocorreu neste estudo.²

A contribuição da TDF para a ciência da implementação ao redor do mundo é inquestionável, desde a saúde pública até setores de saúde especializados. A tendência atual é a aplicação

da TDF com uma visão interdisciplinar, incluindo tecnologias como saúde digital e inteligência artificial, visando aprimorar estratégias de mudança de comportamento. Colaborações internacionais, avanços metodológicos e estudos longitudinais são essenciais para avaliar a sustentabilidade e eficácia da TDF em contextos diversos.¹⁸

Por fim, a versão pré-final da estrutura teórica apresentou excelente validade de conteúdo e consistência interna, uma vez que o IVC médio é classificado dessa forma quando apresenta um índice igual ou superior a 0,9, e o alpha de Cronbach é considerado muito bom quando alcança um valor acima de 0,8. Sobre os domínios 4, 5, 10, 11 e 12 da TDF, observaram-se consistências internas frágeis (valor <0,3), indicando que, na próxima etapa de validação, que envolve análise das propriedades psicométricas, será necessário realizar uma análise fatorial exploratória seguida de uma análise fatorial confirmatória, para contribuir com a qualidade e validação da estrutura final.^{25,27-29}

Nesse sentido, a realização de uma análise fatorial exploratória será fundamental para identificar possíveis agrupamentos ou ajustes necessários nos itens, garantindo que eles representem adequadamente os construtos teóricos em análise. Posteriormente, a análise fatorial confirmatória permitirá testar a estrutura identificada, avaliando se os dados se ajustam ao modelo teórico proposto. Essas etapas são cruciais para assegurar uma validação robusta da TDF no contexto cultural brasileiro, considerando as especificidades socioculturais que podem impactar a percepção e interpretação dos itens. Ao realizar essas análises, espera-se refinar a estrutura teórica e garantir que o instrumento final seja confiável e representativo para os diferentes cenários da prática e pesquisa em enfermagem no Brasil.

Tendo em vista não só a contribuição da TDF para PBE e para a ciência da implementação, mas também a conclusão desta fase de tradução e adaptação transcultural, faz-se necessário avançar para a próxima etapa, a fim de estabelecer a equivalência e validade da TDF para ser utilizada nesse país.

CONCLUSÃO E IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA

A TDF foi traduzida e adaptada culturalmente para o português do Brasil com sucesso, e apresentou consistência e validade internas aceitáveis de acordo com o IVC e o coeficiente de alfa de Cronbach. A TDF é um recurso adequado e válido para que pesquisadores, gestores e profissionais de saúde compreendam e analisem influências cognitivas, afetivas, sociais e ambientais no comportamento humano, permitindo identificar fatores interdisciplinares essenciais que impactam a prática profissional e as intervenções em saúde. Ademais, a estrutura teórica pode ser utilizada de forma flexível em diferentes contextos, sendo uma ferramenta valiosa para subsidiar estratégias que apoiem ações de translação do conhecimento e promoção de mudanças comportamentais em diversos contextos da enfermagem no Brasil, contribuindo para a melhoria das práticas assistenciais e educacionais. Por exemplo, pode ser utilizada para identificar

barreiras e facilitadores no comportamento de enfermeiros durante a implementação de protocolos clínicos, como a adesão às práticas de prevenção de infecções relacionadas à assistência à saúde. No campo da enfermagem pediátrica, a TDF pode auxiliar na análise de fatores que influenciam a comunicação entre profissionais e famílias, promovendo um cuidado mais centrado nas necessidades das crianças e seus cuidadores.

Além disso, no contexto da educação em enfermagem, a TDF pode orientar o desenvolvimento de programas de formação continuada, identificando lacunas de conhecimento ou atitudes que impactam a prática clínica. Em projetos de extensão ou pesquisa, a TDF pode ser usada para avaliar intervenções comunitárias, como programas voltados para a promoção da saúde materno-infantil, considerando os fatores sociais e culturais que influenciam o comportamento da equipe e da população atendida. Esses exemplos demonstram a versatilidade da TDF como ferramenta teórica e prática, com grande potencial para apoiar mudanças comportamentais e estratégias de translação do conhecimento que fortaleçam a qualidade do cuidado de enfermagem no Brasil.

Destarte, a estrutura teórica está completa para a etapa de pré-teste com a população-alvo e análise psicométrica, para, posteriormente, ser utilizada durante a implementação de ações baseadas em evidências científicas na prática clínica com o propósito de fomentar a mudança de comportamento de enfermeiros e demais profissionais de saúde no Brasil.

Como limitações, tem-se que o IVC e o alfa de Cronbach fornecem medidas importantes de validade e consistência, mas não avaliam outros aspectos, como validade preditiva ou confiabilidade teste-reteste. Embora a tradução e a validação de conteúdo tenham sido realizadas, a aplicação prática da TDF traduzida em estudos de campo ou intervenções reais não foi avaliada no presente estudo. O estudo não incluiu uma etapa de avaliação do instrumento adaptado com participantes que representem o público-alvo, o que poderia fornecer *insights* adicionais sobre clareza e aplicabilidade prática.

