

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS ODONTOLÓGICAS**

AMANDA VIEIRA BAROLLO

**TRADUÇÃO, ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL E AVALIAÇÃO DAS  
PROPRIEDADES DE MEDIDA DO KACE (KNOWLEDGE, ATTITUDES, ACCESS,  
AND CONFIDENCE) APLICADO À ODONTOLOGIA BASEADA EM EVIDÊNCIA**

VITÓRIA - ES  
2025

AMANDA VIEIRA BAROLLO

**TRADUÇÃO, ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL E AVALIAÇÃO DAS  
PROPRIEDADES DE MEDIDA DO KACE (KNOWLEDGE, ATTITUDES, ACCESS,  
AND CONFIDENCE) APLICADO À ODONTOLOGIA BASEADA EM EVIDÊNCIA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Odontológicas da Universidade Federal do Espírito Santo como requisito para o título de Mestre em Ciências Odontológicas. Linha de Pesquisa do Programa: Epidemiologia, Promoção de saúde bucal e Ensino odontológico.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Luciana Faria Sanglard.  
Co-orientador: Prof<sup>o</sup> Dr<sup>o</sup> Murilo Fernando Neuppmann Feres.

VITÓRIA - ES

2025

Ficha catalográfica disponibilizada pelo Sistema Integrado de Bibliotecas - SIBI/UFES e elaborada pelo autor

---

B264t Barollo, Amanda Vieira, 1996-  
Tradução, adaptação transcultural e avaliação das propriedades de medida do KACE (Knowledge, Attitudes, Access, and Confidence) aplicado à Odontologia Baseada em Evidência / Amanda Vieira Barollo. - 2025.  
154 f. : il.

Orientadora: Luciana Faria Sanglard.  
Coorientador: Murilo Fernando Neuppmann Feres.  
Dissertação (Mestrado em Ciências Odontológicas) - Universidade Federal do Espírito Santo, Centro de Ciências da Saúde.

1. Odontologia Baseada em Evidências. 2. Prática Clínica Baseada em Evidências. 3. Estudo de validação. 4. Traduções. 5. Inquéritos e Questionários. I. Sanglard, Luciana Faria. II. Feres, Murilo Fernando Neuppmann. III. Universidade Federal do Espírito Santo. Centro de Ciências da Saúde. IV. Título.

CDU: 616.314

---



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS ODONTOLÓGICAS**

**38ª ATA DE DEFESA DE DISSERTAÇÃO DE MESTRADO EM CIÊNCIAS ODONTOLÓGICAS**

**Ata da sessão de Defesa da Dissertação de Mestrado em Ciências Odontológicas do Centro de Ciências Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo, Defesa da Dissertação de Mestrado da aluna Amanda Vieira Barollo,, candidata ao grau de Mestre em Ciências Odontológicas. Às 9h. do dia 21/07/2025, via Conferência Web RNP, a presidente da Comissão Examinadora, Professora Luciana Faria Sanglard , iniciou a sessão apresentando a Comissão constituída, por ela, que é a Orientadora e pelas Professoras Cristine Miron Stefani (Examinadora Externa) -UnB e Maria Helena Monteiro de Barros Miotto(Examinadora Interna) – UFES. A seguir, a presidente passou à palavra a candidata, que, em 30 minutos, apresentou a sua dissertação, intitulada "Tradução, adaptação transcultural e avaliação das propriedades de medida do KACE (Knowledge, Attitudes, Access, and Confidence) aplicado à odontologia baseada em evidência". Finda a apresentação, a presidente passou a palavra aos membros da Comissão para procederem à arguição da candidata. Finda a arguição, a presidente convidou a Comissão para dirigir-se a uma sala reservada, para deliberação. Após a deliberação, a Comissão retornou, e a presidente informou aos presentes que a dissertação fora APROVADA e que a aluna fará jus ao título de Mestre em Ciências Odontológicas após o depósito da Dissertação com as alterações exigidas pela Banca Examinadora no Repositório Institucional da UFES. Logo após, a presidente declarou encerrada a sessão, e eu, Regina Lucia Sales, lavrei a presente ata, que é assinada pelos membros da Comissão Examinadora. Vitória, 21/07/2025.**

---

Prof.ª Dr.ª Luciana Faria Sanglard (Orientadora) – UFES

---

Prof.ª Dr.ª Cristine Miron Stefani Examinadora Externa) – UnB

Documento assinado digitalmente  
CRISTINE MIRON STEFANI  
Data: 21/07/2025 18:56:49 -0300  
Verifique em <https://validar.dl.gov.br>

---

Prof.ª Dr.ª Maria Helena Monteiro de Barros Miotto (Examinadora Interna) – UFES



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO

**PROTOCOLO DE ASSINATURA**



O documento acima foi assinado digitalmente com senha eletrônica através do Protocolo Web, conforme Portaria UFES nº 1.269 de 30/08/2018, por  
LUCIANA FARIA SANGLARD - SIAPE 3649539  
Departamento de Clínica Odontológica - DCO/CCS  
Em 21/07/2025 às 18:35

Para verificar as assinaturas e visualizar o documento original acesse o link: <https://api-lepisma.prod.uks.ufes.br/arquivos-assinados/1168014?tipoArquivo=O>



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO

**PROTOCOLO DE ASSINATURA**



O documento acima foi assinado digitalmente com senha eletrônica através do Protocolo Web, conforme Portaria UFES nº 1.269 de 30/08/2018, por  
**MARIA HELENA MONTEIRO DE BARROS MIOTTO - PROFESSOR VOLUNTÁRIO**  
Coordenação do Programa de Pós-Graduação em Ciências Odontológicas - PPGCO/CCS  
Em 24/07/2025 às 09:09

Para verificar as assinaturas e visualizar o documento original acesse o link: <https://api-lepisma.prod.uks.ufes.br/arquivos-assinados/1169684?tipoArquivo=O>

AMANDA VIEIRA BAROLLO

**TRADUÇÃO, ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL E AVALIAÇÃO DAS  
PROPRIEDADES DE MEDIDA DO KACE (KNOWLEDGE, ATTITUDES, ACCESS,  
AND CONFIDENCE) APLICADO À ODONTOLOGIA BASEADA EM EVIDÊNCIA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Odontológicas da Universidade Federal do Espírito Santo como requisito para o título de Mestre em Ciências Odontológicas.

Aprovada em 21 de julho de 2025

**COMISSÃO EXAMINADORA**

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Luciana Faria Sanglard  
Universidade Federal do Espírito Santo (UFES)  
Orientadora

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup> Cristine Miron Stefani  
Universidade de Brasília (UnB)

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup> Maria Helena Monteiro de Barros Miotto  
Universidade Federal do Espírito Santo (UFES)

**“Àquele que é poderoso para fazer infinitamente mais do que tudo quanto pedimos ou pensamos, conforme o seu poder que opera em nós.”  
Efésios 3:20**

## AGRADECIMENTOS

Agradeço, primeiramente, a Deus, por ter me sustentado nessa caminhada, renovando minhas forças e mantendo a minha paz nos momentos mais incertos.

À minha família, meus pais e minha irmã, meu primeiro alicerce, por cada gesto de apoio, por acreditarem em mim, mesmo quando não compreendiam exatamente o que eu estava fazendo. A vocês, todo o meu amor e gratidão — esse caminho também é de vocês.

À minha orientadora, Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Luciana Faria Sanglard — ou simplesmente Lu —, obrigada por caminhar ao meu lado com tanta generosidade, paciência e sensibilidade. Obrigada por confiar em mim, mesmo nos momentos em que eu estava insegura, e por me guiar com firmeza e cuidado. Você é um exemplo e inspiração para mim.

Ao meu coorientador, Prof<sup>º</sup> Dr<sup>º</sup> Murilo Feres, meu carinho e agradecimento pelas contribuições, escuta atenta e considerações que ampliaram meu entendimento.

Aos professores do Programa de Pós-graduação em Ciências Odontológicas, por cada aula, cada conversa e cada inspiração. Levo comigo não só o conhecimento, mas também os exemplos de ética, dedicação e humanidade.

Agradeço às Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup> Maria Helena Monteiro de Barros Miotto e Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Luciana Butini pelas contribuições ao longo de todo o desenvolvimento deste trabalho, especialmente nas etapas de qualificação. Sou grata pela disponibilidade, apoio e dedicação em cada consideração.

A todos os professores que colaboraram para a realização deste trabalho, meus sinceros agradecimentos pela parceria, pela troca de conhecimentos e pela disponibilidade em cada etapa desta jornada. Em especial, agradeço às professoras Dr<sup>ª</sup> Cristine Stefani, da Universidade de Brasília (UnB), e Dr<sup>ª</sup> Graziela De Luca Canto, da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), por suas disponibilidades ao longo deste percurso.

Agradeço, com carinho, às Mestres Liana Misson Paulin, por já trilhar este caminho de pesquisa e por compartilhar sua experiência, e Cíntia Lemos, pelo apoio

na aplicação e condução dos questionários. Suas contribuições foram essenciais para o desenvolvimento deste trabalho.

Às tantas pessoas que gentilmente dedicaram seu tempo para responder ao questionário desta pesquisa — alunos de graduação, pós-graduandos e doutores em Odontologia —, meu mais sincero agradecimento. Sem a participação de cada um de vocês, este trabalho não teria sido possível.

À Regina, secretária do programa, pelo suporte atencioso e pela prontidão em auxiliar em todas as etapas.

À FAPES, pelo apoio por meio da bolsa de pesquisa e pelo incentivo à divulgação deste trabalho em eventos científicos.

Às amigas que a vida acadêmica me deu, Amanda M., Ana Carla, Bárbara, Lorryne, Mariana e Rebeca, por compartilharem comigo essa jornada. Cada uma de vocês trouxe algo único, tornando esse período mais leve e inesquecível, com risadas, cafés, almoços e apoio constante.

Aos meus amigos de sempre, que torceram por mim, celebraram comigo e me acolheram em tantos momentos, meu carinho e gratidão. Obrigada por seguirem presentes, mesmo com a correria do dia a dia.

E, por último — mas sem dúvida, o mais especial —, ao meu namorado, Gabriel Ferrari, por ser meu porto seguro. Obrigada por estar ao meu lado em todos os momentos, por me acolher nas dificuldades, por comemorar comigo cada pequena vitória — às vezes, mais do que eu mesma. Obrigada por tanto amor.

## RESUMO GERAL

O instrumento KACE (Knowledge, Attitudes, Access, and Confidence) foi desenvolvido para avaliar desfechos do treinamento em Prática Baseada em Evidências na Odontologia. Este estudo teve como objetivo realizar a adaptação transcultural e análise de propriedades de medida do KACE para o português brasileiro. O processo seguiu oito etapas: 1) tradução independente por dois tradutores bilíngues; 2) síntese das traduções em uma versão consensual; 3) retrotradução por dois tradutores independentes; 4) análise por comitê de especialistas para elaboração da versão pré-final; 5) pré-teste com o público-alvo (estudantes do 2º período de graduação); 6) aplicação dos testes (pré-treinamento, pós-treinamento e reteste); 7) submissão da versão adaptada aos desenvolvedores; e 8) avaliação de propriedades de medida. O estudo foi conduzido com uma amostra de 124 participantes (75 graduandos, 35 pós-graduandos e 14 especialistas), vinculados às instituições Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), Universidade de Brasília (UnB) e Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). As análises demonstraram que a versão brasileira do KACE apresentou validade de conteúdo adequada, com ajustes necessários em alguns itens identificados na análise fatorial confirmatória: Questão (Q) 6 da escala “Conhecimento de Análise Crítica”, Q7 e Q8 da escala “Atitudes sobre a PBE”, Q1, Q2 e da escala “Acesso à Evidência”). A consistência interna foi considerada aceitável, especialmente na “Confiança nas Habilidades de Análise Crítica” ( $\alpha$  entre 0,7075 e 0,9261). A confiabilidade teste-reteste foi satisfatória, com coeficientes de correlação intraclassa variando de 0,52 a 0,81. O instrumento demonstrou validade discriminante, diferenciando especialistas de graduandos em todas as escalas. A responsividade foi confirmada, com aumento significativo nos escores após intervenção educativa ( $p < 0,05$ ). Conclui-se que a versão brasileira do KACE apresenta evidências de validade e confiabilidade, podendo ser implementado na avaliação das competências em prática baseada em evidências no contexto odontológico brasileiro.

**Palavras-chave:** Odontologia Baseada em Evidências; Prática Clínica Baseada em Evidências; Estudo de validação; Traduções; Inquéritos e Questionários.

## ABSTRACT

The KACE instrument (Knowledge, Attitudes, Access, and Confidence) was developed to assess outcomes of Evidence-Based Practice (EBP) training in Dentistry. This study aimed to carry out the translation, cross-cultural adaptation, and measurement property analysis of the KACE for Brazilian Portuguese. The process followed eight steps: 1) independent translation by two bilingual translators; 2) synthesis of the translations into a consensus version; 3) back-translation by two independent translators; 4) expert committee review to produce the pre-final version; 5) pre-testing with the target population (2<sup>nd</sup> semester undergraduate students); 6) administration of the tests (pre-training, post-training, and retest); 7) submission of the adapted version to the original developers; and 8) evaluation of measurement properties. The study was conducted with a sample of 124 participants (75 undergraduate students, 35 graduate students, and 14 experts) from the Federal University of Espírito Santo (UFES), University of Brasília (UnB), and Federal University of Santa Catarina (UFSC). Analyses demonstrated that the Brazilian version of the KACE showed adequate content validity, with some necessary adjustments in specific items identified through confirmatory factor analysis: item Q6 from the “Critical Appraisal Knowledge” scale, items Q7 and Q8 from the “Attitudes toward EBP” scale, and items Q1 and Q2 from the “Access to Evidence” scale. Internal consistency was considered acceptable, especially in the “Confidence in Critical Appraisal Skills” scale (Cronbach’s  $\alpha$  ranging from 0.7075 to 0.9261). Test-retest reliability was satisfactory, with intraclass correlation coefficients ranging from 0.52 to 0.81. The instrument demonstrated discriminant validity by differentiating experts from undergraduates across all scales. Responsiveness was confirmed, with a significant increase in scores after the educational intervention ( $p < 0.05$ ). It is concluded that the Brazilian version of the KACE presents evidence of validity and reliability, representing a promising tool for assessing competencies in evidence-based practice within the Brazilian dental context.

