



Tradução e adaptação transcultural de instrumento para mensurar autoridade e autonomia profissional de enfermeiros

Translation and cross-cultural adaptation of an instrument to measure authority and professional autonomy of nurses

Traducción y adaptación transcultural de un instrumento para medir la autoridad y autonomía profesional de las enfermeras

Klarissa de Oliveira Gomes¹, Luciana Neves da Silva Bampi¹.

RESUMO

Objetivo: Realizar a adaptação transcultural da Nursing Authority And Autonomy Scale para o contexto do Brasil. **Métodos:** Estudo metodológico de tradução e adaptação transcultural que seguiu cinco etapas: tradução, síntese, tradução reversa, avaliação por comitê de especialistas e pré-teste. O Índice de Validade de Conteúdo de $\geq 0,75$ e Coeficiente Kappa de Cohen $> 0,61$ foram considerados adequados para a pesquisa. **Resultados:** A tradução da Nursing Authority And Autonomy Scale foi consistente e aprovada por comitê de especialistas com IVC $\geq 0,80$ e Kappa $\geq 0,76$. O pré-teste contou com a participação de 60 enfermeiros, sendo 30 assistenciais e 30 gerentes. A maioria dos enfermeiros eram mulheres jovens, com especialização. Os escores totais do pré-teste revelaram média de 152,13 para enfermeiros gerentes e de 140,83 para assistenciais, sendo 190 o escore máximo possível. **Conclusão:** A Nursing Authority And Autonomy Scale foi considerada traduzida e adaptada ao contexto brasileiro. Outros estudos devem avaliar as qualidades psicométricas deste instrumento.

Palavras-chave: Autonomia profissional, Tomada de decisão clínica, Enfermeiros, Enfermagem, Tradução.

ABSTRACT

Objective: To carry out the cross-cultural adaptation of the Nursing Authority And Autonomy Scale to the Brazilian context. **Methods:** Methodological study of translation and cross-cultural adaptation that followed five stages: translation, synthesis, back translation, evaluation by a committee of experts and pre-test. Content Validity Index ≥ 0.75 and Cohen's Kappa Coefficient > 0.61 were considered adequate. **Results:** The translation of the Nursing Authority And Autonomy Scale was consistent and approved by a committee of experts with CVI ≥ 0.80 and Kappa ≥ 0.76 . The pre-test included 60 nurses, 30 of whom were assistant nurses and 30 managers. The majority were young women, with specialization. The total pre-test scores revealed an average of 152.13 for managers and 140.83 for assistants, with 190 being the maximum possible score. **Conclusion:** The Nursing Authority And Autonomy Scale was considered translated and adapted to the Brazilian context. Other studies should evaluate the psychometric qualities of this instrument.

Keywords: Professional autonomy, Clinical decision-making, Nurses, Nursing, Translating.

¹Universidade de Brasília (UnB), Brasília - DF.

RESUMEN

Objetivo: Realizar la adaptación transcultural de la Escala de Autoridad y Autonomía de Enfermería al contexto brasileño. **Métodos:** Estudio metodológico de traducción y adaptación transcultural que siguió cinco etapas: traducción, síntesis, retrotraducción, evaluación por un comité de expertos y pretest. Se consideró adecuado un índice de validez de contenido $\geq 0,75$ y un coeficiente Kappa de Cohen $> 0,61$. **Resultados:** La traducción de la Escala de Autoridad y Autonomía de Enfermería fue consistente y aprobada por un comité de expertos con CVI $\geq 0,80$ y Kappa $\geq 0,76$. En la prueba previa participaron 60 enfermeros, 30 de los cuales eran auxiliares de enfermería y 30 directivos. La mayoría eran mujeres jóvenes, con especialización. Las puntuaciones totales del pretest arrojaron una média de 152,13 para los directivos y 140,83 para los asistentes, siendo 190 la puntuación máxima posible. **Conclusión:** La Escala de Autoridad y Autonomía de Enfermería fue considerada traducida y adaptada al contexto brasileño. Otros estudios deberían evaluar las cualidades psicométricas de este instrumento.

Palabras clave: Autonomía profesional, Toma de decisiones clínicas, Enfermeras, Enfermería, Traducción.

INTRODUÇÃO

A autonomia é uma característica essencial para o exercício de uma profissão. Implementar autonomia significa tomar decisões, assumir responsabilidades, ter autoridade e poder. Desenvolver esse valor é muito importante para a educação em enfermagem e tem sido considerado uma prioridade para a profissão (TÜRK G, et al. 2021; ALRUWAILI MM e ABUADAS FH, 2023). A autonomia profissional representa o autogoverno de uma profissão, torna a categoria livre para estabelecer padrões de trabalho e fazê-los cumprir dentro de sua área de abrangência (COSTA RLM, et al, 2021). Se refere à participação na tomada de decisões e à capacidade de influenciar as práticas de trabalho (PURSIO K, et al., 2021). É definida ainda como a capacidade de um indivíduo de realizar de forma independente, sem supervisão, as responsabilidades do cargo que ocupa (BLANCHFIELD KC e BIORDI DL, 1996). A autonomia está intimamente relacionada à autoridade (BLANCHFIELD KC e BIORDI DL, 1996).

A autoridade é entendida como o controle ou o poder relacionado a um trabalho específico. Nas relações é percebida como o gozo de poder legítimo (BLANCHFIELD KC e BIORDI DL, 1996; TRISYANI Y, WINDSOR C, 2019). Se os indivíduos recebem autoridade para tomar decisões e desempenhar funções, precisam de autonomia para implementar suas responsabilidades de forma independente (BLANCHFIELD KC e BIORDI DL, 1996). Níveis elevados de autonomia no que se refere ao atendimento ao paciente e a tomada de decisões clínicas e operacionais estão vinculados a melhores resultados tanto para os pacientes como para as equipes e as organizações.