AGRADECIMENTOS

Às profissionais de saúde que integraram o comitê de especialistas deste estudo e ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq).

FINANCIAMENTO

Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq)- Bolsa Produtividade - Processo número 308281/2015-2.

DISPONIBILIDADE DOS DADOS DA PESQUISA

Os dados estarão disponíveis sob demanda aos autores.

CONFLITO DE INTERESSE

Sem conflito de interesse.

REFERÊNCIAS

1. Little EA, Presseau J, Eccles MP. Understanding effects in reviews of implementation interventions using the Theoretical Domains Framework. *Implement Sci.* 2015 jun;10(1):90. <http://doi.org/10.1186/s13012-015-0280-7>. PMID:26082136.
2. Cane J, O'Connor D, Michie S. Validation of the theoretical domains framework for use in behaviour change and implementation research. *Implement Sci.* 2012 abr;7(1):37. <http://doi.org/10.1186/1748-5908-7-37>. PMID:22530986.
3. Murphy M, McCloughen A, Curtis K. Using theories of behaviour change to transition multidisciplinary trauma team training from the training environment to clinical practice. *Implement Sci.* 2019 abr;14(1):43. <http://doi.org/10.1186/s13012-019-0890-6>. PMID:31036023.
4. Michie S, Richardson M, Johnston M, Abraham C, Francis J, Hardeman W et al. The behavior change technique taxonomy (v1) of 93 hierarchically clustered techniques: building an international consensus for the reporting of behavior change interventions. *Ann Behav Med.* 2013 ago;46(1):81-95. <http://doi.org/10.1007/s12160-013-9486-6>. PMID:23512568.
5. Nilsen P. Making sense of implementation theories, models and frameworks. *Implement Sci.* 2015 abr;10(53):53. <http://doi.org/10.1186/s13012-015-0242-0>. PMID:25895742.
6. Abrahamson KA, Fox RL, Doebbeling BN. Facilitators and barriers to clinical practice guideline use among nurses. *Am J Nurs.* 2012 jul;112(7):26-35. <http://doi.org/10.1097/01.NAJ.0000415957.46932.bf>.
7. Baker R, Camosso-Stefinovic J, Gillies C, Shaw EJ, Cheater F, Flottorp S et al. Tailored interventions to overcome identified barriers to change: effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database Syst Rev.* 2010 mar;(3):CD005470. <http://doi.org/10.1002/14651858.CD005470.pub2>. PMID:20238340.
8. Evans-Lacko S, Jarrett M, McCrone P, Thornicroft G. Facilitators and barriers to implementing clinical care pathways. *BMC Health Serv Res.* 2010 jun;10(1):182. <http://doi.org/10.1186/1472-6963-10-182>. PMID:20584273.
9. Gagliardi AR, Alhabib S. Trends in guideline implementation: a scoping systematic review. *Implement Sci.* 2015 abr;10(1):54. <http://doi.org/10.1186/s13012-015-0247-8>. PMID:25895908.
10. Fischer F, Lange K, Klose K, Greiner W, Kraemer A. Barriers and strategies in guideline implementation: a scoping review. *Healthcare.* 2016 jun;4(3):36. <http://doi.org/10.3390/healthcare4030036>. PMID:27417624.
11. Jun J, Kovner CT, Stimpfel AW. Barriers and facilitators of nurses' use of clinical practice guidelines: an integrative review. *Int J Nurs Stud.* 2016 ago;60:54-68. <http://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2016.03.006>. PMID:27297368.
12. Portoghese I, Galletta M, Battistelli A, Saiani L, Penna MP, Allegrini E. Change related expectations and commitment to change of nurses: the role of leadership and communication. *J Nurs Manag.* 2012 jul;20(5):582-91. <http://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2011.01322.x>. PMID:22823213.
13. Casey M, O'Leary D, Coghlan D. Unpacking action research and implementation science: implications for nursing. *J Adv Nurs.* 2018 maio;74(5):1051-8. <http://doi.org/10.1111/jan.13494>. PMID:29098709.
14. Bauer MS, Kirchner J. Implementation science: what is it and why should I care? *Psychiatry Res.* 2020 jan;283:112376. <http://doi.org/10.1016/j.psychres.2019.04.025>. PMID:31036287.
15. Atkins L, Francis J, Islam R, O'Connor D, Patey A, Ivers N et al. A guide to using the Theoretical Domains Framework of behaviour change to investigate implementation problems. *Implement Sci.* 2017 jun;12(1):77. <http://doi.org/10.1186/s13012-017-0605-9>. PMID:28637486.
16. van der Zanden M, Helder O, Westland H, Ista E. Barriers and facilitators for the implementation of co-created nursing innovations in a Dutch university hospital. *JBIC Evid Implement.* 2024 Jun 28. No prelo. <http://doi.org/10.1097/XEB.0000000000000444>.
17. Caltabiano P, Bailie J, Laycock A, Shea B, Dykgraaf SH, Lennox N et al. Identifying barriers and facilitators to primary care practitioners implementing health assessments for people with intellectual disability: a Theoretical Domains Framework-informed scoping review. *Implement Sci Commun.* 2024 abr 16;5(1):39. <http://doi.org/10.1186/s43058-024-00579-8>. PMID:38627849.