**Keywords:** Evidence-Based Dentistry; Evidence-Based Clinical Practice; Validation Study; Translations; Surveys and Questionnaires.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANOVA	Analysis of Variance (Análise de Variância)
CAAE	Certificado de Apresentação de Apreciação Ética
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CFI	Comparative Fit Index
CFA	Confirmatory Factor Analysis (Análise Fatorial Confirmatória)
COSMIN	Consensus-based Standards for the selection of health Measurement Instruments
DDS	Doctor of Dental Surgery
ICC	Intraclass Correlation Coefficient (Coeficiente de Correlação Intraclasse)
KACE	Knowledge, Attitudes, Access, and Confidence Evaluation
OBE	Odontologia Baseada em Evidências
MBE	Medicina Baseada em Evidência
PBE	Prática Baseada em Evidência
PICO	Patient, Intervention, Comparison, Outcome
TLI	Tucker-Lewis Index
T1	Tradutor 1
T2	Tradutor 2
T12	Síntese das traduções T1 e T2
T12	Síntese das traduções T1 e T2
RMSEA	Root Mean Square Error of Approximation
RT1	Retrotradutor 1
RT2	Retrotradutor 2
RT12	Síntese das retrotraduções T1 e T2
UFES	Universidade Federal do Espírito Santo
UFSC	Universidade Federal de Santa Catarina
UnB	Universidade de Brasília

## LISTA DE FIGURAS

**Figura 1.** Representação gráfica das etapas do estudo .....21

### Artigo 1

**Figura 1.** Representação gráfica das etapas do estudo .....32

**Figura 2.** Distribuição das respostas dos participantes em cada questão das quatro escalas do instrumento KACE .....37

**Figura 3.** Distribuição das porcentagens de respostas corretas na escala “Conhecimento de Análise Crítica” do instrumento KACE (Anexo B) .....38

**Figura 4.** Box plot dos escores das escalas e do escore total em função do treinamento para graduação e especialistas .....44

### Artigo 2

**Figura 1.** Distribuição das respostas dos participantes em cada questão das quatro escalas do instrumento KACE .....50

**Figura 3.** Distribuição das porcentagens de respostas corretas na escala “Conhecimento de Análise Crítica” do instrumento KACE (Anexo B) .....51

**Figura 4.** Box plot dos escores das escalas e do escore total em função do treinamento para graduação e especialistas .....56

## LISTA DE TABELAS

### Artigo 1

<b>Tabela 1.</b> Análise descritiva das variáveis de perfil dos alunos de Graduação (n=75) e Especialistas (n=14) participantes do estudo .....	35
<b>Tabela 2.</b> Cargas fatoriais, p-valores da análise fatorial confirmatória e alfa de Cronbach para todos os domínios do instrumento (completo e excluindo questões indicadas pela AFC) .....	40
<b>Tabela 3.</b> Covariâncias e p-valores da análise fatorial confirmatória .....	41
<b>Tabela 4.</b> Resultados das análises de correlação intraclasse (ICC) entre os momentos pós treinamento e reteste .....	41
<b>Tabela 5.</b> Escores de cada escala e escore total para os participantes de graduação no teste e reteste .....	42
<b>Tabela 6.</b> Análise comparativa das respostas ao instrumento KACE por graduandos comparados as respostas dos especialistas .....	43

### Artigo 2

<b>Tabela 1.</b> Análise descritiva das variáveis de perfil dos alunos de Pós-Graduação (n=35) e Especialistas (n=14) participantes do estudo .....	48
<b>Tabela 2.</b> Cargas fatoriais e p-valores da análise fatorial confirmatória .....	52
<b>Tabela 3.</b> Resultados das análises de correlação intraclasse (ICC) entre os momentos pós treinamento e reteste .....	54
<b>Tabela 4.</b> Escores de cada escala e escore total para os participantes de graduação no teste e reteste .....	54
<b>Tabela 5.</b> Análise comparativa das respostas ao instrumento KACE por graduandos comparados as respostas dos especialistas .....	55

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO GERAL.....</b>	<b>12</b>
<b>2. OBJETIVOS.....</b>	<b>14</b>
<b>2.1. Objetivo geral .....</b>	<b>14</b>
<b>2.2. Objetivos específicos .....</b>	<b>14</b>
<b>3. METODOLOGIA .....</b>	<b>15</b>
<b>3.1. Desenho .....</b>	<b>15</b>
<b>3.2. Descrição do instrumento.....</b>	<b>15</b>
<b>3.3. Participantes .....</b>	<b>16</b>
<b>3.4. Adaptação transcultural .....</b>	<b>17</b>
<b>3.5. Variáveis sociodemográficas .....</b>	<b>23</b>
<b>3.6. Propriedades de medida avaliadas .....</b>	<b>23</b>
<b>4. RESULTADOS .....</b>	<b>25</b>
<b>4.1. Resultados gerais .....</b>	<b>25</b>
<b>4.2. Artigo 1 - Tradução, adaptação transcultural e análise de propriedades de medida do instrumento KACE (Knowledge, Attitudes, Access, and Confidence) entre graduandos em odontologia .....</b>	<b>25</b>
4.2.1. Introdução.....	27
4.2.2. Métodos.....	28
4.2.3. Resultados.....	33
4.2.4. Discussão .....	43
4.2.5. Conclusão.....	43
4.2.6. Referências.....	48
<b>4.3. Artigo 2 - Análise de propriedades de medida do instrumento KACE (Knowledge, Attitudes, Access, and Confidence) entre estudantes de pós-graduação em odontologia .....</b>	<b>51</b>
4.3.1. Introdução.....	52
4.3.2. Métodos.....	53
4.3.3. Resultados.....	55

4.3.4. Discussão .....	62
4.3.5. Conclusão.....	62
4.3.6. Referências.....	65
<b>5. CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>67</b>
<b>REFERÊNCIAS GERAIS .....</b>	<b>68</b>
<b>APÊNDICE A – TABELAS DETALHADAS .....</b>	<b>50</b>
<b>APÊNDICE B – VERSÃO FINAL DO INSTRUMENTO ADAPTADO.....</b>	<b>101</b>
<b>APÊNDICE C – RELAÇÃO DE CONTEÚDOS DAS DISCIPLINAS.....</b>	<b>106</b>
<b>ANEXO A – AUTORIZAÇÃO DO AUTOR DO INSTRUMENTO ORIGINAL.....</b>	<b>108</b>
<b>ANEXO B – APROVAÇÕES DOS COMITÊS DE ÉTICA .....</b>	<b>110</b>
<b>ANEXO C – NORMAS DA REVISTA .....</b>	<b>128</b>

## 1. INTRODUÇÃO GERAL

Medicina Baseada em Evidências (MBE) refere-se à abordagem em que o uso consciente, explícito e criterioso das melhores evidências científicas, associadas à experiência profissional e às preferências e valores do paciente orientam o cuidado em saúde (Sackett, 1996; Chiappelli, 2019). Essa abordagem foi ampliada para outras áreas, sendo denominada Prática Baseada em Evidências (PBE) (Dawes et al., 2005; Ismail; Bader, 2004).

A avaliação da aprendizagem em Prática Baseada em Evidências (PBE) deve considerar a capacidade do estudante em compreender os fundamentos científicos, lidar com a incerteza clínica e desenvolver habilidades para buscar, interpretar e aplicar novos conhecimentos. Estudos indicam que alunos avaliados em currículos que incorporam a PBE tendem a apresentar melhor desempenho em comparação àqueles inseridos em modelos tradicionais de formação (Tebcherany; Khocht, 2024). Assim, ressalta-se o potencial da avaliação centrada em competências para identificar profissionais mais preparados para a atualização contínua e a melhoria de suas práticas ao longo da carreira (Pitts, 2004).

A importância da PBE na formação odontológica é reconhecida há décadas, (Elderton et al., 1985), entretanto, os estudantes de Odontologia apresentam baixo nível de conhecimento sobre sua aplicabilidade (Bahammam; Linjawi, 2014; Straub-Morarend et al., 2016; Rath et al., 2023). Programas educacionais voltados ao desenvolvimento de competências em PBE e ao acesso a fontes confiáveis de conhecimento têm sido defendidos (Feres et al., 2020; Araujo et al., 2021). No entanto, ainda são escassos os estudos de alta qualidade que investigam a efetividade desse ensino na Odontologia, especialmente em relação à capacitação do corpo docente para implementar práticas baseadas em evidências (Werb; Matear, 2004).

No cenário brasileiro, pouco se conhece sobre as competências dos estudantes para aplicar, e sobre a capacitação de docentes para implementar o ensino a PBEs (Werb; Matear, 2004), além do fato de que poucos cursos (3,6%) oferecem esse ensino (Thomes et al., 2023). As Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de Odontologia (Brasil, 2023), visam maior inserção da ciência e da prática baseada em evidências na formação dos cirurgiões-dentistas. Deste modo, faz-se necessário que

instrumentos validados para o Brasil permitam analisar os resultados da aprendizagem (Beaton et al., 2000).

Diversos domínios, desfechos e ferramentas têm sido propostos para a avaliação do ensino da PBE (Oliveira Prado et al., 2025). O instrumento KACE — Evidence-Based Practice Knowledge, Attitudes, Access, and Confidence Evaluation (Hendricson et al., 2011), foi desenvolvido e validado pela Faculdade de Odontologia da Universidade do Texas. A maioria dos instrumentos não é validada ou específica para a Odontologia (Shaneyfelt et al., 2006; Ciancio et al., 2017; Landsverk et al., 2023) e portanto, o KACE veio preencher a lacuna na avaliação dos desfechos do treinamento em Odontologia Baseada em Evidência (OBE).

O KACE demonstrou propriedades de medida satisfatórias, incluindo validade, confiabilidade, sensibilidade ao treinamento e capacidade discriminante. De forma geral, maiores pontuações no instrumento estão associadas a atitudes mais positivas em relação à PBE, melhor acesso a evidências e maior autoconfiança na avaliação crítica da literatura científica (Hendricson et al., 2011). O instrumento tem mostrado utilidade na avaliação da eficácia de treinamentos entre estudantes em Odontologia Baseada em Evidência, em diferentes países, como Índia (Wadgave et al., 2020), Canadá (Rodriguez-Fitzpatrick et al., 2022) e Estados Unidos (Tebcherany; Khocht, 2024).

Diante da relevância do KACE em contextos internacionais, espera-se que sua adaptação transcultural para o português brasileiro e a avaliação de suas propriedades de medida preencham uma lacuna existente no país, ao disponibilizar um instrumento adequado para avaliar o processo de ensino-aprendizagem da Prática Baseada em Evidências na formação odontológica nacional.

## **2. OBJETIVOS**

### **2.1. Objetivo geral**

Adaptar transculturalmente para o português-brasileiro o instrumento KACE (Knowledge, Attitudes, Access, and Confidence Evaluation), destinado à avaliação de desfechos do treinamento em prática baseada em evidências na Odontologia, e analisar suas propriedades de medida. Além disso, explorar a influência de fatores individuais e acadêmicos nas pontuações obtidas no instrumento.

### **2.2. Objetivos específicos**

- Traduzir e adaptar culturalmente o instrumento KACE para o português-brasileiro;
- Avaliar as propriedades de medida da versão traduzida e adaptada do KACE, incluindo: Confiabilidade – capacidade do instrumento de produzir resultados consistentes ao longo do tempo e em populações com diferentes níveis de treinamento diferentes; Validade – capacidade do instrumento de medir adequadamente os construtos aos quais se propõe;
- Aplicar o instrumento KACE em amostras de estudantes de graduação, de pós-graduação e especialistas em Odontologia;

### 3. METODOLOGIA

#### 3.1. Desenho

O presente estudo caracterizou-se como um estudo misto, de abordagem qualitativa e quantitativa. Foi desenvolvido seguindo as Diretrizes para o processo de adaptação transcultural de medidas de autorrelato (Beaton et al., 2000) e a Diretriz de relatórios COSMIN (Consensus-based Standards for the selection of health status Measurement Instruments) para estudos de propriedades de medida de desfechos autorrelatados (Gagnier et al., 2021; Mokkink et al. 2010).

A adaptação transcultural para o português-brasileiro do instrumento KACE (Knowledge, Attitude, Access and Confidence in Evidence-Based Practice) e a avaliação das suas propriedades de medida foram realizadas mediante autorização do autor Hendricson et al. (2011), responsável pelo instrumento de origem (Anexo A).

O estudo foi realizado entre Agosto/2024 e Fevereiro/2025, no Brasil.

#### 3.2. Descrição do instrumento

O KACE (*Knowledge, Attitude, Access and Confidence in Evidence-Based Practice*) em sua versão original é composto por 35 itens e avalia quatro construtos fundamentais:

1. *Knowledge of Critical Appraisal* - Avalia o conhecimento teórico do respondente sobre conceitos centrais da PBE, como a formulação de perguntas clínicas estruturadas (PICO), os níveis de evidência científica, os princípios de randomização e cegamento, interpretação de medidas estatísticas (como razão de chances, intervalo de confiança e valor de  $p$ ), e a leitura crítica de artigos científicos.
2. *Attitudes about Evidence-Based Practice (EBP)* - Refere-se à disposição, interesse e percepção do profissional quanto à importância da PBE na tomada de decisões clínicas. Os itens abordam o reconhecimento do valor das evidências científicas, a abertura à mudança de conduta baseada em novos achados e a disposição para integrar essas evidências à experiência clínica e às preferências do paciente.
3. *Accessing Evidence* - Avalia os hábitos e a frequência com que o profissional busca informações científicas, bem como os recursos utilizados para esse fim (bases de dados, periódicos, buscadores acadêmicos, etc.).

Essa seção permite compreender o comportamento informacional do respondente e sua familiaridade com fontes confiáveis de evidência.

4. *Confidence in Critical Appraisal Skills* - Mensura o grau de segurança do respondente em suas próprias habilidades para ler, interpretar e aplicar criticamente a literatura científica. Inclui itens sobre a confiança em compreender metodologia de pesquisa, julgar a validade de um estudo e aplicar os resultados na prática clínica.

Os construtos *Knowledge* e *Attitudes* compreendem 10 itens cada. As seções *Assessing Evidence* e *Confidence in Critical Appraisal Skills* são compostas por 9 e 6 itens, respectivamente. As respostas ao instrumento são pontuadas conforme descrito a seguir:

- *Knowledge of Critical Appraisal* - Cada item dessa seção apresenta cinco opções de resposta, com apenas uma correta. Entre elas, inclui-se a alternativa “I don’t know”, com o objetivo de desencorajar respostas por adivinhação. A pontuação é atribuída da seguinte forma: 1 ponto para a resposta correta e 0 para qualquer outra. A soma das respostas resulta em uma pontuação total máxima de 10.
- *Attitudes about Evidence-Based Practice (EBP), Assessing Evidence e Confidence in Critical Appraisal Skills* – As respostas a essas seções são obtidas por meio de escalas tipo Likert com 5 pontos:
  - Escala *Attitudes*: 1 = “Strongly disagree” a 5 = “Strongly agree” (pontuação máxima total de 50);
  - Escala *Assessing Evidence*: 1 = “Never” a 5 = “Very frequently” (pontuação máxima total de 45);
  - Escala *Confidence in Critical Appraisal Skills*: 1 = “Not at all confident” a 5 = “Very confident” (pontuação máxima total de 30).

### 3.3. Participantes

A população alvo foi constituída por estudantes de Graduação em Odontologia da: Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), Universidade de Brasília (UnB), Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), e Estudantes de Pós-graduação da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), Universidade de Brasília (UnB); além de especialistas no Brasil. Trata-se de uma amostra não probabilística, composta por participantes recrutados conforme a disponibilidade e o acesso às instituições

envolvidas. Essa abordagem foi adotada devido à natureza do estudo e à viabilidade de aplicação do instrumento no processo de adaptação transcultural.

### 3.2.1 Estudantes de Odontologia

*Critérios de inclusão:* cursar graduação ou pós-graduação e ser maior de 18 anos.

*Critérios de exclusão:* estudantes de outras nacionalidades e/ou que residiram fora do país.

Os estudantes participaram em dois momentos: 1) análise da versão pré-final do instrumento e 2) análise da versão traduzida e adaptada.

### 3.2.2 Especialistas

*Critérios de inclusão:* serem Doutores, com mais de cinco anos de experiência no ensino da Prática Baseada em Evidências e/ou experiência em pesquisas com questionários e análise de propriedades de medida; estar vinculado a uma instituição de ensino no Brasil, pública ou privada.

*Critérios de exclusão:* ser de outra nacionalidade que não a brasileira.

Os doutores contribuíram para a validação do KACE, atuando na síntese das versões traduzidas ou como respondentes da versão adaptada.

## 3.4. Adaptação transcultural

### 3.4.1. Tradução

Dois tradutores juramentados bilíngues, com o português-brasileiro como primeira língua, realizaram a tradução da versão original do KACE (Knowledge, Attitudes, Access, and Confidence), produzindo duas traduções independentes. Cada tradutor destacou frases desafiadoras, incertezas e justificou suas escolhas de tradução. Os tradutores selecionados possuíam perfis distintos:

- Tradutor 1 (T1) — Possuía conhecimento prévio dos conceitos abordados no instrumento, permitindo adaptações voltadas à equivalência clínica. Sua tradução visava garantir uma equivalência conceitual mais precisa dentro do contexto técnico.

- Tradutor 2 (T2) — Não possuía conhecimento prévio dos conceitos avaliados no instrumento e não tinha formação na área médica ou clínica. Esse tradutor, por estar "cego" ao propósito acadêmico do instrumento, foi capaz de identificar possíveis significados alternativos no original e produzir uma versão mais alinhada à linguagem cotidiana da população-alvo, destacando eventuais ambiguidades.

#### 3.4.2. Síntese das traduções

A síntese das traduções realizadas por T1 e T2 foi conduzida com o auxílio de três pesquisadores. Em uma planilha do Excel foram registradas em paralelo as traduções, as considerações de cada pesquisador por fim, o consenso, possibilitou uma nova tradução (T12). Durante o processo de conciliação, as divergências entre as duas traduções foram resolvidas, considerando as diferenças linguísticas e culturais encontradas em cada versão. A versão final produzida a partir da reunião de consenso foi enviada para retrotradução.