Enfermeiros autônomos demonstram mais eficiência no trabalho e maior satisfação profissional, produzindo resultados mais satisfatórios para os serviços de saúde (LABRAGUE LJ, et al., 2019; ALLAHBAKHSHEAN M, et al., 2017). Os conceitos de autonomia e autoridade frequentemente têm sido usados de forma intercambiável, negando a distinção entre eles. Isso obscurece a importância da autoridade e priva a enfermagem de uma importante fonte de poder legítimo. Sem autoridade, a autonomia carece de um elemento vital de empoderamento. É autonomia por padrão, não autonomia que é reconhecida por causa do conhecimento e da habilidade (BLANCHFIELD KC e BIORDI DL, 1996).

Nas pesquisas sobre autoridade, muitos estudos encontraram desacordo sobre as percepções de enfermeiros assistenciais quando comparados aos gerentes de enfermagem e a outros profissionais (MCKENNA J e JESKE D, 2021; BASARAN AC e DINÇ L, 2018; MOLDESTAD M, et al., 2020; GRINBERG K e SELA Y, 2022). No que se refere à autonomia, as pesquisas em enfermagem diferem em termos de medições e descobertas.

Uma constatação, contudo, é bastante frequente: os enfermeiros avaliam a autonomia como muito importante tanto para a satisfação no trabalho quanto para a prestação de cuidados eficazes ao paciente (ALRUWAILI MM e ABUADAS FH, 2023; PURSIO K, et al., 2021; ALLAHBAKHSHEAN M, et al., 2017; BASARAN AC e DINÇ L, 2018; GILES M, et al., 2017).

Entender os fatores que interferem no processo de trabalho do enfermeiro, como o exercício da autoridade e da autonomia profissional, é fundamental para a melhor compreensão da estruturação e da organização do cuidado prestado ao paciente (PETRY S, et al., 2019; PERES MAA, et al., 2020). No Brasil não foram encontrados instrumentos validados para a avaliação específica de autonomia e autoridade profissional de enfermeiros no contexto clínico.

Alguns instrumentos validados para a avaliação dos ambientes de prática profissional em enfermagem possuem questões que mensuram autonomia e autoridade, por meio do controle sobre a prática e a liderança, a exemplo de Revised Nursing Work Index e Practive Enviroment Scale of the Nursing Work Index (GASPARINO RC e GUIRARDELLO EB, 2009; GASPARINO RC e GUIRARDELLO EB, 2011; GASPARINO RC e GUIRARDELLO EB, 2017). A Nursing Authority And Autonomy Scale avalia a percepção de enfermeiros, assistenciais e gerentes, sobre autonomia e autoridade, além de mensurar a importância atribuída a esses requisitos necessários a tomada de decisão no âmbito clínico (BEATON DE, et al., 2000).

Nesse contexto surgiu a questão norteadora da investigação: a Nursing Authority And Autonomy Scale (NAAS) poderia ser utilizada no contexto do Brasil? Assim, o objetivo da presente pesquisa foi realizar a tradução e a adaptação transcultural da NAAS para uso no Brasil.

MÉTODOS

Tipo de estudo

Trata-se de estudo metodológico de tradução e adaptação transcultural da NAAS para utilização em público-alvo, enfermeiros, no contexto brasileiro, língua portuguesa utilizada no Brasil. A condução do trabalho cumpriu etapas reconhecidas e recomendadas nacional e internacionalmente (BEATON D, et al., 2000; FORTES CPDD e ARAÚJO APQC, 2019). Previamente ao processo de tradução foi realizado o contato com as autoras originais e solicitada a autorização e o apoio técnico para a adaptação da ferramenta.

Aspectos éticos

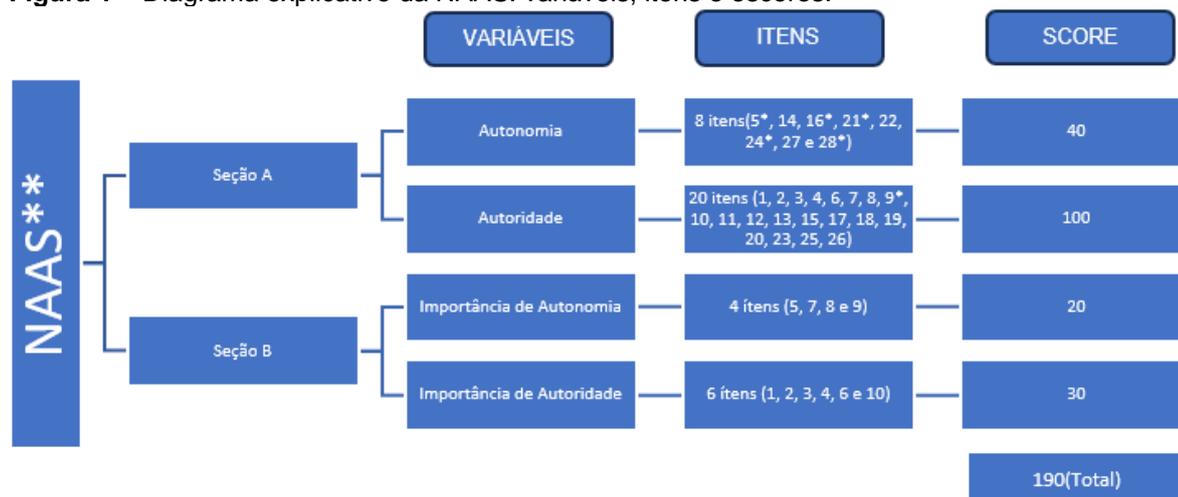
O protocolo de pesquisa foi avaliado e aprovado pelos Comitês de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília e da Secretaria de Estado da Saúde do Distrito Federal, sob parecer de número 5.881.596 e CAAE de número 66406422.3.0000.5154. Foi assegurado aos participantes, em todas as etapas da pesquisa, a confidencialidade, a privacidade e demais prerrogativas constantes das Resoluções 466/2012 e 510/2016, do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde. Os participantes foram esclarecidos quanto aos objetivos, justificativa e metodologia utilizados na investigação, participação voluntária e garantia da possibilidade de abandonar o estudo a qualquer momento, sem qualquer prejuízo e todos os participantes aderiram ao termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE).