18. Zhou Y, Huang Y, Wang Y, Xu X, Yu Z, Gu Y. Theoretical domains framework: a bibliometric and visualization analysis from 2005-2023. *J Multidiscip Healthc*. 2024 ago 20;17:4055-69. <http://doi.org/10.2147/JMDH.S470223>. PMID:39188813.
19. Dimanopoulos TA, Chaboyer W, Plummer K, Mickan S, Ullman AJ, Campbell J et al. Perceived barriers and facilitators to preventing hospital-acquired pressure injury in pediatrics: a qualitative analysis. *J Adv Nurs*. 2023. No prelo. <http://doi.org/10.1111/jan.16002>. PMID:38037540.
20. Beaton DE, Bombardier C, Guillemin F, Ferraz MB. Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. *Spine*. 2000 dez;25(24):3186-91. <http://doi.org/10.1097/00007632-200012150-00014>. PMID:11124735.
21. Epstein J, Santo RM, Guillemin F. A review of guidelines for cross-cultural adaptation of questionnaires could not bring out a consensus. *J Clin Epidemiol*. 2015 abr;68(4):435-41. <http://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2014.11.021>. PMID:25698408.
22. Richardson M, Khouja CL, Sutcliffe K, Thomas J. Using the theoretical domains framework and the behavioural change wheel in an overarching synthesis of systematic reviews. *BMJ Open*. 2019;9(6):e024950. <http://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-024950>. PMID:31229999.
23. Välimäki M, Hu S, Lantta T, Hipp K, Varpula J, Chen J et al. The impact of evidence-based nursing leadership in healthcare settings: a mixed methods systematic review. *BMC Nurs*. 2024 jul 3;23(1):452. <http://doi.org/10.1186/s12912-024-02096-4>. PMID:38961494.
24. Watkins S. Effective decision-making: applying the theories to nursing practice. *Br J Nurs*. 2020 jan 23;29(2):98-101. <http://doi.org/10.12968/bjon.2020.29.2.98>. PMID:31972119.
25. Polit DF, Beck CT, Owen SV. Is the CVI an acceptable indicator of content validity? Appraisal and recommendations. *Res Nurs Health*. 2007 ago;30(4):459-67. <http://doi.org/10.1002/nur.20199>. PMID:17654487.
26. Epstein J, Osborne RH, Elsworth GR, Beaton DE, Guillemin F. Cross-cultural adaptation of the Health Education Impact Questionnaire: experimental study showed expert committee, not back-translation, added value. *J Clin Epidemiol*. 2015 abr;68(4):360-9. <http://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2013.07.013>. PMID:24084448.
27. Ursachi G, Horodnic IA, Zait A. How reliable are measurement scales? External factors with indirect influence on reliability estimators. *Procedia Econ Finance*. 2015;20:679-86. [http://doi.org/10.1016/S2212-5671\(15\)00123-9](http://doi.org/10.1016/S2212-5671(15)00123-9).
28. Babbie E. *The practice of social research*. Belmont: Wadsworth Publishing Company; 1992.
29. Goudarzian AH. Challenges and recommendations of exploratory and confirmatory factor analysis: a narrative review from a nursing perspective. *J Nurs Rep Clin Pract*. 2023;1(3):133-7. <http://doi.org/10.32598/JNRCP.23.44>.

CONTRIBUIÇÕES DOS AUTORES

Desenho do estudo. Andréia Cascaes Cruz. Mavilde da Luz Gonçalves Pedreira. Kiana Alexandra Rei Gray.

Aquisição de dados. Maria Carolina Rocha Roswell. Julia Silva del Bello. Kiana Alexandra Rei Gray.

Análise de dados e interpretação dos resultados. Maria Carolina Rocha Roswell. Andréia Cascaes Cruz. Mavilde da Luz Gonçalves Pedreira. Julia Silva del Bello. Kiana Alexandra Rei Gray.

Redação e revisão crítica do manuscrito. Maria Carolina Rocha Roswell. Andréia Cascaes Cruz. Mavilde da Luz Gonçalves Pedreira. Julia Silva del Bello. Kiana Alexandra Rei Gray.

Aprovação da versão final do artigo. Maria Carolina Rocha Roswell. Andréia Cascaes Cruz. Mavilde da Luz Gonçalves Pedreira. Julia Silva del Bello. Kiana Alexandra Rei Gray.

Responsabilidade por todos os aspectos do conteúdo e a integridade do artigo publicado. Maria Carolina Rocha Roswell. Andréia Cascaes Cruz. Mavilde da Luz Gonçalves Pedreira. Julia Silva del Bello. Kiana Alexandra Rei Gray.

EDITOR ASSOCIADO

Pedro Ricardo Martins Bernardes Lucas 

EDITOR CIENTÍFICO

Marcelle Miranda da Silva 