#### 3.4.3. Retrotradução

Foi realizada a retrotradução do instrumento para o idioma original, utilizando a versão gerada a partir do consenso das traduções (T12). Os tradutores permaneceram completamente cegos para a versão original do instrumento. Esse processo serviu como uma verificação de validade, assegurando que a versão traduzida refletisse com precisão o mesmo conteúdo das versões originais, permitindo a identificação de inconsistências significativas ou erros conceituais na tradução.

A retrotradução foi conduzida por dois tradutores bilíngues (RT1 e RT2), cuja língua materna era o inglês, garantindo maior fidelidade ao idioma de origem. Esses profissionais não tiveram acesso prévio ao instrumento original nem foram informados sobre os conceitos explorados no instrumento, sendo de áreas distintas da saúde, a fim de evitar possíveis vieses interpretativos.

#### 3.4.4. Comitê de especialistas

O comitê, composto por profissionais de saúde, tradutores e retrotradutores, desempenhou um papel fundamental para garantir a equivalência transcultural do instrumento.

A principal tarefa do comitê foi consolidar todas as versões do instrumento e desenvolver aquela que seria considerada a versão pré-final para o Teste de Campo. Para isso, os membros analisaram todas as traduções realizadas e estabeleceram consenso sobre eventuais discrepâncias. O material disponível para essa análise incluiu o instrumento original e suas diferentes versões traduzidas (T1, T2, T12, RT1, RT2).

As deliberações do comitê foram direcionadas à obtenção da equivalência semântica, conceitual e idiomática entre a versão original e a versão adaptada, assegurando que os termos e expressões utilizados pudessem ser generalizados para diferentes contextos e populações, como distintas regiões de um mesmo país. Além disso, o comitê avaliou a adequação da linguagem ao público-alvo do instrumento.

Ao final da análise, foram elaboradas duas versões do instrumento uma em português, destinada para o teste em campo, e outra em inglês, para ser enviada ao desenvolvedor, para checagem.

#### 3.4.5. Pré-teste

Nesta etapa do processo de adaptação, a versão pré-final do instrumento passou pelo teste de campo com potenciais usuários do instrumento. Foram incluídos estudantes de graduação em Odontologia até o segundo período (n=47), que, por possuírem menor habilidade técnica em relação ao comitê de especialistas, possibilitaram a avaliação da clareza e compreensão dos itens do instrumento.

Foi assegurado o cumprimento das diretrizes estabelecidas por Beaton et al. (2000) no Guidelines for the Process of Cross-Cultural Adaptation of Self-Report Measures, que recomendam um mínimo de 40 participantes para esta fase, com o objetivo de verificar clareza, adequação e compreensão cultural dos itens ao público-alvo.

A distribuição das respostas dos participantes foi analisada com o objetivo de identificar possíveis inconsistências, como uma alta proporção de itens ausentes, respostas únicas ou questões que não foram bem compreendidas. Caso o instrumento apresentasse dificuldades significativas, ele seria submetido novamente ao comitê de especialistas para refinamento e ajustes finais, garantindo sua eficácia e precisão antes da implementação definitiva. Esses participantes não voltaram a participar dos testes com o questionário adaptado a seguir.

Dessa forma, a versão testada mostrou-se adequada para a etapa seguinte de sua implementação.

#### 3.4.6. Testes

Após a realização das etapas de tradução, retrotradução, avaliação por comitê de especialistas e pré-teste com a população-alvo, foi consolidada a versão final do instrumento adaptado para o português brasileiro. Essa versão foi aplicada a estudantes de graduação, pós-graduação e especialistas, conforme as instituições envolvidas no estudo. Essa etapa atendeu à recomendação do Guidelines for the Process of Cross-Cultural Adaptation of Self-Report Measures (Beaton et al., 2000), que orienta a inclusão de, no mínimo, 70 participantes, considerando que o número ideal deve variar entre duas e dez vezes o total de itens do questionário (Agossa et al., 2022).

Enquanto os especialistas, que atuaram como grupo de referência, responderam ao questionário em apenas uma ocasião, por meio eletrônico, os estudantes de graduação e pós-graduação participaram da aplicação em três momentos distintos:

- 1) Pré-treinamento – O instrumento adaptado foi aplicado no início das disciplinas nas quais seriam abordados os conteúdos de PBE. Nessa etapa participaram estudantes de graduação em Odontologia a partir do quarto período da UFES (n=13), do segundo e sexto períodos da Universidade de Brasília – UnB (n=19) e do sétimo e oitavo períodos da Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC (n=43), estudantes de pós-graduação em Odontologia da UFES (n=13) e Unb (n=19) além de especialistas brasileiros com título de doutor em Odontologia (n=14).
- 2) Pós-treinamento – A segunda aplicação do instrumento foi realizada imediatamente após o término das disciplinas, com os mesmos estudantes que participaram da etapa pré-treinamento. Participaram estudantes de graduação da UFES (n = 10), UnB (n = 13) e UFSC (n = 38) e estudantes de pós-graduação da UFES (n=14) e UnB (n=21).
- 3) Reteste – O instrumento adaptado foi aplicado duas semanas após a aplicação pós-treinamento, com o objetivo de avaliar a estabilidade das respostas em um mesmo nível de competência adquirida, sem interferências do processo

formativo inicial. Essa estratégia permitiu estimar a confiabilidade temporal do instrumento em condições mais homogêneas. Nessa etapa participou o mesmo grupo de estudantes das aplicações anteriores, sendo os estudantes de graduação da UFES (n=10) e UFSC (n=36) e de pós-graduação da UFES (n=14).

Tabelas comparativas dos planos de ensino das disciplinas nas quais os participantes estavam matriculados é apresentada no Apêndice C (Tabelas 1 e 2), com o objetivo de contextualizar as diferenças curriculares entre as três instituições participantes do estudo e permitir a adequada interpretação dos resultados obtidos a partir da aplicação do instrumento.

O estudo foi conduzido considerando 8 etapas, conforme apresentado na Figura 1:

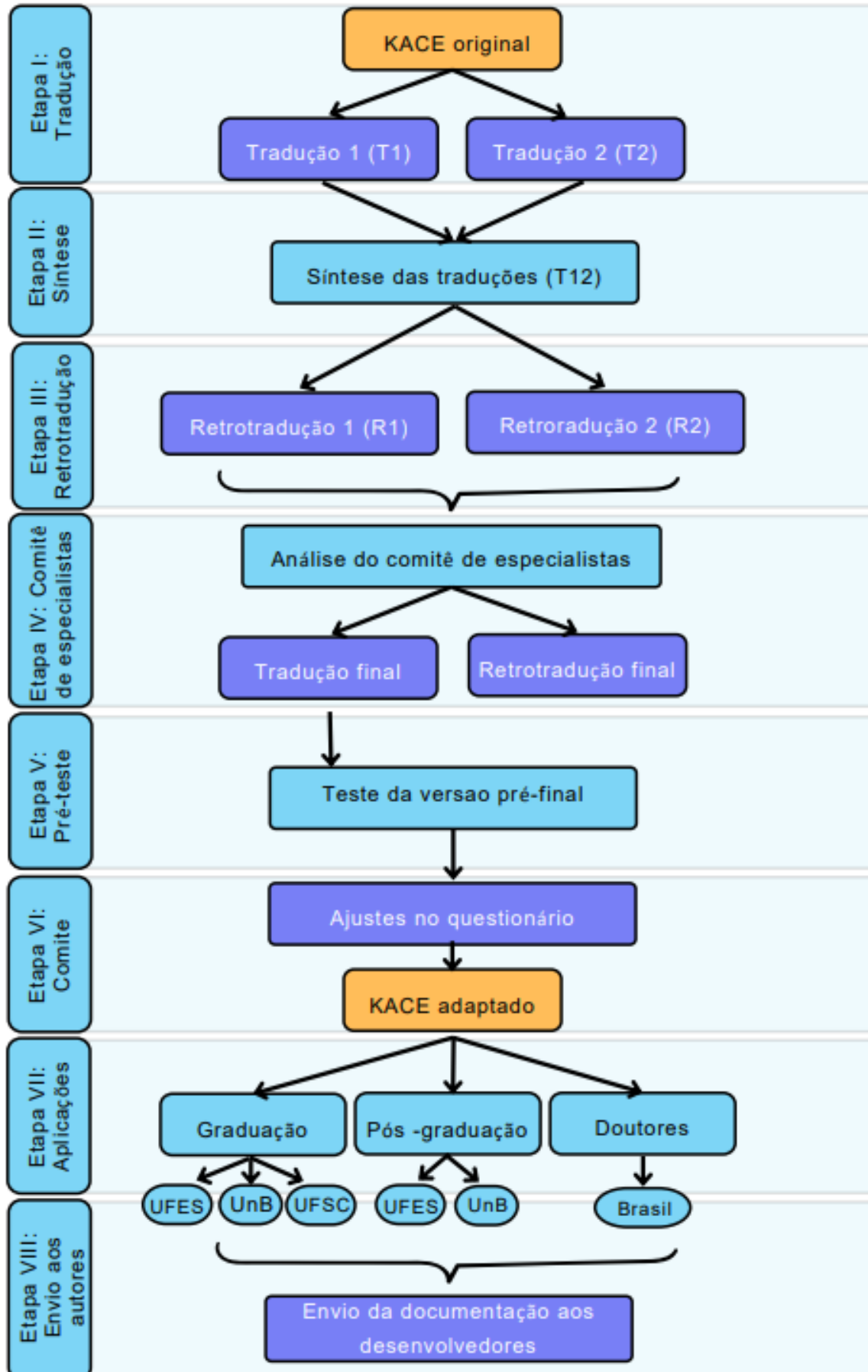


Figura 1. Representação gráfica das etapas do estudo. Fonte: Adaptada de Beaton et al., 2000.

### 3.5. Variáveis sociodemográficas

As variáveis sociodemográficas dos alunos foram coletadas com o objetivo de caracterizar a amostra participante do estudo, permitindo contextualizar os resultados obtidos com a aplicação do instrumento KACE. As informações coletadas incluíram: instituição atual de ensino, período ou semestre cursado, gênero (masculino, feminino ou outro), participação prévia em treinamento em Prática Baseada em Evidências (PBE), carga horária do treinamento em PBE (em horas), e se haviam cursado disciplinas específicas como metodologia de pesquisa, epidemiologia e bioestatística.

As variáveis sociodemográficas coletadas dos especialistas foram: idade (em anos completos), gênero (masculino, feminino ou outro), tempo de formado em Odontologia (em anos completos), tempo desde a defesa do doutorado (em anos completos), área de ensino (disciplinas ministradas), semestre ou período no qual atuavam como docentes, tipo de atuação docente (teórico, prático ou ambos), se lecionavam para a pós-graduação, se orientavam alunos na pós-graduação, se haviam realizado treinamento em PBE e, por fim, o local ou programa em que realizaram esse treinamento.

### 3.6. Propriedades de medida avaliadas

As propriedades de medida do instrumento avaliadas foram confiabilidade e validade:

#### 3.6.1. Confiabilidade

Definida como o grau em que um instrumento está livre de erro de medida e é capaz de produzir resultados consistentes e reprodutíveis em condições estáveis, a confiabilidade é um componente essencial para garantir a precisão das mensurações em estudos com instrumentos psicométricos (Mokkink et al., 2010).

A **consistência interna** do instrumento foi primeiramente analisada por meio de Análise Fatorial Confirmatória (CFA, do inglês confirmatory factor analysis). O ajuste do modelo foi verificado pelo p-valor do teste de qui-quadrado e pelos índices Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA), Comparative Fit Index (CFI) e Tucker-Lewis Index (TLI). Considerou-se adequado o ajuste quando o p-valor foi maior que 0,05, o RMSEA menor que 0,08 e os valores de CFI e TLI maiores que 0,90 (Brown, 2015).

Para a **consistência interna** da escala “Conhecimento de Análise Crítica” foram calculadas as porcentagens de concordância entre os acertos das questões e o coeficiente  $\alpha$  de Cronbach.

A **confiabilidade teste-reteste** foi avaliada por meio do coeficiente de correlação intraclasse (ICC), comparando as respostas do instrumento pós-treinamento com o reteste. Para comparar os escores pós-treinamento e reteste nos grupos de graduação e pós-graduação, foram aplicados o teste t pareado quando as pressuposições de normalidade dos resíduos e homocedasticidade foram atendidas, ou o teste não paramétrico pareado de Wilcoxon nos demais casos.

### 3.6.2. Validade

A **validade discriminante** foi avaliada por meio de análise de variância (ANOVA) e teste de Tukey ou, quando necessário, pelos testes não paramétricos de Kruskal-Wallis e Dunn, para comparar os resultados do pré-treinamento entre alunos de graduação, pós-graduação e especialistas. Os pressupostos da ANOVA foram previamente testados: a normalidade dos resíduos com o teste de Shapiro-Wilk e a homogeneidade das variâncias com o teste de Bartlett.

A **responsividade** do instrumento foi analisada por meio da comparação dos escores obtidos antes e após o treinamento, com o objetivo de detectar possíveis efeitos da intervenção educativa. Como grupo de referência, foram incluídos especialistas na temática. As comparações entre os grupos foram realizadas por meio de ANOVA, seguida do teste post hoc de Tukey. Nos casos em que as pressuposições da ANOVA foram violadas, aplicaram-se os testes não paramétricos de Kruskal-Wallis e Dunn.

Os dados foram tabulados em planilhas do Microsoft Excel<sup>®</sup>, com dupla digitação independente e posterior checagem para correção de possíveis inconsistências. Após essa etapa, os dados foram organizados e exportados para o software R (R Core Team, 2025) para análise estatística, considerando um nível de significância de  $\alpha = 5\%$ . Os resultados foram apresentados em tabelas e gráficos, elaborados no próprio R, com o auxílio do pacote ggplot2.

### 3.6.3. Análise de dados

Foram realizadas análises descritivas e exploratórias dos dados, utilizando médias, medianas, quartis, desvios padrão, frequências e porcentagens para as variáveis contínuas e categóricas, respectivamente.

### 3.6.4. Considerações éticas

O projeto foi aprovado pelos Comitês de Ética em Pesquisa: CEP-FS-UnB (CAAE 58153622.0.0000.0030), CEP-UFSC (CAAE 58153622.0.3001.0121) e CEP-UFES (CAAE 77022424.1.0000.5060), disponíveis no Anexo B.

## 4. RESULTADOS

### 4.1. Resultados gerais

A Tabela 1 do Apêndice A apresenta a relação das traduções realizadas pelos dois tradutores independentes (T1 e T2), enquanto a Tabela 2 exibe a síntese das traduções. A Tabela 3 descreve as questões discutidas durante o processo de adaptação transcultural, com as respectivas decisões finais. Já as retrotraduções conduzidas pelos retrotradutores (RT1 e RT2) estão organizadas na Tabela 4 do mesmo apêndice.

Durante a etapa de revisão por comitê de especialistas, foram analisadas a equivalência semântica, idiomática, conceitual e cultural dos itens. A versão final em português a ser aplicada, juntamente com a síntese em inglês elaborada para envio ao autor original do instrumento, encontra-se nas Tabelas 5 e 6 do Apêndice A, respectivamente.

O pré-teste foi realizado com 47 estudantes dos 1º e 2º períodos do curso de Odontologia da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), atendendo à recomendação de um número mínimo de 40 participantes. A versão final do KACE adaptado para o português brasileiro está disponível no Apêndice B.

Na etapa de testes, participaram 75 estudantes de graduação em Odontologia — sendo 13 da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), 19 da Universidade de Brasília (UnB) e 43 da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) —, além de 35 estudantes de pós-graduação stricto sensu — 14 da UFES e 21 da UnB — e 14 especialistas com título de doutor atuantes no Brasil. Esse total atende à recomendação metodológica de incluir entre duas e dez vezes o número de itens do

questionário (Agossa et al., 2022), considerando que o instrumento KACE é composto por 35 itens.