Instrumento de pesquisa

A NAAS foi criada e validada nos Estados Unidos da América (EUA) com duas versões, uma para enfermeiros assistenciais e outra para enfermeiros gerentes. Na ferramenta são considerados enfermeiros assistenciais aqueles responsáveis por planejar e implementar no hospital a assistência de enfermagem ao paciente. Os enfermeiros gerentes são aqueles em posição de liderança, gestores, gerentes, chefes ou diretores de unidades de enfermagem, assim como educadores ou especialistas clínicos.

Cada versão é composta por 38 itens sobre autonomia, autoridade, importância de autonomia e importância de autoridade. Os itens são avaliados em uma escala tipo Likert, que varia de 0 a 5, sendo 0 não se aplica, 1 a pior avaliação e 5 a melhor avaliação, indicando melhor percepção do respondente sobre o nível de autonomia e autoridade. Para o cálculo do escore total, deve-se atentar para os itens que foram formulados com intenção reversa (análise reversa) 5, 9, 16, 21, 24 e 28 da seção A. Nos itens formulados em ordem inversa, deve-se considerar: 0 = 0, 1 = 5, 2 = 4, 3 = 3, 4 = 2, 5 = 1. O escore total (soma de todos os itens) pode variar de 0 a 190 pontos, como demonstra a **Figura 1**, sendo 0 o valor designado aos itens que não se aplicam à realidade do profissional e 190 a melhor avaliação sobre autonomia e autoridade (BEATON DE, et al., 2000).

Figura 1 – Diagrama explicativo da NAAS: variáveis, itens e escores.



Nota: * Itens de análise invertida; ** NAAS pode ser apresentada em duas versões: Enfermeiros Assistenciais e Enfermeiros Gerentes.

Fonte: Gomes KO e Bampi LNS, 2025.

A aplicação prática dos resultados obtidos com a aplicação da NAAS se dá por meio de análises comparativas. Comparam-se grupos selecionados em relação aos escores de autonomia e autoridade. Os coletivos podem ser comparados por instituições de saúde, dentre de uma mesma instituição, por especialidades, por formação profissional e outros. Desse modo, não há um ponto de corte específico, sendo necessário analisar a realidade estudada (BLANCHFIELD KC e BIORIDI DL, 1996).

Para fornecer variáveis que viabilizem essas comparações, o instrumento conta com a seção C de dados sociodemográficos dos participantes. Assim, é possível obter informações como idade, gênero, nível de formação, entre outros, a fim de proporcionar análises e comparações de interesse (BLANCHFIELD KC e BIORIDI DL, 1996). A NAAS foi traduzida, adaptada e validada para uso na Turquia e foi utilizada em pesquisa na Malásia (BASARAN AC e DINÇ L, 2018; GEOK TB, et al., 2020). A versão turca, assim como a versão original, em inglês, apresentou boas propriedades psicométricas, sendo recomendada para medir a autonomia e autoridade de enfermeiro (BASARAN AC e DINÇ L, 2018).

Etapas 1,2 e 3 – Tradução, Síntese e Tradução Reversa

A versão original em inglês da NAAS foi traduzida para o português por três tradutores bilíngues independentes, certificados em nível de fluência equivalente a nativos americanos. Os três eram nascidos no Brasil, sendo a língua materna o português falado no País. As traduções foram realizadas por um enfermeiro, um paramédico, que vive nos EUA, e um colaborador não relacionado à área de saúde e não orientado sobre a finalidade do instrumento.

Ao final dessa etapa foram obtidas três versões da NAAS em português falado no Brasil. Em seguida foi formado um grupo composto pelas duas primeiras autoras deste manuscrito e pelos tradutores para elaboração de um documento único, que representasse a síntese das três traduções realizadas. Nesta etapa, os itens discrepantes foram analisados com o intuito de obter consenso sobre a melhor representação em português do instrumento original e a melhor aplicabilidade na população brasileira. Assim foi obtida uma versão síntese, considerada a versão 1 do instrumento em português.

A versão 1 foi traduzida para o inglês, tradução reversa, por uma tradutora bilíngue, enfermeira, com experiência profissional e ciente dos objetivos deste estudo. A tradução reversa foi realizada com o intuito de elaborar um novo documento em inglês, comparar com a escala original e garantir a similaridade. Essa versão foi encaminhada para as autoras originais as quais certificaram a equivalência do conteúdo e aprovaram a versão apresentada. Com isso, a versão 1 em português foi enviada para o comitê de especialistas para avaliação.

Etapa 4 – Avaliação por Comitê de Especialistas

O comitê de especialistas foi formado por 13 juízes que avaliaram o conteúdo e a adequação da versão 1 do documento em português. Os juízes foram escolhidos de modo a formar um painel heterogêneo, com profissionais enfermeiros atuantes em variadas áreas de conhecimento e diferentes níveis de formação, de especialistas a doutores, tendo pelo menos 3 anos de experiência prática.

Foram incluídos enfermeiros assistenciais e gestores de serviços de saúde, assim como professores universitários envolvidos na docência e na gestão acadêmica.

Os candidatos ao comitê receberam o convite por e-mail. Após aceitarem participar do estudo, receberam outra correspondência com orientações sobre a pesquisa e foram direcionados a uma plataforma virtual, Google Forms, na qual constava o TCLE e o instrumento em português, versão 1, para ser avaliado.

A adequação do conteúdo da versão 1 foi avaliada quanto à equivalência e à pertinência, conceitual, semântica e cultural, e à clareza de linguagem. Os dados obtidos pelas avaliações dos juízes permitiram o cálculo do Índice de Validade de Conteúdo (IVC) que indica o quanto a versão traduzida está adequada com o conteúdo proposto na versão original e contextualizada ao público-alvo. O valor mínimo considerado aceitável no presente estudo foi de 0,75 (BEATON DE, et al., 2007).

Para avaliar a concordância entre as respostas dos integrantes do painel de especialistas, foi calculado o coeficiente de concordância Kappa de Cohen (BEATON D, et al., 2007). O Coeficiente Kappa (k) adota um valor entre -1 e +1 sendo o maior grau de concordância igual a +1.

Pode-se ainda classificar seis níveis de concordância: excelente (0,81 a 1,0); moderada (0,61 a 0,80); fraca (0,41 a 0,60); leve (0,40 a 0,21) e desprezível (0,20 a 0,00). Foi considerado um coeficiente aceitável para esta pesquisa um Kappa no mínimo moderado (>0,61).

Etapa 5 – Pré-teste

O teste preliminar foi realizado com o objetivo de verificar a adequação da versão traduzida ao ser utilizada no público-alvo. O pré-teste contou com uma amostra não probabilística, de conveniência, de 30 respondentes para a versão assistencial e 30 para a versão de gerentes, num total de 60 enfermeiros, seguindo recomendações da literatura (FORTES CPDD e ARAÚJO APQC, 2019).

A divulgação e o recrutamento foram feitos por mensagens eletrônicas através de aplicativo digital, WhatsApp, em grupos de enfermeiros do Distrito Federal. Os participantes receberam o TCLE e o instrumento a ser respondido por e-mail. Foram incluídos na amostra profissionais graduados em enfermagem, efetivamente atuantes, em áreas assistenciais ou gerenciais de hospitais públicos do Distrito Federal (DF).

Análise dos dados

As análises dos dados obtidos na aplicação da NAAS no pré-teste foram realizadas com auxílio do programa Statistical Package for Social Sciences (SPSS) versão 28. O nível de significância admitido em todas as análises foi de 95% (p valor 0,05).

No que se refere ao perfil sociodemográfico da amostra estudada, foram calculadas frequência simples e percentual para as variáveis categóricas e média e desvio padrão para as variáveis numéricas. Estes dados foram obtidos por estatística descritiva.

A estatística inferencial foi utilizada para verificar as hipóteses: 1. O grupo de enfermeiros gerenciais é diferente do grupo de enfermeiros assistenciais em relação às variáveis avaliadas? 2. As variáveis estudadas apresentam correlação?

Os testes adotados foram de estatística não paramétrica, pois os dados não apresentaram normalidade com a verificação do Teste de Shapiro Wilk. Para verificar a diferença entre os grupos foi utilizado o Teste U de Mann Whitney e para estudar as relações entre as variáveis foi utilizado o teste de Correlação de Spearman.

RESULTADOS

Tradução e Adaptação

Os tradutores independentes não relataram dificuldades ou dúvidas em relação às traduções. A síntese das três versões em português resultou no documento denominado Versão 1. Esta versão foi retro traduzida para o inglês, língua original, e enviada para a avaliação das autoras do instrumento original, que aprovaram a retro tradução sem ressalvas.

Posteriormente, a Versão 1 foi encaminhada ao comitê de especialistas e as avaliações obtidas permitiram o cálculo do IVC que demonstrou que esta versão estava equivalente e clara, com índices de 0,69 a 0,99. Os itens 6 e 11 da Seção A apresentaram valores 0,69 e 0,77 respectivamente. Os demais foram avaliados com equivalência e clareza excelentes, superior ou igual a 0,80. Decidiu-se adequar os itens 6 e 11, como pode ser visto no (**Quadro 1**), observando a sugestão dos especialistas e em conjunto com as autoras do instrumento original.

Quadro 1 - Itens da Versão 1 em português da NAAS que foram alterados após avaliação inicial do comitê de especialistas.

Itens	Versão original NAAS	Versão I em português	Versão sugerida pelo painel de especialistas e aprovada pelas autoras originais
6 Seção A	Nurses initiate physical assessments of their patients.	Eu início as avaliações físicas dos meus pacientes.	Eu realizo as avaliações físicas dos meus pacientes.
11 Seção A	Nurses can modify medications, including dosage and method of administration, when indicated by patients' conditions.	Eu posso modificar os medicamentos, incluindo dosagem e método de administração, quando indicado pelas condições dos pacientes.	Eu posso modificar os medicamentos, incluindo dosagem e método de administração, quando indicado pelas condições dos pacientes e de acordo com protocolos assistenciais estabelecidos.

Fonte: Gomes KO e Bampi LNS, 2025.

Após ajustes dos itens 6 e 11, o instrumento na íntegra foi encaminhado, novamente, aos 13 juízes para nova apreciação. Os itens revisados foram considerados adequados e apresentaram IVC maior ou igual a 0,80, sendo aceitos para compor o instrumento na versão final em português.

Desta maneira a NAAS foi considerada traduzida e adaptada para o contexto brasileiro, (**Tabela 1**). Para preservar a propriedade intelectual da escala original e para o reconhecimento dos dados obtidos com enfermeiros brasileiros pelos pares da comunidade internacional, o nome e a sigla original foram mantidos na versão nacional acrescentando-se a sigla BR para fazer referência ao Brasil, NAAS-BR.