4.2. **Artigo 1** - Adaptação transcultural e análise de propriedades de medida do instrumento KACE (Knowledge, Attitudes, Access, and Confidence) para avaliação do treinamento em Prática Baseada em Evidência de graduandos em Odontologia

Autores relacionados<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Vínculo institucional do autor, Endereço e E-mail.

\*Autor(a) de correspondência

---

Artigo elaborado de acordo com as normas da revista European Journal Of Dental Education (Anexo C).

## RESUMO

**Objetivo:** Realizar a adaptação transcultural para o português brasileiro e análise das propriedades de medida do instrumento KACE (Knowledge, Attitudes, Access, and Confidence Evaluation), para avaliação do treinamento em Prática Baseada em Evidência de graduandos em Odontologia..

**Métodos:** O processo de adaptação incluiu tradução, síntese, retrotradução, avaliação por comitê de especialistas e pré-teste com 47 estudantes de graduação. Posteriormente, a versão adaptada foi aplicada em 75 estudantes de graduação em Odontologia e 14 doutores em Odontologia, com expertise em Prática Baseada em Evidência. Foram analisadas as propriedades de confiabilidade e validade, utilizando análise fatorial confirmatória, alfa de Cronbach, coeficiente de correlação intraclasse e testes de diferença entre grupos.

**Resultados:** A escala “Confiança nas Habilidades de Análise Crítica” apresentou os melhores índices de consistência interna ( $\alpha > 0,70$ ), enquanto a escala “Conhecimento de Análise Crítica” obteve os menores valores, sugerindo melhora com a exclusão das questões Q4, Q6 e Q8. O teste-reteste demonstrou estabilidade das respostas, com ICC variando entre 0,52 (0,13 – 0,74);  $p=0,0077$ , indicando concordância satisfatória na escala “Acesso à Evidência”, a 0,81 (0,66 – 0,90);  $p<0,0001$ , valor que reflete

excelente concordância na escala “Conhecimento de Análise Crítica”. O KACE foi capaz de discriminar diferentes níveis de formação, com escores significativamente maiores para especialistas em comparação aos estudantes. Observou-se aumento significativo nos escores das escalas de conhecimento, acesso e confiança após intervenção educativa, demonstrando responsividade. A escala de atitudes não apresentou mudanças significativas.

**Conclusão:** A versão brasileira do KACE demonstrou evidências de validade e confiabilidade, sendo uma ferramenta promissora para a avaliação de treinamento em Prática Baseada em Evidência na Odontologia.

**Palavras-chave:** Odontologia Baseada em Evidências; Prática Clínica Baseada em Evidências; Estudo de validação; Traduções; Inquéritos e Questionários.

#### 4.2.1. Introdução

A Prática Baseada em Evidências (PBE) é uma abordagem sistemática que orienta a tomada de decisões clínicas [1]. A PBE integra: 1) as melhores evidências científicas disponíveis; 2) a experiência clínica do profissional que presta o cuidado; e 3) os valores e preferências dos pacientes, informados pelo conhecimento explícito e tácito dos profissionais de saúde [2]. A PBE visa sustentar cuidados em saúde de forma científica, segura e centrada no paciente, contribuindo para a efetividade e qualidade dos atendimentos [1, 3, 4]. Para que essa abordagem seja eficaz, é fundamental que os profissionais superem as barreiras da dificuldade de acesso à informação, da falta de treinamento adequado e/ou da resistência à mudança de práticas tradicionais [5].

Neste contexto, torna-se essencial capacitar os estudantes de graduação em PBE, uma vez que o desenvolvimento dessas competências durante a formação inicial favorece a construção de uma prática clínica crítica e atualizada [2]. No Brasil, foi sugerido um currículo para orientar o ensino da PBE nos cursos da área da saúde [6]. Entretanto, visto que a PBE é ofertada a apenas 3,6% dos cursos de odontologia, lacunas na formação dos estudantes sobre essa abordagem persistem [7]. Essas lacunas incluem a ausência de uma proposta pedagógica integrada que favoreça o desenvolvimento de habilidades críticas para a busca, avaliação e aplicação de evidências científicas, além da limitada inserção de aspectos socioculturais no

processo formativo, o que pode comprometer a construção de uma prática clínica mais contextualizada e sensível às realidades dos pacientes [8].

Além desses fatores, a escassez de instrumentos específicos para avaliar as competências dos estudantes de Odontologia em relação à PBE contribuem para um processo de ensino-aprendizagem desafiador. Embora existam instrumentos como o Fresno Test, o Berlin Questionnaire e a ACE Tool [9, 10, 11], a maioria não foi originalmente desenvolvida para a Odontologia e/ou não apresenta evidências robustas de validação nesse contexto. Embora o Berlin Questionnaire [12] tenha sido adaptado para a Odontologia na Alemanha, ainda carece de dados sobre reprodutibilidade, validade aparente, validade de construto e responsividade. Essas fragilidades limitam o uso do Berlin Questionnaire como ferramenta consolidada para avaliação de competências em PBE na área [13]. O Knowledge, Attitude, Access, and Confidence Evaluation of Evidence-Based Practice (KACE), é o único instrumento dedicado especificamente à odontologia. O KACE foi desenvolvido pela Universidade do Texas para avaliar conhecimento, atitudes, acesso e confiança na PBE. Com 35 itens distribuídos em quatro escalas, esse instrumento demonstrou validade e confiabilidade na mensuração dos efeitos do treinamento em PBE [14]. No entanto, ainda não há uma versão traduzida, adaptada e validada para o português-brasileiro, de um instrumento com essa finalidade e que possa contribuir para o processo ensino-aprendizagem da PBE no cenário nacional.

Este estudo teve como objetivo realizar a adaptação transcultural para o português brasileiro e a análise das propriedades de medida do instrumento KACE (Knowledge, Attitudes, Access, and Confidence) para avaliação do treinamento em Prática Baseada em Evidência de graduandos em Odontologia..

#### 4.2.2. Métodos

##### 4.2.2.1. Desenho

Trata-se de um estudo descritivo, quantitativo, conduzido de acordo com as Diretrizes para o processo de adaptação transcultural de medidas de autorrelato [15] e a Diretriz de relatórios COSMIN para estudos de propriedades de medida de desfechos autorrelatados [16]. O estudo foi realizado mediante autorização do autor do instrumento original [14].

#### 4.2.2.2. Participantes

A amostra foi não probabilística, constituída por 89 participantes maiores de 18 anos, sendo graduandos de Odontologia (n=75), além de doutores em Odontologia (n=14).

A participação dos estudantes foi voluntária, não vinculada a atividades avaliativas, e todos assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Os estudantes foram recrutados conforme a disponibilidade e o acesso às instituições envolvidas. Essa estratégia foi adotada considerando a natureza do estudo e a viabilidade de aplicação do instrumento no contexto acadêmico.

Os doutores em Odontologia atuaram como grupo de referência e responderam ao instrumento uma única vez, por meio eletrônico. Os critérios de inclusão para esse grupo foram: possuir título de doutor, ter pelo menos cinco anos de experiência no ensino da Prática Baseada em Evidências e/ou em pesquisas com instrumentos de medida, e estar vinculado a instituições de ensino superior no Brasil. Doutores em Odontologia de outras nacionalidades foram excluídos.

O número de participantes seguiu a recomendação metodológica de incluir entre duas e dez vezes o número de itens do instrumento [17], totalizando o mínimo de 70 respondentes, uma vez que o KACE contém 35 itens. Os dados foram coletados por meio de formulários impressos, preenchidos anonimamente. A aplicação do instrumento ocorreu para análise da versão pré-final do questionário (pré-teste), e a versão adaptada foi aplicada para análise das propriedades psicométricas (pré-treinamento; pós-treinamento e reteste):

- 1) Pré-teste – Nessa etapa participaram estudantes do primeiro e segundo períodos do curso de graduação em Odontologia da Universidade Federal do Espírito Santo – UFES (n=47). Esses períodos foram selecionados pelo fato da maioria dos estudantes possuírem menos familiaridade com os conteúdos do instrumento. Isso permitiu avaliar a clareza, a compreensão e a adequação da linguagem da versão pré-final. Ressalta-se que os participantes do pré-teste não foram incluídos nas etapas subsequentes de validação.
- 2) Pré-treinamento – O instrumento adaptado foi aplicado no início das disciplinas nas quais seriam abordados os conteúdos de PBE. Nessa etapa participaram estudantes de graduação em Odontologia a partir do quarto período da UFES (n=13), do segundo e sexto períodos da Universidade de Brasília – UnB (n=19)

e do sétimo e oitavo períodos da Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC (n=43)

- 3) Pós-treinamento – A segunda aplicação do instrumento foi realizada imediatamente após o término das disciplinas, com os mesmos estudantes que participaram da etapa pré-treinamento. Participaram estudantes da UFES (n = 10), UnB (n = 13) e UFSC (n = 38).
- 4) Reteste – O instrumento adaptado foi aplicado duas semanas após a aplicação pós-treinamento, com o objetivo de avaliar a estabilidade das respostas em um mesmo nível de competência adquirida, sem interferências do processo formativo inicial. Essa estratégia permitiu estimar a confiabilidade temporal do instrumento em condições mais homogêneas. Nessa etapa participou o mesmo grupo de estudantes, sendo da UFES (n=10) e UFSC (n=36).

Doutores em Odontologia de várias regiões do Brasil também responderam ao questionário (n=14). A relação dos conteúdos dos planos de ensino das disciplinas das Universidades encontram-se no Apêndice C..

#### 4.2.2.3. Descrição do instrumento KACE

O KACE é um instrumento autoaplicável composto por 35 itens distribuídos em quatro escalas: “Knowledge” (10 itens), “Attitude” (10 itens), “Access” (9 itens) e “Confidence” (6 itens). A escala de conhecimento apresenta cinco opções de resposta por item, incluindo “eu não sei”, inserida com o objetivo de reduzir respostas por adivinhação, sendo atribuída pontuação 1 para respostas corretas e 0 para as demais (pontuação máxima: 10). As escalas de atitude, acesso e confiança utilizam Likert de cinco pontos, variando de “Strongly disagree” a “Strongly agree”, “Never” a “Very frequently”, e “Not at all confident” a “Very confident”, respectivamente, com pontuações máximas de 50, 45 e 30 pontos. Escores mais altos indicam atitudes mais positivas, maior acesso a evidências e maior confiança nas habilidades de avaliação crítica [14].

#### 4.2.2.4. Adaptação transcultural

A adaptação transcultural para o português-brasileiro do KACE buscou garantir a equivalência semântica e conceitual do instrumento original, adaptando-o culturalmente. Duas traduções independentes do instrumento original foram realizadas para o português, por tradutores bilíngues, um com conhecimento prévio

sobre os conceitos do instrumento (T1) e outro sem essa característica (T2), garantindo diferentes perspectivas. Em seguida, as traduções foram sintetizadas por quatro pesquisadores, resultando em uma versão consensual (T12), na qual foram resolvidas divergências linguísticas e conceituais.

Posteriormente, dois tradutores nativos da língua inglesa, cegos à versão original e sem vínculo com a área da saúde, realizaram a retrotradução, assegurando a fidelidade do conteúdo traduzido. O comitê de especialistas, composto por doutores em saúde, tradutores e retrotradutores, conduziu a avaliação de todas as versões do instrumento por meio de encontros online, complementados por discussões via e-mail e mensagens. Esse processo colaborativo resultou na elaboração da versão pré-final, garantindo a adequação cultural, a clareza da linguagem e a compreensão dos itens pelo público-alvo.

Após aplicação da versão pré-final aos estudantes dos períodos iniciais de graduação em odontologia, os resultados do pré-teste foram analisados. Ao serem constatadas clareza, compreensão e adequação cultural dos itens a versão final do instrumento, foi consolidada para ser aplicada aos estudantes das três instituições. O fluxograma do desenvolvimento do estudo está apresentado na Figura 1.

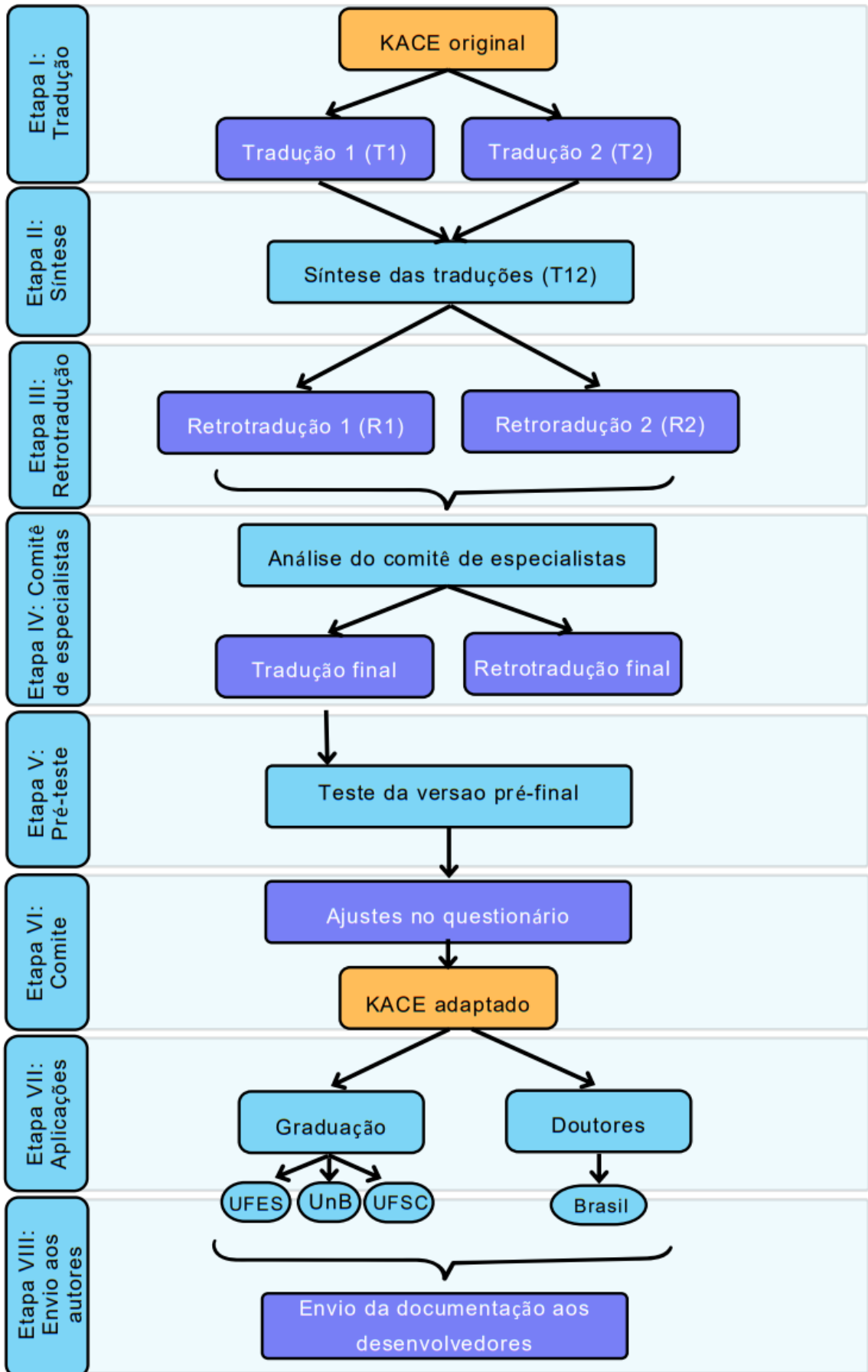


Figura 1. Representação gráfica das etapas do estudo. Fonte: Adaptada de Beaton et al., 2000.

#### 4.2.2.5. Variáveis sociodemográficas

As variáveis sociodemográficas dos alunos foram coletados afim de caracterizar a amostra participante do estudo, incluindo: instituição de ensino, período/semestre, gênero, participação prévia em treinamento em PBE, carga horária do treinamento e se haviam cursado disciplinas como metodologia de pesquisa, epidemiologia e bioestatística.

Para os especialistas, foram registrados: idade, gênero, tempo de formado e de doutorado (em anos), área de ensino, período/semestre de atuação, tipo de atividade docente (teórica, prática ou ambos), atuação e orientação na pós-graduação, participação em treinamento em PBE e local/programa desse treinamento.

#### 4.2.2.6. Propriedades de medida analisadas

As propriedades de medida do instrumento foram avaliadas quanto à confiabilidade e validade.

- (i) Confiabilidade: A consistência interna foi avaliada por análise fatorial confirmatória (CFA), considerando bom ajuste quando  $p > 0,05$ , RMSEA  $< 0,08$ , e CFI e TLI  $> 0,90$  [18]. Foi calculado o  $\alpha$  de Cronbach para todas as escalas, considerando a variação de zero (nenhuma consistência interna) a um (consistência perfeita), sendo que valores a partir de 0,60 são considerados satisfatórios [19]. A confiabilidade teste-reteste, ou seja, a capacidade do instrumento fornecer medição consistente em aplicações diferentes foi analisada pelo coeficiente de correlação intraclassa (ICC), comparando respostas pós-treinamento e reteste. As diferenças entre os escores foram testadas com t pareado (ou Wilcoxon, quando aplicável).
- (ii) Validade: A validade discriminante, ou seja, a capacidade do instrumento detectar diferenças entre grupos com conhecimento diferenciado no assunto, foi testada por ANOVA e Tukey ou, quando necessário, pelos testes de Kruskal-Wallis e Dunn, comparando escores pré-treinamento entre graduação e especialistas. Os pressupostos foram avaliados com os testes de Shapiro-Wilk (normalidade) e Bartlett (homocedasticidade). A responsividade foi analisada comparando escores pré e pós-treinamento dos estudantes e os escores pós-treinamento com o dos doutores, que

funcionaram como grupo de referência para avaliar a evolução após o treinamento.

Foram realizadas análises descritivas e exploratórias, com médias, medianas, quartis, desvios padrão para variáveis contínuas e frequências e porcentagens para variáveis categóricas. Todas as análises foram conduzidas no R (R Core Team, 2025), com o auxílio do pacote ggplot2, com nível de significância de  $\alpha = 5\%$ .

#### 4.2.2.7. Considerações éticas

O projeto de pesquisa foi aprovado pelos Comitês de Ética em Pesquisa: CEP-FS-UnB (CAAE 58153622.0.0000.0030), CEP-UFSC (CAAE 58153622.0.3001.0121) e CEP-UFES (CAAE 77022424.1.0000.5060). Aprovações disponíveis no Anexo B.

#### 4.2.3. Resultados

##### 4.2.3.1. Adaptação transcultural

A adaptação transcultural do instrumento KACE resultou em uma versão pré-teste em português-brasileiro considerada clara, compreensível e adequada para o público-alvo ( $n=47$ ), ao demonstrar boa aceitação, ausência de relato sobre dificuldades de entendimento ou sugestão de reformulações. Tabelas detalhadas das etapas estão disponíveis no Apêndice A. Dessa forma, a versão pré-final (Apêndice B) foi validada pelo comitê de especialistas e considerada apta para a etapa seguinte de avaliação das propriedades de medida.

A Tabela 3 (Apêndice A), descreve as questões discutidas entre o comitê, bem como com o autor do instrumento original, e a decisão final advinda. Entre as divergências, destacam-se escolhas terminológicas, como o uso de 'análise' em vez de 'avaliação' e a preferência por termos como 'bucal' em vez de 'oral', definidas a partir de consenso ou revisão da literatura. Algumas decisões exigiram consultas adicionais, como a escolha do termo 'descriptor MeSH' (consultado com bibliotecário especializado) e a interpretação de conceitos como 'padrão-ouro' (referência), enquanto expressões como 'The overall value of the report' demandaram esclarecimentos junto ao desenvolvedor do instrumento, garantindo a fidelidade conceitual e cultural.

##### 4.2.3.2. Aplicação do instrumento

O instrumento adaptado transculturalmente foi respondido por 89 participantes (Graduação: n=75; Especialistas n=14). Um total de 196 instrumentos foram analisados (Pré-treinamento n=75; Pós-treinamento n=61; Reteste n= 46; Especialistas n=14). Entre os estudantes, 74,7% eram do sexo feminino. Quanto à formação acadêmica, 26,7% cursaram a disciplina de Metodologia, 58,7% Epidemiologia e 57,3% Bioestatística. Além disso, 73,3% dos graduandos declararam não saber se já receberam algum treinamento em PBE. Entre os especialistas, todos com título de doutor, 64,3% eram do sexo feminino. A maioria apresentou mais de 15 anos de formação em Odontologia (64,3%) e mais de 10 anos desde a conclusão do doutorado (57,1%). Todos os especialistas ministram aulas na pós-graduação e orientam alunos de mestrado e/ou doutorado. Ademais, 64,3% relataram já ter recebido treinamento em PBE (Tabela 1).

Tabela 1. Análise descritiva do perfil sociodemográfico dos alunos de Graduação (n=75) e Especialistas (n=14) participantes do estudo.

<b>Variáveis</b>	<b>Estatística</b>
<b>Graduando em Odontologia</b>	
<b>Período da Graduação, n (%)</b>	
2	17 (23,9%)
3	1 (1,4%)
4	1 (1,4%)
5	1 (1,4%)
6	4 (5,6%)
7	36 (50,7%)
8	5 (7,0%)
9	6 (8,5%)
RA*	4 (5,3%)
<b>Gênero, n (%)</b>	
Feminino	56 (74,7%)
Masculino	19 (25,3%)
<b>Carga horária de treinamento em PBE, n (%)</b>	
Menos de 10 horas	6 (8,0%)
10 a 20 horas	6 (8,0%)
21 a 40 horas	7 (9,3%)
Mais de 40 horas	1 (1,3%)
Não tem certeza se realizou treinamento	55 (73,3%)
<b>Cursou a disciplina de Metodologia de Pesquisa, n (%)</b>	
Sim	20 (26,7%)
Não	55 (73,3%)
<b>Cursou a disciplina de Epidemiologia, n (%)</b>	
Não	31 (41,3%)
Sim	44 (58,7%)
<b>Cursou a disciplina de Bioestatística, n (%)</b>	
Não	32 (42,7%)
Sim	43 (57,3%)

Variáveis	Estatística
<b>Especialistas</b>	
<b>Idade</b>	
Média (desvio padrão)	44,36 (10,82)
Mediana (mínimo; máximo)	41,5 (31,0; 76,0)
<b>Gênero, n (%)</b>	
Masculino	5 (35,7%)
Feminino	9 (64,3%)
<b>Tempo de formado em Odontologia, n (%)</b>	
Entre 5 e 10	1 (7,1%)
Entre 10 e 15	4 (28,6%)
Maior que 15	9 (64,3%)
<b>Tempo de Doutorado, n (%)</b>	
Até 5	1 (7,1%)
Entre 5 e 10	5 (35,7%)
Entre 10 e 15	3 (21,4%)
Maior que 15	5 (35,7%)
<b>Área da Odontologia que ministra, n (%)**</b>	
Imaginologia (Radiologia ou Diagnóstico por Imagens)	4 (28,6%)
Odontopediatria	4 (28,6%)
Endodontia	2 (14,3%)
Saúde Bucal Coletiva e/ou Saúde Pública	2 (14,3%)
Ortodontia e/ou ortopedia	1 (7,1%)
Outra área não relacionada acima	1 (7,1%)
<b>Atuação como docente no Curso de Graduação em Odontologia, n (%)**</b>	
Aulas teóricas	11 (78,6%)
Supervisão em práticas clínicas	11 (78,6%)
Orientação de TCC e/ou iniciação científica	8 (57,1%)
Orientação de monitores de graduação e/ou extensão universitária	7 (50,0%)
Aulas práticas laboratoriais	5 (35,7%)
Não atua como docente no curso de graduação	2 (14,3%)
<b>Onde recebeu treinamento, n (%)</b>	
Em um curso/treinamento de extensão universitária	5 (35,7%)
Não recebeu treinamento	5 (35,7%)
Em uma disciplina do programa de pós-graduação em que fiz mestrado ou doutorado	3 (21,4%)
Em uma disciplina de outro programa de pós-graduação	1 (7,1%)

\* RA= Respostas ausentes; \*\* Questões que permitem mais de uma resposta. Fonte: Elaboração própria.

A distribuição das respostas dos participantes em cada questão das quatro escalas do instrumento KACE encontram-se na Figura 1. É possível acessar a legenda das questões no link: <https://flourish-user-preview.com/api/canva/embed/visualisation/23494293/4Be-hUIWAtniEfD25igI47FFK4JS1mEpr6ZpqtqPSNRjASe8e6DIH3SJohf4uk/>.

Quanto à escala “Conhecimento de Análise Crítica” pôde-se observar que para os Especialistas, nas questões Q2, Q3, Q7 e Q10, houve unanimidade nas respostas. Ainda nesse grupo, nas questões Q1, Q4, Q8 e Q9 foram assinaladas duas categorias

de respostas. Já nas questões Q5 e Q6 foram indicadas três categorias de resposta. Observa-se ainda que na Questão 8, metade dos Especialistas decidiu por uma resposta e metade por outra. Para os graduandos, observa-se maior divergência de respostas nos três momentos. Nas questões da escala “Atitudes sobre a PBE” observou-se que as questões Q1, Q2, Q3, Q4, Q5, Q6, Q9, e Q10 mantêm um padrão de respostas, com a maioria considerando que concorda com o que foi descrito. Já nas questões Q7 e Q8 observou-se maior divergência nas respostas e maior porcentagem de respostas discordando do texto apresentado. Com relação às respostas na escala “Acesso à evidência” é possível observar diversidade de respostas em um mesmo grupo e momento, concentrando respostas “muito frequentemente” e “frequentemente” nas questões Q2, Q3 e Q4 e respostas “nunca” e “raramente” nas questões Q8 e Q9. Os Especialistas assinalaram mais as alternativas “Confiante” e “Muito confiante” na escala “Confiança nas habilidades de análise crítica” do que os demais grupos.

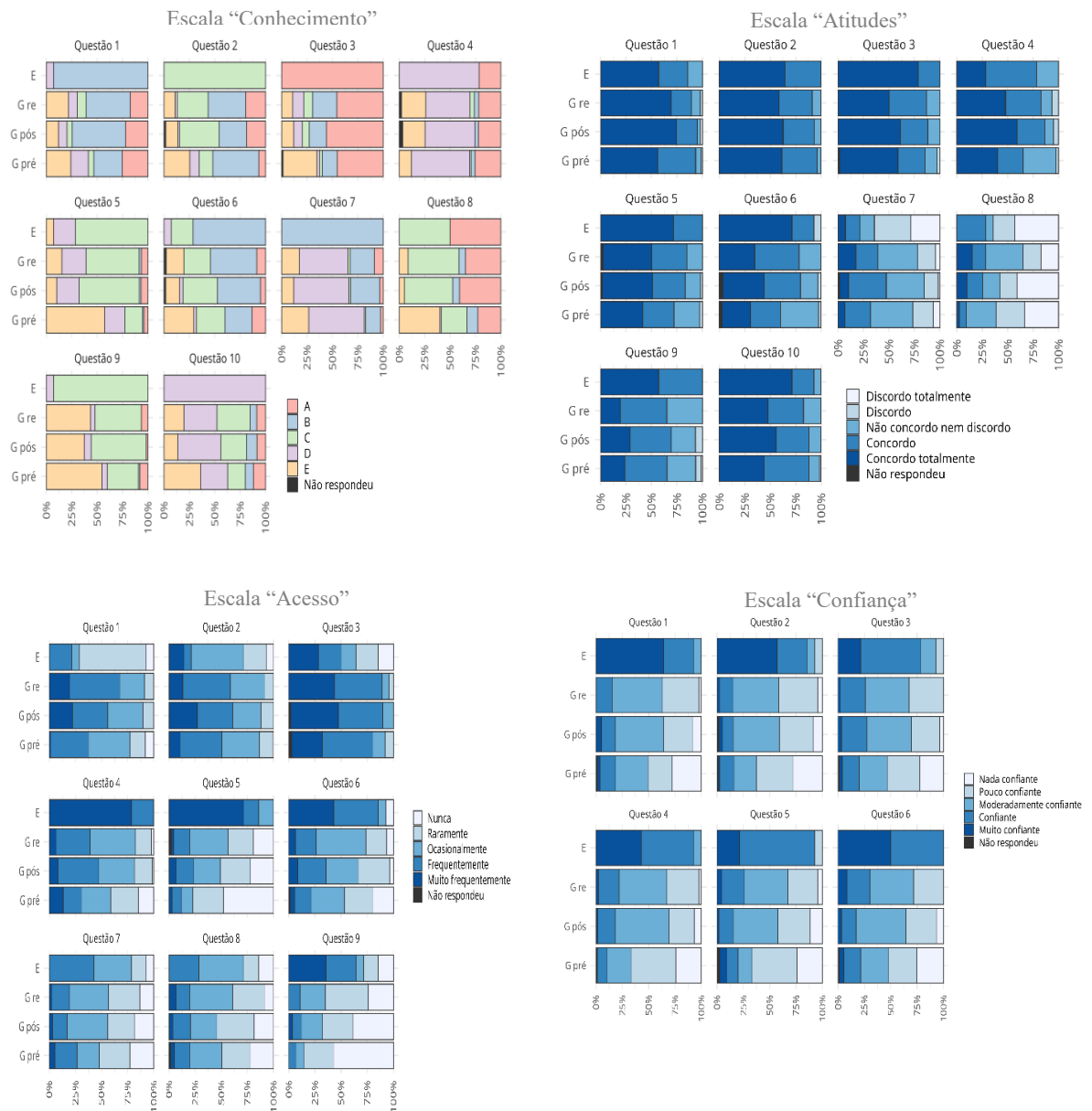


Figura 1. Distribuição das respostas nas escalas do instrumento KACE em função do grupo e momento de coleta. Legenda referente aos grupos de estudo: E - Especialista; G pré - Graduação pré treinamento; G pós - Graduação pós treinamento; G re - Graduação reteste. Neste link é possível acessar a legenda das questões: <https://flourish-user-preview.com/api/canva/embed/visualisation/23494293/4Be-hUIWaNIeFfD25igl47FFK4JS1mEprj6ZpqtqPSNRjASe8e6DIH3Sjohf4uk/>.

Na Figura 2 são apresentadas as porcentagens de respostas, na escala “Conhecimento e Análise Crítica” do instrumento KACE, para cada grupo e momento. Observa-se que todos os Especialistas acertaram as questões Q2, Q3, Q7 e Q10. A porcentagem de acertos dos Especialistas nas demais questões variou de 71,4% (Q5 e Q6) a 92,8% (Q1 e Q9). Para o grupo de Graduandos, pode-se observar que as porcentagens de acerto no momento pré-treinamento variaram de 13,3% (Q2) a 57,3% (Q4). Já após o treinamento, o grupo de Graduação apresentou acertos variando de 29,5% (Q7) a 60,0% (Q5). Observa-se ainda que a porcentagem de acertos na questão Q6 foi de 71,4% entre os Especialistas, e de 26,7% e 41,0% para os Graduandos pré e pós treinamento, respectivamente.