Tabela 1 – Versão da NAAS para uso no Brasil, NAAS-BR.

Instrumento Original	Versão do instrumento para o Brasil
Nursing Authority And Autonomy Survey	Escala de Autoridade e Autonomia em Enfermagem
Authority and autonomy in nursing practice questionnaire Section A	Questionário sobre autoridade e autonomia na prática de enfermagem Seção A
I plan the nursing care given to patients on my shift.	1. Eu planejo o cuidado de enfermagem que devo dar aos pacientes no meu turno.
I assess patient responses to actual or potential health problems.	2. Eu avalio as respostas do paciente à problemas de saúde reais ou potenciais.
I change my patient's clinically inappropriate diet.	3. Eu mudo a dieta do meu paciente, quando está clinicamente inadequada.

Instrumento Original	Versão do instrumento para o Brasil
I can decide not to bathe my patient if conditions counter-indicate a bath in my judgement.	4. Eu posso decidir não dar banho no meu paciente se as condições, no meu julgamento, contraindicarem um banho.
I am sometimes required to do things (on my job) that are against my better Professional nursing judgement.	5. * Às vezes eu sou requisitado a fazer coisas (no meu trabalho) que são contrárias ao meu melhor julgamento profissional de enfermagem.
I initiate physical assessments of my patients.	6. Eu realizo as avaliações físicas dos meus pacientes.
I decide what to teach patients and family members about how to prevent illness.	7. Eu decido o que ensinar aos pacientes e familiares sobre como prevenir doenças.
I evaluate patients' responses to medication and treatment regimens prescribed by their physicians.	8. Eu avalio as respostas dos pacientes aos medicamentos e tratamentos prescritos pelos seus médicos.
My nursing role is primarily as an assistant to the physician.	9. Meu papel de enfermeira é principalmente como assistente do médico.
I understand the goals for my unit.	10. Eu entendo os objetivos da minha unidade.
I can modify medications, including dosage and method of administration, when indicated by patients' conditions.	11. Eu posso modificar os medicamentos, incluindo dosagem e método de administração, quando indicado pelas condições dos pacientes e de acordo com protocolos assistenciais estabelecidos.
I make decisions about pain management for my patients.	12. Eu tomo decisões sobre o controle da dor para meus pacientes.
I initiate interactions with other departments to coordinate the care given to my patients.	13. Eu inicio interações com outros departamentos para coordenar o cuidado aos meus pacientes.
I have the freedom in my work to make important decisions as I see fit and can count on my manager to back me up.	14. * Tenho a liberdade em meu trabalho de tomar decisões importantes como achar melhor, e posso contar com meu gerente para me apoiar.
I do many nursing care services for patients that are not under a physician's directions.	15. Eu faço muitos cuidados de enfermagem a pacientes que não estão sob orientações de um médico.
I have too much responsibility and not enough authority.	16. * Eu tenho muita responsabilidade e não tenho autoridade o suficiente.
I initiate teaching patients how to care for themselves while recovering from illness or surgery.	17. Eu inicio os ensinamentos aos pacientes de como cuidarem de si mesmos enquanto se recuperam de uma doença ou cirurgia.
I teach my patients how to cope with chronic illness.	18. Eu ensino meus pacientes a lidarem com doenças crônicas.
I manage equipment and supplies for effective delivery of care to my patients.	19. Eu gerencio equipamentos e suprimentos para uma prestação efetiva de cuidados aos meus pacientes.
I decide on how often to take patients' blood pressures and temperatures.	20. Eu decido com que frequência medir a pressão arterial e a temperatura dos pacientes.
I feel that I am supervised more closely than is necessary.	21. * Eu sinto que sou supervisionado mais de perto do que o necessário.
A great deal of independence is permitted and frequently is required of me.	22. * Muita independência é permitida e frequentemente é exigida de mim.
I question physicians who prescribe inaccurate medications.	23. Eu questiono o médico que prescreve medicamentos incorretos.
I am sometimes frustrated because all of my activities seem programmed for me.	24. * Às vezes fico frustrado porque todas as minhas atividades parecem ter sido programadas para mim.
I initiate discharge planning for my patients.	25. Eu inicio o planejamento de alta dos meus pacientes.
I am accountable for evaluating the nursing care given to my patients.	26. Sou responsável por avaliar os cuidados de enfermagem prestados aos meus pacientes.
I feel I have sufficient input into the plan of care for each of my patients.	27. * Sinto que tenho informação suficiente sobre o plano de cuidados para cada um dos meus pacientes.

Instrumento Original	Versão do instrumento para o Brasil
On my unit, my manager makes all the decisions. I have little direct control over my own work.	28. * Na minha unidade, meu gerente toma todas as decisões. Eu tenho pouco controle direto sobre o meu próprio trabalho.
Importance of Nursing Practice Section B	Importância da prática de enfermagem Seção B
I assess my patients' conditions and their responses to actual or potential health problems.	1. Eu avalio as condições dos meus pacientes e suas respostas à problemas de saúde reais ou potenciais.
I plan the nursing care I give to my patients on my shift.	2. Eu planejo os cuidados de enfermagem que forneço aos meus pacientes no meu turno.
I decide what to teach patients and their significant others about illness and care.	3. Eu decido o que ensinar aos pacientes e seus acompanhantes sobre doenças e cuidados.
I evaluate my patients' responses to nursing care and to their therapeutic regimen.	4. Eu avalio as respostas dos meus pacientes aos cuidados de enfermagem e ao seu regime terapêutico.
I have a great deal of independence in my work.	5. * Eu tenho muita independência no meu trabalho.
I have complete accountability for my patients.	6. Eu tenho total responsabilidade por meus pacientes.
I have sufficient input into how my care is evaluated.	7. * Eu tenho informação suficiente sobre como meu cuidado é avaliado.
I have a great deal of control over how actually deliver care to my patients.	8. * Eu tenho um grande controle sobre como realmente prestar assistência aos meus pacientes.
How important to you is autonomy in your nursing practice?	9. * Quão importante para você é a autonomia em sua prática de enfermagem?
How important to you is your nursing authority to deliver patient care?	10. Quão importante para você é a sua autoridade de enfermagem para prestar cuidados ao paciente?
*Autonomy Statements	*Declarações de autonomia.