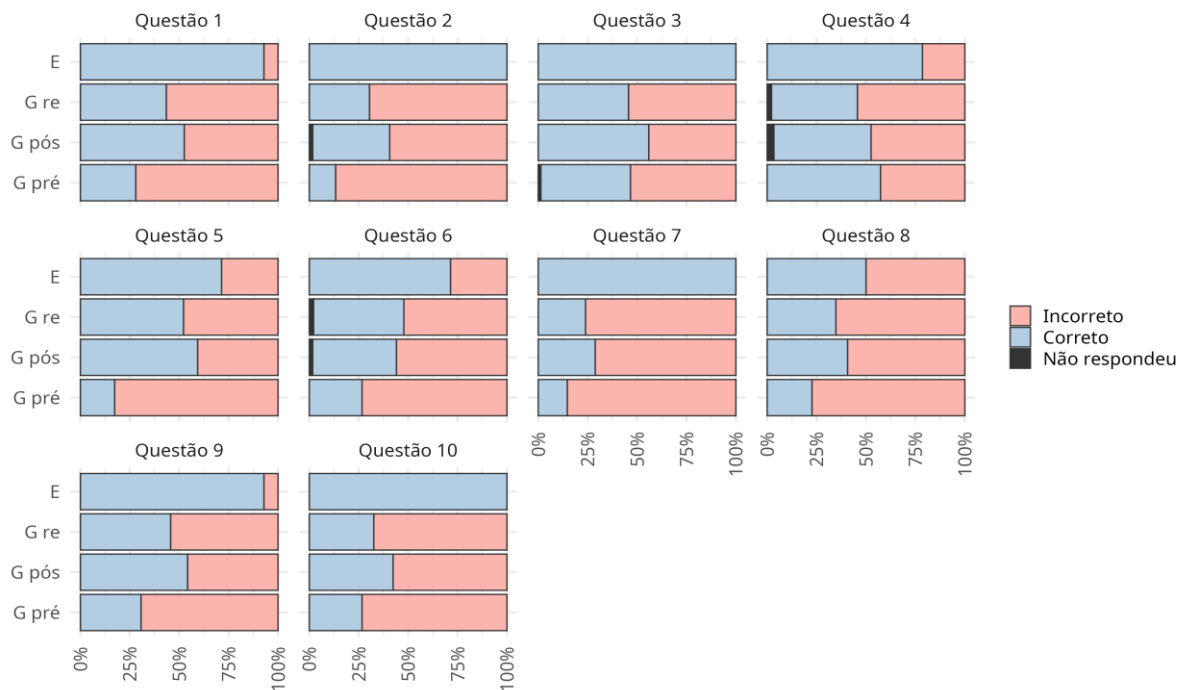


Figura 2. Distribuição das respostas na escala “Conhecimento de Análise Crítica” do instrumento Kace em função do grupo e momento de coleta. Legenda referente aos grupos de estudo: E - Especialista; G pré - Graduação pré treinamento; G pós - Graduação pós treinamento; G re -Graduação reteste. Neste link é possível acessar a legenda das questões: <https://flourish-user-preview.com/api/canva/embed/visualisation/23494293/4Be-hUIWAtNiEfD25igl47FFK4JS1mEprj6ZpqtqPSNRjASe8e6DIH3SJohf4uk/>.

#### 4.2.3.3. Confiabilidade

A consistência interna das escalas do instrumento foi avaliada por meio da análise fatorial confirmatória (AFC), apresentada na Tabela 2, e do alfa de Cronbach.

As covariâncias entre as escalas e p-valores da análise fatorial confirmatória, podem ser observados na Tabela 3. A CFA sugeriu a remoção das questões Q4 ( $p = 0,1463$ ), Q6 ( $p = 0,1451$ ) e Q8 ( $p = 0,2813$ ) da escala “Conhecimento de Análise Crítica”; da questão Q7 ( $p = 0,7387$ ) da escala “Atitudes sobre PBE”; e das questões Q1 ( $p = 0,4513$ ), Q2 ( $p = 0,3305$ ) e Q3 ( $p = 0,7802$ ;  $\beta = -0,0223$ ) da escala “Acesso à Evidência”, por apresentarem cargas fatoriais baixas ou não significativas. Os valores do alfa de Cronbach corroboraram as limitações apontadas pela CFA. Variando de 0,1278 (Graduação pré-treinamento) a 0,5663 (Especialistas) na escala “Conhecimento de Análise Crítica”.

Na escala “Atitudes sobre a PBE”, os coeficientes variaram amplamente de 0,3024 (Especialistas) a 0,8192 (graduação reteste) quando todos os itens foram considerados, mas houve melhora após a exclusão das questões indicadas, com valores entre 0,7162 e 0,9138.

Em “Acesso à Evidência”, os valores oscilaram entre 0,6737 e 0,7899 (graduação pré-treinamento), e, embora a exclusão das questões Q1, Q2 e Q3 tenha resultado em aumento dos coeficientes, a melhora foi apenas moderada, com variações entre 0,6829 e 0,7827 (graduação pré-treinamento).

A escala “Confiança nas Habilidades de Análise Crítica” apresentou os melhores índices de consistência interna, com alfas entre 0,8526 e 0,9261 (graduação pré-treinamento), indicando boa a excelente confiabilidade.

Ainda na análise da consistência interna do instrumento, para a escala “Conhecimento de Análise Crítica” foram calculadas as porcentagens de concordância entre os acertos nas 10 questões (Apêndice D). Observa-se que todos os Especialistas que acertam a questão Q3 também acertaram a questão Q2. Além disso, todos que acertaram a Q7 também acertaram as Q2 e Q3 e todos que acertaram a Q10 também acertaram as Q2, Q3 e Q7. Menor porcentagem de concordância (50%) foi observada entre a Q8 e as questões Q2, Q3, Q7 e Q10. Nessa Tabela também são apresentadas as porcentagens de concordância entre as respostas na escala “Conhecimento de Análise Crítica” para os demais grupos e momentos do estudo.

Tabela 2. Cargas fatoriais, p-valores da análise fatorial confirmatória e alfa de Cronbach para todos os domínios do instrumento (completo e excluindo questões indicadas pela AFC).

Variável latente	Item	Análise Fatorial Confirmatória (AFC)		Alfa de Cronbach	
		Estimativa padronizada da carga fatorial ( $\lambda$ )	p-valor	Instrumento completo	Instrumento sem questões
Conhecimento de análise crítica	1	0,5866	Referência	0,1278 a 0,5663	0,1195 a 0,5381 <sup>1</sup>
	2	0,6377	<0,0001		
	3	0,3691	0,0001		
	4	0,1294	0,1463		
	5	0,5141	<0,0001		
	6	0,1298	0,1451		
	7	0,4853	<0,0001		
	8	0,0955	0,2813		
	9	0,3464	0,0003		
	10	0,3762	<0,0001		
Atitudes sobre prática baseada em evidência em Odontologia	1	0,5699	Referência	0,3024 a 0,8192	0,7162 a 0,8648 <sup>2</sup>
	2	0,7401	<0,0001		
	3	0,8137	<0,0001		
	4	0,6966	<0,0001		
	5	0,7426	<0,0001		
	6	0,6641	<0,0001		
	7	0,0267	0,7387		
	8	-0,1724	0,0343		
	9	0,5691	<0,0001		
	10	0,7565	<0,0001		
Acesso à evidência	1	0,0603	0,4513	0,6737 a 0,7899	0,4592 a 0,7827 <sup>3</sup>
	2	0,0780	0,3305		
	3	-0,0223	0,7802		
	4	0,6715	Referência		
	5	0,9061	<0,0001		
	6	0,6734	<0,0001		
	7	0,3203	<0,0001		
	8	0,2566	0,0015		
	9	0,8039	<0,0001		
Confiança nas habilidades de análise crítica	1	0,8773	Referência	0,8526 a 0,9261	0,7590 a 0,9261
	2	0,8720	<0,0001		
	3	0,8258	<0,0001		
	4	0,8056	<0,0001		
	5	0,7696	<0,0001		
	6	0,8896	<0,0001		

Fonte: Elaboração própria. O modelo de AFC sugeriu a remoção: 1 - da questão 6 da escala "Conhecimento de Análise Crítica"; 2- das questões 7 e 8 da escala "Atitudes sobre PBE"; 3 - das variáveis 1, 2 e 3 da escala "Acesso à evidência".

Tabela 3. Covariâncias e p-valores da análise fatorial confirmatória.

Variável 1	Variável 2	Estimativa padronizada da covariância ( $\varphi$ )	p-valor
Conhecimento de análise crítica	Atitudes sobre prática baseada em evidência em Odontologia	0,3003	0,0061
	Acesso à evidência	0,4669	0,0001
	Confiança nas habilidades de análise crítica	0,5201	<0,0001
Atitudes sobre PBE em Odontologia	Acesso à evidência	0,3009	0,0021
	Confiança nas habilidades de análise crítica	0,2609	0,0040
Acesso à evidência	Confiança nas habilidades de análise crítica	0,5049	<0,0001

Fonte: Elaboração própria.

A análise da confiabilidade do instrumento por meio do teste-reteste demonstrou que o mesmo apresentou estabilidade aceitável nas aplicações em momentos distintos. O coeficiente de correlação intraclassa (ICC) variou de 0,52, indicando concordância satisfatória na escala “Acesso à Evidência”, a 0,81, valor que reflete excelente concordância na escala “Conhecimento de Análise Crítica” (Tabela 4). Ademais, não foram observadas diferenças estatisticamente significativas entre os escores das avaliações realizadas após o treinamento e no momento do reteste ( $p > 0,05$ ), conforme apresentado na Tabela 5, o que reforça a estabilidade temporal das medidas.

Tabela 4. Resultados das análises de correlação intraclassa (ICC) entre os momentos pós treinamento e reteste.

Escola	Gradação
Conhecimento de Análise Crítica	0,81 (0,66 – 0,90); p<0,0001
Atitudes sobre a PBE	0,72 (0,48 – 0,85); p<0,0001
Acesso à Evidência	0,52 (0,13 – 0,74); p=0,0077
Confiança nas Habilidades de Análise Crítica	0,64 (0,36 – 0,80); p=0,0004

Fonte: Elaboração própria. IC95% = intervalo de confiança de 95%.

Tabela 5. Escores de cada escala e escore total para os participantes de graduação no pós-treinamento e reteste.

Escala	Momento				p-valor
	Pós-treinamento		Reteste		
	Média (desvio padrão)	Mediana (primeiro quartil; terceiro quartil)	Média (desvio padrão)	Mediana (primeiro quartil; terceiro quartil)	
Conhecimento de Análise Crítica (10)*	4,62 (2,11)	5,0 (4,0; 6,0)	3,89 (1,91)	4,00 (3,0; 5,0)	0,6346
Atitudes sobre PBE (50)*	40,48 (4,75)	41,0 (37,0; 44,0)	39,55 (7,97)	40,0 (36,0; 44,0)	0,9094
Acesso à Evidência (45)*	27,75 (4,68)	28,0 (24,0; 31,0)	27,51 (6,10)	27,0 (25,5; 30,5)	0,6820
Confiança nas Habilidades de Análise Crítica (30)*	16,72 (4,46)	18,0 (14,0; 19,0)	17,00 (4,60)	18,0 (14,0; 19,0)	0,1473

\* Nota máxima a ser atingida. Fonte: Elaboração própria.

#### 4.2.3.4. Validade

A validade discriminante do instrumento KACE foi confirmada ao demonstrar sua capacidade de distinguir entre grupos com níveis distintos de conhecimento sobre o tema. Conforme evidenciado na Tabela 6 e Figura 3, os escores médios nas escalas “Conhecimento de Análise Crítica”, “Acesso à Evidência” e no escore total do instrumento foram significativamente maiores entre os Especialistas e menores entre os alunos de Graduação ( $p < 0,05$ ), o que reforça a sensibilidade do instrumento para captar diferenças reais entre os grupos avaliados.

Tabela 6. Análise comparativa das respostas ao instrumento KACE por graduandos comparados as respostas dos especialistas.

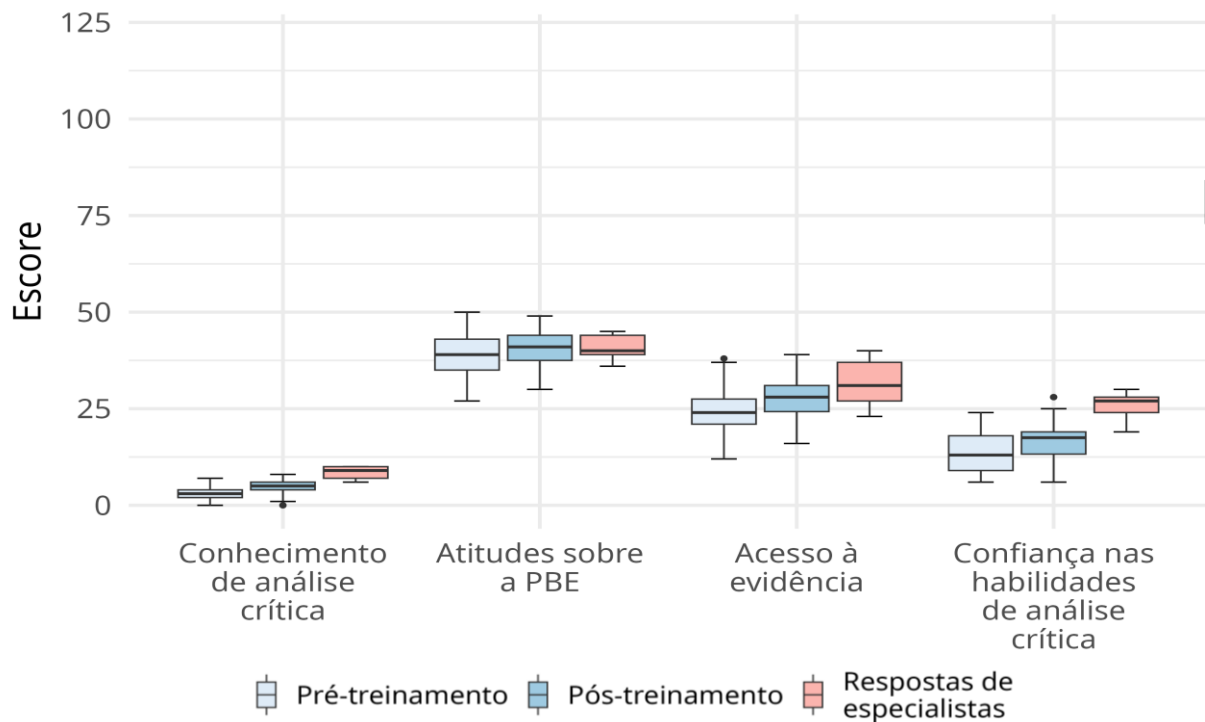
Escala	Pré-treinamento		Pós-treinamento		Especialista		p-valor
	Média (desvio padrão)	Mediana (primeiro quartil; terceiro quartil)	Média (desvio padrão)	Mediana (primeiro quartil; terceiro quartil)	Média (desvio padrão)	Mediana (primeiro quartil; terceiro quartil)	
Conhecimento de Análise Crítica	2,83 (1,46)	3,0 (2,0; 4,0) C	4,62 (2,11)	5,0 (4,0; 6,0) B	8,57 (1,40)	9,0 (7,2; 10,0) A	<0,00 01
Atitudes sobre a PBE	38,61 (4,77) A	38,0 (35,0; 42,5)	40,48 (4,75) A	41,0 (37,0; 44,0)	41,00 (2,99) A	40,0 (39,0; 43,8)	0,034 8

Escala	Pré-treinamento		Pós-treinamento		Especialista		p-valor
	Média (desvio padrão)	Mediana (primeiro quartil; terceiro quartil)	Média (desvio padrão)	Mediana (primeiro quartil; terceiro quartil)	Média (desvio padrão)	Mediana (primeiro quartil; terceiro quartil)	
Acesso à Evidência	24,44 (5,78) C	24,0 (21,0; 27,0)	27,75 (4,68) B	28,0 (24,0; 31,0)	31,79 (5,69) A	31,0 (27,2; 37,0)	<0,0001
Confiança nas Habilidades de Análise Crítica	13,83 (5,75)	13,0 (9,0; 18,0) C	16,72 (4,46)	18,0 (14,0; 19,0) B	25,79 (3,31)	27,0 (24,0; 28,0) A	<0,0001

Médias e medianas seguidas por letras distintas diferem entre si ( $p \leq 0,05$ ). Fonte: Elaboração própria.

Quanto à responsividade, observou-se que o instrumento foi capaz de detectar os efeitos do treinamento aplicado aos alunos de graduação. Houve aumento significativo nos escores das escalas “Conhecimento de Análise Crítica”, “Acesso à Evidência” e “Confiança nas Habilidades de Análise Crítica” após o treinamento ( $p < 0,05$ ). No entanto, mesmo após a intervenção, os graduandos ainda apresentaram escores significativamente inferiores aos dos especialistas ( $p < 0,05$ ). Não foi identificado efeito significativo do treinamento na escala “Atitudes sobre a PBE”, entre graduando e especialistas, mesmo pós-treinamento ( $p > 0,05$ ).

Figura 3. Box plot dos escores das escalas em função do treinamento para graduação e especialistas, representada por medianas (linha central) e quartis (caixa).