Fonte: Gomes KO e Bampi LNS, 2025.

Pré-teste

A aplicabilidade da NAAS-BR foi avaliada no pré-teste. O instrumento é de fácil acesso, compreensão e resposta. O tempo de preenchimento é de 15 a 20 minutos. Participaram do pré-teste 60 enfermeiros divididos em dois grupos: 30 enfermeiros assistenciais (GEA) e 30 enfermeiros gerentes (GEG). A maioria eram mulheres, sendo 78,3% no GEA e 70% no GEG, e 73,3% possuíam especialização. A idade média no GEA era de 31,1 anos e no GEG 34,73 anos e o desvio padrão era 6,12 e 5,63 anos respectivamente. Quanto ao tempo de experiência profissional, a média foi de 6,67 anos para o GEA e 10,87 anos para o GEG. Não houve diferença significativa entre os grupos quanto a carga horária dedicada ao trabalho.

Nesta amostra os enfermeiros gerentes eram mais velhos, graduados a mais tempo e com mais experiência profissional. Em relação ao escore total da NAAS-BR (seção A + seção B), a média obtida foi de 152,13 para o GEG e 140,83 para o GEA.

A comparação entre os grupos não demonstrou diferença no tocante a percepção sobre autonomia profissional. Contudo, o GEG apresentou maior percepção de autoridade, importância da autoridade e importância da autonomia, quando comparado ao GEA. Esses dados confirmam parcialmente a hipótese 1 do pré-teste, de que o GEG é diferente do GEA.

A Seção A apresentou correlação significativa com os conceitos que a compõem. Correlação forte com o conceito de autoridade e correlação média a forte com o conceito de autonomia. Autoridade e autonomia não apresentaram correlação significativa, o que demonstrou que os participantes não percebiam que ter autoridade estava relacionado com ter autonomia e vice-versa. Não houve, na amostra estudada, relação entre nível de autoridade e de autonomia, nível de autoridade e importância da autonomia, autonomia e importância da autoridade. Esse resultado expressa que os conceitos, autonomia e autoridade, apesar de próximos não se confundem ou estão correlacionados, conforme exposto na (Quadro 2).

Quadro 2 – Correlação das variáveis desfecho NAAS-BR pré-teste com enfermeiros gerentes e assistenciais.

Variáveis		Autoridade	Autonomia	Escore Total B	Importância Autoridade	Importância Autonomia
Escore Total Seção A	Coefficiente p-valor	,908** ,000	,548** ,000	,450** ,000	,496** ,000	,308** ,017
Autoridade	Coefficiente p-valor		,209 ,108	,346** ,007	,507** ,000	,166 ,206
Autonomia	Coefficiente p-valor		-	,335** ,009	,148 ,260	,371** ,004
Escore Total Seção B	Coefficiente p-valor		-		,704** ,000	,858** ,000
Importância Autoridade	Coefficiente p-valor		-			,513** ,000

Nota: **correlação significativa: correlações médias (0,30 a 0,60) e fortes (>0,60).

Fonte: Gomes KO e Bampi LNS, 2025.

DISCUSSÃO

A tradução e a adaptação transcultural são fundamentais para uso de escalas desenvolvidas em outros países ou regiões. São processos que levam em consideração tanto a linguagem quanto a cultura. As características regionais devem ser consideradas no desenvolvimento de uma nova versão de um instrumento (FORTES CPDD e ARAÚJO APQC, 2019).

Com este foco, na presente pesquisa, a avaliação da ferramenta por comitê de especialistas apontou a necessidade de alguns ajustes, com destaque para o item 11 da Seção A, o qual apresentou 0,77 pontos no IVC relacionado à equivalência cultural. O escore abaixo dos demais itens da escala, pode ser explicado pelas diferenças culturais entre o país de origem do instrumento, os EUA, e a realidade brasileira. O item 11 está relacionado à autonomia prescritiva do enfermeiro, que apesar de ser prática legalmente assegurada no Brasil, guiada por protocolos, ainda é pouco difundida (SILVA AV, et al., 2020).

Os questionamentos sobre a prescrição de medicamentos por enfermeiros no Brasil vêm sendo feitos há anos, não apenas por médicos e outros profissionais, mas também pelos próprios enfermeiros que em grande parte não compreendem a prescrição como parte de suas atribuições. Uma possível justificativa para isso poderia ser a hegemonia médica e a estrutura organizacional dos serviços de saúde que ainda se baseiam no modelo biomédico, centrado no médico (MAGNAGO C e PIERANTONI CR, 2020).