As caixas representam o intervalo interquartil (Q1–Q3) e as linhas dentro das caixas indicam as medianas. Os pontos representam valores discrepantes (outliers). Fonte: Elaboração própria.

#### 4.2.4. Discussão

A inexistência de instrumentos adaptados e validados para mensurar desfechos relacionados ao treinamento em Odontologia Baseada em Evidências no Brasil, motivou a adaptação transcultural para o português brasileiro e análise das propriedades de medida do instrumento KACE (Knowledge, Attitudes, Access, and Confidence Evaluation). Viabilizar sua aplicação no contexto nacional, pode atender às necessidades das instituições de ensino e serviços de saúde no país que busquem acompanhar o processo ensino-aprendizagem da Prática Baseada em Evidência no contexto odontológico [11, 13].

#### **Confiabilidade**

Os resultados demonstraram que a versão brasileira do KACE apresentou níveis aceitáveis de confiabilidade, especialmente nas escalas de “Confiança nas Habilidades de Análise Crítica” e “Atitudes sobre a PBE”, quando consideradas as modificações sugeridas pela análise fatorial confirmatória. A escala de “Confiança nas Habilidades de Análise Crítica” apresentou os melhores desempenhos nos diferentes grupos avaliados, com coeficientes alfa de Cronbach considerados satisfatórios [19], (0,7075 a 0,9261), e compatíveis com os resultados do estudo original de Hendricson et al. [14] (0,872 a 0,941), e da adaptação francesa conduzida por Agossa et al. [17] (0,82 a 0,93). Resultados semelhantes foram relatados na validação da versão vietnamita do KACE, que apresentou excelente consistência interna, com alfas variando de 0,55 a 0,97 entre as quatro escalas [25]. Além disso, Rodriguez-Fitzpatrick et al. [21] observaram, no Canadá, melhora significativa nos escores de conhecimento (2,7 para 4,4) e confiança (15,3 para 19,5) após um curso de 11 semanas, ainda que persistissem fragilidades em itens como Q6 e Q8.

Por outro lado, a escala “Conhecimento de Análise Crítica” apresentou os menores índices de consistência interna (0,127 a 0,566), resultado também reportado tanto no estudo original de Hendricson et al. [14], com variação entre 0,208 a 0,781, quanto na versão francesa [17], com variação entre 0,09 a 0,47. Nesse último estudo, além da exclusão da questão Q6, também foi sugerida a exclusão da questão Q3 para melhorar a consistência interna da escala, visto ter mostrado coeficientes alfas negativos no grupo de especialistas. Em nossa análise, além da questão Q6, também foi indicado excluir as questões Q4 e Q8, relacionadas, respectivamente, à identificação do número ideal de participantes em ensaios clínicos e à escolha do

desenho de estudo adequado para testes diagnósticos. Essas dificuldades também foram observadas por Rodriguez-Fitzpatrick et al. [21], que apontaram Q6 e Q8 como pontos críticos para o desempenho dos alunos. A escala de conhecimento pode demandar uma revisão mais aprofundada, seja pelo aumento do número de itens [17], seja pela reformulação de enunciados, evitando ambiguidade ou tópicos de conhecimento excessivamente distintos, além de sua adequação ao contexto brasileiro.

As demais escalas do instrumento apresentaram resultados satisfatórios de consistência interna. A escala “Atitudes sobre a PBE” variou entre 0,3024 a 0,8192, valores semelhantes aos observados nos estudos de Hendricson et al. [14] e Agossa et al. [17], que reportaram variações entre 0,573 a 0,834 e 0,21 a 0,66, respectivamente. Na escala “Acesso à Evidência” valores entre 0,6737 e 0,7899, sendo compatíveis com os estudos anteriores, que apontaram variação de 0,617 a 0,844 [14] e de 0,63 a 0,75 [17]. O estudo de Tran et al. [25] corroborou esses achados, relatando alfas elevados para as escalas de Atitudes (0,90–0,97), Acesso (0,90–0,96) e Confiança (0,83–0,93).

Em relação à análise teste-reteste, os resultados foram considerados satisfatórios (moderada a boa), com coeficientes de correlação intraclassa (ICC) variando de 0,52 a 0,81. O melhor desempenho foi observado na escala “Conhecimento de Análise Crítica” (ICC = 0,81), enquanto a escala “Acesso à Evidência” apresentou confiabilidade moderada (ICC = 0,52) [24]. Além disso, não foram observadas diferenças estatisticamente significativas entre os escores do pós-treinamento e do reteste entre os estudantes de graduação, o que reforça a estabilidade da medida ao longo do tempo. Na validação vietnamita do KACE, Tran et al. (2025) também obtiveram excelente confiabilidade teste-reteste, com ICC geral de 0,861, confirmando que o instrumento mantém sua robustez em diferentes contextos culturais.

No estudo original de Hendricson et al. [14], a reprodutibilidade foi avaliada por meio da correlação de Pearson, com resultados também considerados satisfatórios: Conhecimento ( $r = 0,66$ ), Atitudes ( $r = 0,66$ ), Acesso ( $r = 0,74$ ) e Confiança ( $r = 0,76$ ). Entre os docentes, a escala de conhecimento apresentou correlação de 0,79. Embora metodologicamente distintas, as medidas de ICC e correlação de Pearson são ambas indicativas de consistência entre as aplicações, e os valores encontrados nos dois estudos são comparáveis, especialmente para as escalas de conhecimento e

confiança [24]. O ICC, por considerar variabilidade intra e intersujeitos, é mais conservador que a correlação de Pearson, o que confere ainda maior robustez aos achados do presente estudo.

### **Validade**

A validade discriminante do KACE também foi confirmada, uma vez que o instrumento foi capaz de diferenciar, de forma significativa, os doutores dos estudantes de graduação nas escalas de “Conhecimento de Análise Crítica”, “Acesso à Evidência” e no escore total, com escores superiores para os doutores ( $p < 0,05$ ). Entretanto, não foram encontradas diferenças significativas na escala “Atitudes sobre a PBE”, sugerindo que essa dimensão pode não ser tão sensível para captar diferenças entre níveis de formação ou que atitudes sejam menos suscetíveis à variação em curto prazo. Esses achados corroboram os resultados do estudo original [14] e na adaptação francesa [17].

Quanto à análise de responsividade, observou-se melhora significativa nos escores dos estudantes de graduação nas escalas de “Conhecimento de Análise Crítica”, “Acesso à Evidência” e “Confiança nas Habilidades de Análise Crítica” após a intervenção educativa ( $p < 0,05$ ). Esse resultado demonstrou a capacidade do instrumento em captar os efeitos do treinamento, como também foi observado em estudos anteriores conduzidos na Índia [20], no Canadá [21] e nos Estados Unidos [22]. De forma semelhante, Agossa et al. [17] identificaram aumento significativo nos escores pós-intervenção nas escalas de conhecimento e confiança, indicando que o curso ofertado pareceu ter contribuído não apenas para o conhecimento, mas para a percepção dos estudantes acerca da PBE. Entretanto, estes autores não observaram mudanças expressivas nas escalas de acesso à evidência e atitudes [17]. O estudo de Hendricson et al. [14], responsável pelo desenvolvimento do KACE, demonstrou melhora significativa em todas as escalas após a intervenção, o que pode refletir diferenças contextuais, metodológicas ou de intensidade do treinamento aplicado. Intervenções educacionais relacionadas à PBE parecem melhorar os níveis de conhecimento percebido (autorreferido) e de conhecimento real (objetivamente avaliado) dos estudantes de odontologia, entretanto, estudos que busquem realizar a análise desse conhecimento devem buscar instrumentos validados como parâmetros de avaliação [23]. O KACE apesar de se apresentar como um instrumento válido, tem limitações em relação à abrangência das dimensões avaliadas, já que não contempla

aspectos como barreiras, facilitadores, práticas efetivas e benefícios percebidos para o paciente [13].

Importante destacar que, mesmo após a intervenção, os escores dos estudantes permaneceram significativamente inferiores aos dos doutores, o que reforça a necessidade de estratégias pedagógicas contínuas e de longo prazo para o desenvolvimento de competências em PBE ao longo da formação profissional. Este fato corrobora com estudos prévios, como o de Rodriguez-Fitzpatrick et al. [21], que destacou que o domínio da Prática Baseada em Evidências requer não apenas intervenções pontuais, mas também mudanças estruturais nos currículos odontológicos. Um aspecto relevante diz respeito à fragilidade observada na construção da dimensão “Atitudes sobre a PBE”. Em duas das 10 questões - itens 7 (“Tem sido difícil para mim praticar odontologia baseada em evidências no último ano”) e 8 (“PBE é um ‘cuidado odontológico de receitas’”) - a interpretação é inversa às demais, com escores menores, apontando para resultados mais favoráveis, o que pode confundir o respondente. A ausência de efeito significativo nesta dimensão após o treinamento, sugere que as atitudes podem ser menos suscetíveis a mudanças a curto prazo e que abordagens educativas mais robustas, com foco em aspectos comportamentais e motivacionais, sejam necessárias para promover mudanças mais consistentes nessa dimensão.

Outra limitação foi constatada na escala “Acesso à Evidência”, onde não há diferenciação da qualidade ou da proficiência no uso das melhores fontes disponíveis, tratando diferentes estratégias de acesso e níveis de qualidade como equivalentes. Isso significa que, ainda que o participante relate acessar evidências, o instrumento não permite distinguir se ele recorre a fontes confiáveis e de alto nível científico ou a informações de baixa qualidade. Essa limitação pode superestimar a competência declarada, ao não balizar a frequência e a proficiência no uso das melhores evidências científicas.

Os achados do presente estudo evidenciam o uso do KACE como ferramenta para avaliar treinamento em PBE, principalmente por se tratar do único instrumento disponível originalmente dedicado para a Odontologia. No entanto, é importante, reconhecer que o KACE não contempla todas as dimensões relevantes para uma avaliação abrangente da Odontologia Baseada em Evidências, como também observado por Oliveira Prado et al. [13].

As limitações observadas na consistência interna de alguns domínios e a baixa sensibilidade do domínio de atitudes, nos permitem sugerir estudos futuros que contemplem aprimoramentos no instrumento, ou sua combinação com outras ferramentas que incluam dimensões ainda não avaliadas, como barreiras institucionais, práticas clínicas reais e impactos percebidos na atenção ao paciente. Além disso, recomenda-se a realização de análises fatoriais mais robustas em amostras maiores e diversificadas, bem como o desenvolvimento de novos instrumentos fundamentados nas Diretrizes do Sicily Statement on Evidence-Based Practice [2], que orientam a construção e avaliação de competências em PBE. Estudos longitudinais também são indicados, pois podem contribuir para compreensão aprofundada da evolução dessas competências ao longo da formação acadêmica e da prática profissional.

#### 4.2.5. Conclusão

Conclui-se que a versão em português-brasileiro do KACE apresentou evidências de validade e confiabilidade, configurando-se como um instrumento viável para mensurar o conhecimento, as atitudes, o acesso à evidência e a confiança nas habilidades de análise crítica entre graduandos em Odontologia. Os resultados obtidos indicam que o instrumento é adequado para avaliação dessas dimensões no contexto da Odontologia Baseada em Evidência, podendo contribuir para a avaliação da formação acadêmica em âmbito nacional.

#### **Agradecimentos**

Agradecemos aos autores do estudo original, no nome do Prof<sup>o</sup> Dr<sup>o</sup> William D. Hendricson, que anuiu este estudo. Agradecemos aos estudantes das universidades participantes que gentilmente dedicaram seu tempo para responder ao instrumento, contribuindo de forma essencial para o desenvolvimento deste estudo. Aos doutores que aceitaram participar como respondentes e, especialmente, aos membros do comitê de especialistas que colaboraram de maneira criteriosa e generosa na avaliação das versões traduzidas, garantindo a qualidade e a adequação cultural do instrumento para o contexto brasileiro.

#### **Declaração de conflito de interesse**

Os autores declaram não haver interesses conflitantes.

## **Declaração de disponibilidade de dados**

Os conjuntos de dados gerados e/ou analisados durante o presente estudo não estão disponíveis publicamente devido à inclusão de informações de participantes humanos e a restrições éticas quanto ao compartilhamento dos dados. No entanto, dados anonimizados poderão ser disponibilizados pelo autor correspondente mediante solicitação razoável e com autorização do comitê de ética em pesquisa da instituição.

## **Contribuição dos autores**

Todos os autores contribuíram substancialmente para a concepção, o delineamento e o desenvolvimento do estudo, bem como para a redação e revisão crítica do manuscrito. Todos os autores aprovaram a versão final do manuscrito e concordam em se responsabilizar por todos os aspectos do trabalho.

### 4.2.6. Referências

1. Sackett DL, Rosenberg WM, Grey JA, Haynes RB, Richardson WS. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *BMJ*. 1996;312:71–2.
2. Dawes M, Summerskill W, Glasziou P, Cartabellotta A, Martin J, Hopayian K, et al. Sicily statement on evidence-based practice. *BMC Med Educ*. 2005;5(1):1. doi:10.1186/1472-6920-5-1.
3. Chiappelli F. Evidence-Based Dentistry: Two Decades and Beyond. *J Evid Based Dent Pract*. 2019;19(1):7–16.
4. Feres MFN, Albuini ML, de Araújo Castro Santos RP, de Almeida-Junior LA, Flores-Mir C, Roscoe MG. Dentists' awareness and knowledge of evidence-based dentistry principles, methods and practices: a systematic review. *Evid Based Dent*. 2022. doi:10.1038/s41432-022-0821-2.
5. Neuppmann Feres MF, Roscoe MG, Job SA, Mamani JB, Canto GL, Flores-Mir C. Barriers involved in the application of evidence-based dentistry principles. *J Am Dent Assoc*. 2020;16:16–25.
6. Araujo GA, Correia LCL, Siqueira JR, et al. Consensus on evidence-based medicine curriculum contents for healthcare schools in Brazil. *BMJ Evid Based Med*. 2021;26(5):248.

7. Thomes CR, Nogueira TE, Reis T, et al. Lack of evidence-based practice discipline in the curriculums of the Brazilian undergraduate dentistry programs. *J Evid Based Med*. 2023;16(1):10–12.
8. Schneider LR, Pereira RPG, Ferraz L. Evidence-based practice and sociocultural analysis in primary care. *Physis*. 2020;30:e300232. doi:10.1590/S0103-73312020300232.
9. Shaneyfelt T, Mayo-Smith MF, Rothwangl J. Instruments for evaluating education in evidence-based practice: A systematic review. *JAMA*. 2006;296(9):1116–22.
10. Ciancio MJ, Ladeinde A, Mata D, et al. Self-perceived knowledge, skills, attitudes, and use of evidence-based dentistry among practitioners transitioning to dental educators. *J Dent Educ*. 2017;81(3):271–7.
11. Landsverk NG, Olsen NR, Brovold T. Instruments measuring evidence-based practice behavior, attitudes, and self-efficacy among healthcare professionals: A systematic review of measurement properties. *Implement Sci*. 2023;18(1):42.
12. Imorde L, Möltner A, Runschke M, et al. Adaptation and validation of the Berlin questionnaire of competence in evidence-based dentistry for dental students: a pilot study. *BMC Med Educ*. 2020;20. doi:10.1186/s12909-020-02053-0
13. Oliveira Prado V, Flores-Mir C, Feres M, et al. Questionnaires related to evidence-based practice applied to dentists, faculty members or dental students: A scoping review. *Evid Based Dent*. 2025. doi:10.1038/s41432-025-01136-5.
14. Hendricson WD, Rugh JD, Hatch JP, Stark DL, Deahl T, Wallmann R, et al. Validation of an instrument to assess evidence-based practice knowledge, attitudes, access, and confidence in the dental environment. *J Dent Educ*. 2011;75(2):131–44.
15. Beaton DE, Bombardier C, Guillemin F, Ferraz MB. Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. *Spine*. 2000;25(24):3186–91.
16. Gagnier JJ, Lai J, Mokkink LB, Terwee CB. COSMIN reporting guideline for studies on measurement properties of patient-reported outcome measures. *Qual Life Res*. 2021;30:2197–2218.
17. Agossa K, Bertaud-Gounot V, Pascal E, et al. Knowledge, attitude, access and confidence in evidence-based practice amongst French dental undergraduates:

- A transcultural adaptation and psychometrics analysis of French version of the KACE questionnaire. *Eur J Dent Educ.* 2022;26(1):106–15.
18. Brown TA. *Confirmatory factor analysis for applied research.* New York: Guilford Publications; 2015.
  19. Souza AC, Alexandre NMC, Guirardello EB. Psychometric properties in instruments evaluation of reliability and validity. *Epidemiol Serv Saude.* 2017;26(3):649–59.
  20. Wadgave U, Mohite R, Ghongade R, et al. Effect of training on evidence-based practice to undergraduate dental students: Pre and postexperimental study. *Int J Evid Based Healthc.* 2020;18(1):101–7.
  21. Rodriguez-Fitzpatrick S, Teich ST, Goldstein RE. Dental students' knowledge, attitude, and confidence toward evidence-based dentistry: A 5-year retrospective study. *J Contemp Dent Pract.* 2022;23(11):1146–9.
  22. Tebcherany H, Khocht A. An evidence-based teaching approach enhances student learning of periodontal disease pathogenesis. *J Dent Educ.* 2024;88(3):304–13.
  23. Molena KF, Prado VO, Paulo AC, et al. Knowledge changes after applying evidence-based dentistry educational interventions to dental students: A systematic review. *J Dent Educ* 2023;87(9):1321–69. doi:10.1002/jdd.13290.
  24. Szklo, M, Nieto, FJ, Miller D. *Epidemiology: Beyond the basics.* [S. l.]: Oxford University Press, 2001.
  25. Tran PNQ, Dien VHA, Nguyen TTH, et al. Reliability and validity of Vietnamese version of the Knowledge, Attitudes, Access, and Confidence Evaluation questionnaire. *BDJ* 2025;11(1),30.