No mundo é crescente a ação prescritiva por enfermeiros. Na Europa 13 países têm leis sobre prescrição de medicamentos por enfermeiros, dos quais 12 já as aplicam nacionalmente Chipre, Dinamarca, Espanha, Estônia, Finlândia, França, Holanda, Irlanda, Noruega, Polônia, Reino Unido e Suécia e um regionalmente, Canton Vaud, Suíça. A extensão dos direitos de prescrição é variável de todos os medicamentos dentro das especializações dos enfermeiros a um conjunto limitado de drogas. Todos os países possuem regulamentações e requisitos educacionais mínimos para garantir a segurança do paciente e alguns ainda requerem algum tipo de supervisão médica (MAIER CB, 2019). Ainda que não seja realidade no Brasil, a formação de enfermeiros em práticas avançadas (EPA) tem despontado, nos países em que é regulamentada, como um profissional capaz de responder às necessidades da população em cuidados críticos e de emergência, saúde materna, da criança e do adulto e do idoso. A EPA tem potencial para fortalecer e ampliar a atuação autônoma dos enfermeiros e o acesso equitativo à saúde e a cobertura universal, especialmente em serviços comunitários e destinados às pessoas em condições de vulnerabilidade.

Nesses espaços, o EPA está preparado para o cuidado clínico e, adicionalmente, para a participação ativa em ações de educação/ensino, pesquisa, gerenciamento e liderança, além, evidentemente, da atenção clínica. No cuidado clínico possibilita a admissão, a solicitação de exames e a prescrição de medicamentos, entre outras práticas (CASSIANI SHB e DIAS BM, 2022). Ampliar os EPA têm se mostrado uma estratégia eficiente e segura, além de representar um menor custo para os sistemas de saúde (PÜSCHEL VAA, et al., 2022). Nos EUA, onde a prescrição por enfermeiros está amparada em lei, as enfermeiras de atenção primária revelaram que a autonomia profissional é potencializada pela independência prescritiva (PARK J, et

al., 2018). Essas constatações demonstram que a necessidade de ajustes no item 11 da NAAS-BR pode estar relacionada à falta de valorização do ato de prescrever pelos enfermeiros no Brasil.

A ação prescritiva para muitos enfermeiros brasileiros não faz parte do rol de funções da profissão (SILVA AV, et al., 2020; MAGNAGO C e PIERANTONI CR, 2020). Isso traz à tona a reflexão de que a existência de normativas legais por si só não são suficientes para garantir a autonomia profissional. Os escores fornecidos pela aplicação da NAAS-BR no pré-teste permitiram avaliar as diferenças entre os GEG e o GEA. A percepção de autonomia e de autoridade foi maior entre os GEG. Este achado também foi encontrado em pesquisa realizada com enfermeiras na Turquia e na Malásia (BASARAN AC e DINÇ L, 2018; GEOK TB, et al., 2020).

Nesta pesquisa, assim como no estudo turco de Basaran AS e Dinç L (2018), as variáveis estudadas apresentaram escores moderadamente altos ou altos sobre autoridade, indicando valorização deste conceito em ambos os grupos, GEA e GEG. Em relação a autonomia, a pesquisa turca encontrou escores moderadamente baixos, diferente da presente pesquisa em que os escores foram moderados assim como os achados do estudo malasiano (BASARAN AC e DINÇ L, 2018; GEOK TB, et al., 2020). Em relação às variáveis importância de autoridade e importância de autonomia, tanto este estudo como o turco e o malasiano encontraram resultados que podem ser considerados altos ou moderadamente altos (BASARAN AC e DINÇ L, 2018; GEOK TB, et al., 2020). Vale ressaltar que o nível de autonomia e de autoridade das enfermeiras também está relacionado ao contexto social, cultural e moral do país onde vivem. Em sendo uma profissão eminentemente feminina, como demonstra a amostra estudada, é afetada por questões de gênero.

Nas nações nas quais as mulheres têm autonomia e autoridade limitada, as enfermeiras também sofrem essa influência (ALRUWAILI MM e ABUADAS FH, 2023; BASARAN AC e DINÇ L, 2018; HARA Y, et al., 2020). Ademais a profissão cresceu junto a medicina, uma das profissões patriarcais mais poderosas do século XX, e está relacionada ao setor de serviços, que por sua natureza representa uma extensão do lar (cuidado, limpeza, alimentação) e é afetada pela desvalorização social e precariedade laboral (AYALA R, 2020). O conhecimento científico é considerado um poderoso pilar para a obtenção de maior autonomia pelo enfermeiro (TÜRK G, et al., 2021; ALRUWAILI MM e ABUADAS FH, 2023). O embasamento da prática profissional em protocolos e o uso da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) são fundamentais para estruturar os processos de trabalho levando a um maior reconhecimento da profissão pelos próprios enfermeiros, pela equipe assistencial, pelo paciente e pela sociedade (RIBEIRO JP, et al., 2019).

Limitações do estudo

A limitação do estudo se refere a uma limitação do instrumento, que por ter sido elaborado e validado originalmente para ser utilizado em enfermeiros que trabalham em ambiente hospitalar, âmbito clínico, pode necessitar de modificações para emprego em outras áreas da assistência à saúde.

Contribuições para a área da Enfermagem

A existência de uma ferramenta para mensurar autonomia e autoridade de enfermeiros traduzida e adaptada para uso no Brasil pode permitir que se realizem avaliações desses requisitos em diferentes grupos refletindo valores tão caros ao exercício da prática profissional e que interferem diretamente na qualidade da assistência prestada aos pacientes.

CONCLUSÃO

O processo de tradução e adaptação transcultural da NAAS não apresentou dificuldades expressivas para a obtenção de uma linguagem adequada ao português do Brasil. Seguindo padrões metodológicos, os resultados ora apresentados revelam que o processo de tradução adaptou o conteúdo do instrumento ao contexto brasileiro de modo claro, objetivo e compreensível. A NAAS-BR mostrou-se apropriada, na amostra estudada no pré-teste, para mensurar autonomia e autoridade de enfermeiros assistenciais e gerentes no contexto clínico e permitiu ainda comparar os grupos. O instrumento necessita, contudo, ser avaliado em relação as propriedades psicométricas. É necessário realizar a validação da NAAS-BR para melhor comparação dos dados e aplicação do instrumento em distintos grupos de enfermeiros.

REFERÊNCIAS

1. ALLAHBAKHSIAN M, et al. Barriers to intensive care unit nurses' autonomy in Iran: a qualitative study . *Nursing Outlook*, 2017; 65(4): 392 – 399.
2. ALRUWAILI MM e ABUADAS FH. Professional autonomy among nurses in Saudi Arabian critical care units. *BMC Nurs*, 2023; 22(1): 224.
3. AYALA R. Nursing, patriarchy and Society: the public-private fight that is now. *Rev Urug Enferm*, 2020; 15(1): 1-4.
4. BASARAN AS e DINÇ L. Turkish adaptation and psychometric characteristics of the Nursing Authority and Autonomy Scale. *J Nurs Manag*, 2018; 26(6): 735.
5. BEATON DE, et al. Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. *Spine*, 2000; 25(24): 3186-91.
6. BEATON DE, et al. Recommendations for the cross-cultural adaptation of the DASH & QuickDASH outcome measures. Institute for Work & Health, 2007.
7. BLANCHFIELD KC e BIORDI DL. Power in practice: a study of nursing authority and autonomy. *Nursing Administration Quarterly*, 1996; 20(3): 42-49.
8. CASSIANI SHB e DIAS BM. Perspectives for advanced practice nursing in Brazil. *Rev Esc Enferm USP*, 2022; 56: 20210406.
9. COSTA RLM, et al. The professional autonomy of nursing in pandemic times. *Rev Gaúcha de Enferm*, 2021; 42: 20200404.
10. FORTES CPDD e ARAÚJO APQC. Check list for healthcare questionnaires cross-cultural translation and adaptation. *Cad Saúde Colet*, 2019; 27(2): 202-9.
11. GASPARINO RC e GUIARDELLO EB. Translation and cross-cultural adaptation of the "Nursing Work Index - Revised" into Brazilian Portuguese. *Acta Paul Enferm*, 2009; 22(3): 281-7.
12. GASPARINO RC e GUIARDELLO EB. Validation of the practice environment scale to the Brazilian culture. *J Nurs Manag*, 2017; 25(5):375-83.
13. GASPARINO RC, et al. Validation of the Brazilian version of the Nursing Work Index-Revised (B-NWI-R). *J Clin Nurs*, 2011; 20(23-24): 3494-50.
14. GEOK TB, et al. Critical care nurses' autonomy and authority in nursing practice. *Journal of Malaysian Nurse Association*, 2020; 14: 60-69.
15. GILES M, et al. How do nurse consultant job characteristics impact on job satisfaction? an Australian quantitative study. *BMC Nursing*, 2017; 16: 51.
16. GRINBERG K e SELA Y. Expanding nurses' authority - physicians' and nurses' attitudes. *Appl Nurs Res*, 2022; 63: 151550.
17. HARA Y, et al. The impact of changes in professional autonomy and occupational commitment on nurses' intention to leave: a two-wave longitudinal study in Japan. *Int J Environ Res Public Health*, 2020; 17: 6120.
18. LABRAGUE LJ, et al. Predictors and outcomes of nurse professional autonomy: a cross-sectional study. *Int J Nurs Pract*, 2019; 25(1): 12711.
19. MAGNAGO C e PIERANTONI CR. Nursing training and their approximation to the assumptions of the National Curriculum Guidelines and Primary Health Care. *Cien Saude Colet*, 2020; 25(1): 15-24.
20. MAIER CB. Nurse prescribing of medicines in 13 European countries. *Maier Human Resources for Health*, 2019; 17: 95.
21. MCKENNA J e JESKE D. Ethical leadership and decision authority effects on nurses' engagement, exhaustion, and turnover intention. *J Adv Nurs*, 2021; 77(1): 198-206.
22. MOLDESTAD M, et al. Comparable, but distinct: perceptions of primary care provided by physicians and nurse practitioners in full and restricted practice authority states. *J Adv Nurs*, 2020; 76(11): 3092-3103.
23. PARK J, et al. To what extent are state scope of practice laws related to nurse practitioners' day-to-day practice autonomy? *Med Care Res Rev*, 2018; 75(1): 67-87.
24. PERES MAA, et al. Professional Autonomy as Centrality in Best Practices in Nursing. *Rev Bras Enferm*, 2020; 73(2): 20180373.
25. PETRY S, et al. Autonomy of nursing and its trajectory in the construction of a profession. *Hist Enferm Rev Eletr*, 2019; 10(1): 66-75.
26. PURSIO K, et al. Professional autonomy in nursing: na integrative review. *J Nurs Manag*, 2021; 29: 1565–1577.
27. PÜSCHEL VAA, et al. Advanced Practice Nursing in Brazil: how are we and what is missing? *Rev Esc Enferm USP*, 2022; 56: 20210455.
28. RIBEIRO JP, et al. Productivity of subjectivity and autonomy of nursing professionals in Pediatrics. *Rev Bras Enferm*, 2019; 72: 41-8.
29. SILVA AV, et al. Cenário sociohistórico do código de ética, direitos e deveres do profissional de enfermagem no Brasil. *REVisA*, 2020; 9(3): 369-74.
30. TRISYANI Y e WINDSOR C. Expanding knowledge and roles for authority and practice boundaries of Emergency Department nurses: a grounded theory study. *Int J Qual Stud Health Well-being*, 2019; 14(1): 1563429.
31. TÜRK G, et al. Autonomy Levels and Professional Attitudes of Nurse Educators. *Florence Nightingal. J Nurs*, 2021; 29(1): 22-29.