4.3. **Artigo 2** - Análise de propriedades de medida do instrumento KACE (Knowledge, Attitudes, Access, and Confidence) no treinamento em Prática Baseada em Evidência de pós-graduandos em Odontologia.

Autores relacionados<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Vínculo institucional do autor, Endereço e E-mail.

\*Autor(a) de correspondência

---

Artigo elaborado de acordo com as normas da revista *European Journal Of Dental Education* (Anexo C).

## RESUMO

**Objetivo:** Analisar as propriedades de medida do instrumento KACE (Knowledge, Attitudes, Access, and Confidence Evaluation), versão brasileira, voltado à avaliação do treinamento em Prática Baseada em Evidências, entre estudantes de pós-graduação em Odontologia, a fim de verificar sua validade, confiabilidade e adequação ao contexto educacional brasileiro.

**Métodos:** Estudo quantitativo, com aplicação da versão brasileira do instrumento KACE a estudantes de programas de pós-graduação em Odontologia. Participaram do estudo 35 estudantes de pós-graduação em Odontologia e 14 especialistas em Odontologia. Foram analisadas as propriedades de confiabilidade e validade, utilizando análise fatorial confirmatória, alfa de Cronbach, coeficiente de correlação intraclasse e testes de diferença entre grupos. Também foram coletadas variáveis sociodemográficas para caracterização da amostra.

**Resultados:** A escala “Confiança nas Habilidades de Análise Crítica” apresentou os melhores índices de consistência interna ( $\alpha$  entre 0,7075 e 0,8559), enquanto a escala “Conhecimento de Análise Crítica” obteve os menores valores ( $\alpha$  entre 0,2596 e 0,5663), com melhora após exclusão da questão Q8, conforme sugerido pela análise fatorial confirmatória. O teste-reteste demonstrou estabilidade aceitável das respostas, com coeficientes de correlação intraclasse variando entre 0,50 (acesso à evidência) e 0,89 (conhecimento). Observou-se validade discriminante com escores significativamente maiores entre especialistas em comparação aos pós-graduandos ( $p < 0,05$ ), especialmente nas escalas de conhecimento, acesso e confiança. Além disso, os escores aumentaram significativamente após intervenção educativa ( $p < 0,05$ ), demonstrando responsividade do instrumento. A escala de atitudes, entretanto, não apresentou variações estatisticamente significativas entre os momentos avaliados ( $p > 0,05$ ).

**Conclusão:** A versão brasileira do KACE demonstrou-se válida, confiável e responsiva para avaliar efeitos de treinamento em prática baseada em evidências entre estudantes de pós-graduação em Odontologia, se consolidando como uma ferramenta de apoio ao planejamento e à avaliação de estratégias formativas voltadas PBE.

**Palavras-chave:** Odontologia Baseada em Evidências; Prática Clínica Baseada em Evidências; Pós-graduação; Traduções; Inquéritos e Questionários.

#### 4.3.1. Introdução

A prática baseada em evidências (PBE) constitui um pilar fundamental na formação de profissionais de saúde [1], e sua incorporação no ensino odontológico tem ganhado destaque crescente nos currículos de Odontologia [2]. No contexto da pós-graduação, o domínio das competências relacionadas à PBE é essencial para o aprimoramento clínico e acadêmico [3]. Estudos indicam que o ensino da PBE nesse nível educacional ainda apresenta lacunas, especialmente no que se refere à efetiva integração dos seus princípios nas atividades formativas [4, 5]. Formar docentes competentes em PBE favorece que estes atuem como multiplicadores desse conhecimento, promovendo a disseminação de práticas baseadas em evidências entre alunos e colegas de profissão. Embora a valorização da PBE seja amplamente reconhecida, sua operacionalização nos programas de pós-graduação ainda é limitada, o que ressalta a necessidade de utilização de instrumentos válidos para mensurar tais competências [12].

Oliveira Prado et al. [6] identificaram uma diversidade de questionários voltados à avaliação da PBE, destacando suas características e limitações. O instrumento KACE (Knowledge, Attitudes, Access, and Confidence Evaluation), desenvolvido para o contexto odontológico por Hendricson et al. [7], demonstrou propriedades de medida robustas, como clareza, consistência interna, validade aparente, validade discriminante e responsividade, podendo ser utilizado para esse fim. Recentemente, esse instrumento foi adaptado transculturalmente e validado para aplicação junto a estudantes brasileiros [8], estando agora disponível para a avaliação das competências em PBE no cenário nacional.

O desempenho do instrumento traduzido ainda não foi observado entre estudantes de pós-graduação brasileiros, considerando as especificidades socioculturais e acadêmicas desse grupo. A aplicação de um instrumento já consolidado e adaptado pode oferecer subsídios relevantes para o desenvolvimento de estratégias pedagógicas voltadas ao fortalecimento da formação baseada em evidências no Brasil. Dessa forma, este estudo tem como objetivo aplicar a versão brasileira do instrumento KACE entre estudantes de pós-graduação em Odontologia,

bem como consolidar suas propriedades de medida, a fim de verificar sua adequação ao contexto da pós-graduação brasileiro.

#### 4.3.2. Métodos

##### 4.3.2.1. Desenho

Trata-se de um estudo metodológico, de natureza quantitativa, com delineamento transversal, cujo objetivo foi analisar as propriedades de medida da versão brasileira do instrumento Knowledge, Attitudes, Access, and Confidence Evaluation (KACE) entre estudantes de pós-graduação em Odontologia [8].

##### 4.3.2.2. Participantes

Foram incluídos estudantes maiores de 18 anos regularmente matriculados nos programas de pós-graduação stricto sensu em Odontologia a Universidade Federal do Espírito Santo (UFES) e Universidade de Brasília (UnB), além de especialistas brasileiros, doutores em Odontologia. Foram excluídos estudantes de outras nacionalidades e/ou que tivessem residido fora do país.

A participação dos estudantes foi voluntária e não teve impacto no currículo. Os dados foram coletados por meio de formulários impressos, preenchidos anonimamente e tabulados em duplicata e também por meio eletrônico, utilizando a plataforma Google Forms. A aplicação ocorreu em três momentos: antes e após a disciplina com os conteúdos de Prática Baseada em Evidências (PBE), e em um reteste realizado duas semanas após o segundo teste.

Os especialistas incluídos tinham mais de cinco anos de experiência no ensino de PBE e/ou em pesquisas com questionários e análise de propriedades de medida, eram vinculados a instituições de ensino superior no Brasil e atuavam em cursos de Odontologia. Especialistas de outras nacionalidades foram excluídos. Eles atuaram como grupo de controle, respondendo ao questionário apenas uma vez, por meio eletrônico. Todos os participantes forneceram consentimento livre e esclarecido

##### 4.3.2.3. Instrumento KACE – Versão brasileira

Foi utilizada a versão brasileira do instrumento KACE, previamente traduzida, adaptada transculturalmente e validada por Barolo et al. [8]. O KACE é composto por quatro escalas: Conhecimento em análise crítica, Atitudes sobre a prática baseada

em evidências, Acesso às evidências científicas e Confiança nas habilidades em análise crítica. A versão brasileira preservou a estrutura original do instrumento e passou por processo de validação semântica e análise inicial de confiabilidade. A aplicação do questionário foi autoadministrada após as orientações sobre seu preenchimento.

#### 4.3.2.4. Variáveis sociodemográficas

Foram coletados dados adicionais dos estudantes para caracterização da amostra, incluindo: instituição de ensino, gênero (masculino, feminino ou outro), tempo de formação, se está atuando na docência, participação prévia em treinamento em Prática Baseada em Evidências (PBE), carga horária do treinamento (em horas) e se haviam cursado disciplinas como metodologia de pesquisa, epidemiologia e bioestatística.

Para os especialistas, foram registrados: idade, gênero, tempo de formado e de doutorado (em anos), área de ensino, período/semestre de atuação, tipo de atividade docente (teórica, prática ou ambos), atuação e orientação na pós-graduação, participação em treinamento em PBE e local/programa desse treinamento.

#### 4.3.2.5. Propriedades analisadas

As propriedades de medida do instrumento foram avaliadas quanto à confiabilidade e validade.

- (i) Confiabilidade: A consistência interna foi avaliada por análise fatorial confirmatória (CFA), considerando bom ajuste quando  $p > 0,05$ , RMSEA  $< 0,08$ , e CFI e TLI  $> 0,90$  [9]. Para a escala “Conhecimento de Análise Crítica”, foram avaliadas as porcentagens de concordância e Kappa. Para as demais escalas, foi calculado o  $\alpha$  de Cronbach. A confiabilidade teste-reteste foi analisada pelo coeficiente de correlação intraclassa (ICC), comparando respostas pós-treinamento e reteste. As diferenças entre os escores foram testadas com t pareado (ou Wilcoxon, quando aplicável).
- (ii) Validade: A validade discriminante foi testada por ANOVA e Tukey ou, quando necessário, pelos testes de Kruskal-Wallis e Dunn, comparando escores pré-treinamento entre graduação, pós-graduação e especialistas. Os pressupostos foram avaliados com os testes de Shapiro-Wilk

(normalidade) e Bartlett (homocedasticidade). A responsividade foi analisada comparando escores pré e pós-treinamento e entre especialistas, usando os mesmos testes.

Foram realizadas análises descritivas e exploratórias, com médias, medianas, quartis, desvios padrão para variáveis contínuas e frequências e porcentagens para variáveis categóricas. Todas as análises foram conduzidas no (R Core Team, 2025), com nível de significância de  $\alpha = 5\%$ .

#### 4.3.2.6. Considerações éticas

O projeto de pesquisa foi aprovado pelos Comitês de Ética em Pesquisa: CEP-FS-UnB (CAAE 58153622.0.0000.0030) e CEP-UFES (CAAE 77022424.1.0000.5060).

#### 4.3.3. Resultados

##### 4.3.3.1. Aplicação do instrumento

Quarenta e nove participantes responderam ao instrumento adaptado transculturalmente (Pós-graduação: n=35; especialistas n=14). Um total de noventa e cinco instrumentos foram analisados (Pré-treinamento n=32; Pós-treinamento n=35; Reteste n= 14; Especialistas n=14).

A Tabela 1 descreve o perfil dos participantes do estudo. Observa-se que 85,7% são do sexo feminino e 14,3% do sexo masculino, com tempo médio de formado em Odontologia de 4 anos. Além disso, 91,4% estão cursando o mestrado e 8,6% o doutorado. Pode-se observar ainda que 42,85% receberam treinamento prévio em PBE. Entre os especialistas, 64,3% são do sexo feminino e 35,7% do sexo masculino, sendo que todos possuem título de doutor. A maioria apresenta mais de 15 anos de formação em Odontologia (64,3%) e mais de 10 anos desde a conclusão do doutorado (57,1%). Todos os especialistas ministram aulas na pós-graduação e orientam alunos de mestrado e/ou doutorado.

Tabela 1. Análise descritiva das variáveis de perfil dos alunos de Pós-graduação (n=35) e Especialistas (n=14) participantes do estudo.

Variáveis	Estatística
Pós-graduandos em Odontologia	

<b>Variáveis</b>	<b>Estatística</b>
<b>Idade</b>	
Média (desvio padrão)	28,37 (5,30)
Mediana (mínimo; máximo)	26,0 (23,0; 41,0)
<b>Gênero, n (%)</b>	
Feminino	30 (85,7%)
Masculino	5 (14,3%)
<b>Tempo de formado em Odontologia, n (%)</b>	
Média (desvio padrão)	4,06 (4,72)
Mediana (mínimo; máximo)	2,0 (0,0; 18,0)
<b>Nível no programa de pós-graduação, n (%)</b>	
Mestrado	32 (91,4%)
Doutorado	3 (8,6%)
<b>Está atuando como docente em curso de graduação em Odontologia, n (%)</b>	
Não	32 (91,4%)
Sim	3 (8,6%)
<b>Recebeu treinamento em PBE, n (%)</b>	
Não/Não tem certeza	20 (57,14%)
Sim	15 (42,85%)
<b>Especialistas</b>	
<b>Idade</b>	
Média (desvio padrão)	44,36 (10,82)
Mediana (mínimo; máximo)	41,5 (31,0; 76,0)
<b>Gênero, n (%)</b>	
Masculino	5 (35,7%)
Feminino	9 (64,3%)
<b>Tempo de formado em Odontologia, n (%)</b>	
Até 5	0 (0,0%)
Entre 5 e 10	1 (7,1%)
Entre 10 e 15	4 (28,6%)
Maior que 15	9 (64,3%)
<b>Tempo de Doutorado, n (%)</b>	
Até 5	1 (7,1%)
Entre 5 e 10	5 (35,7%)
Entre 10 e 15	3 (21,4%)
Maior que 15	5 (35,7%)
<b>Área da Odontologia que ministra, n (%) **</b>	
Imaginologia (Radiologia ou Diagnóstico por Imagens)	4 (28,6%)
Odontopediatria	4 (28,6%)
Endodontia	2 (14,3%)
Saúde Bucal Coletiva e/ou Saúde Pública	2 (14,3%)
Ortodontia e/ou ortopedia	1 (7,1%)
Outra área não relacionada acima	1 (7,1%)
<b>Atuação como docente no Curso de Graduação em Odontologia, n (%) **</b>	
Aulas teóricas	11 (78,6%)
Supervisão em práticas clínicas	11 (78,6%)
Orientação de TCC e/ou iniciação científica	8 (57,1%)
Orientação de monitores de graduação e/ou extensão universitária	7 (50,0%)
Aulas práticas laboratoriais	5 (35,7%)
Não atua como docente no curso de graduação	2 (14,3%)

Variáveis	Estatística
<b>Onde recebeu treinamento, n (%)</b>	
Em um curso/treinamento de extensão universitária	5 (35,7%)
Não recebeu treinamento	5 (35,7%)
Em uma disciplina do programa de pós-graduação em que fez mestrado ou doutorado	3 (21,4%)
Em uma disciplina de outro programa de pós-graduação	1 (7,1%)

\* Respostas ausentes; \*\* Questões que permitem mais de uma resposta. Fonte: Elaboração própria.

A distribuição das respostas dos participantes em cada questão das quatro escalas do instrumento KACE encontram-se na figura 1, enquanto a distribuição das porcentagens de respostas corretas na escala “Conhecimento de Análise Crítica” do instrumento KACE, de acordo com o grupo e momento, encontram-se na figura 2.

Figura 1. Distribuição das respostas dos participantes em cada questão das quatro escalas do instrumento KACE (Anexo B).

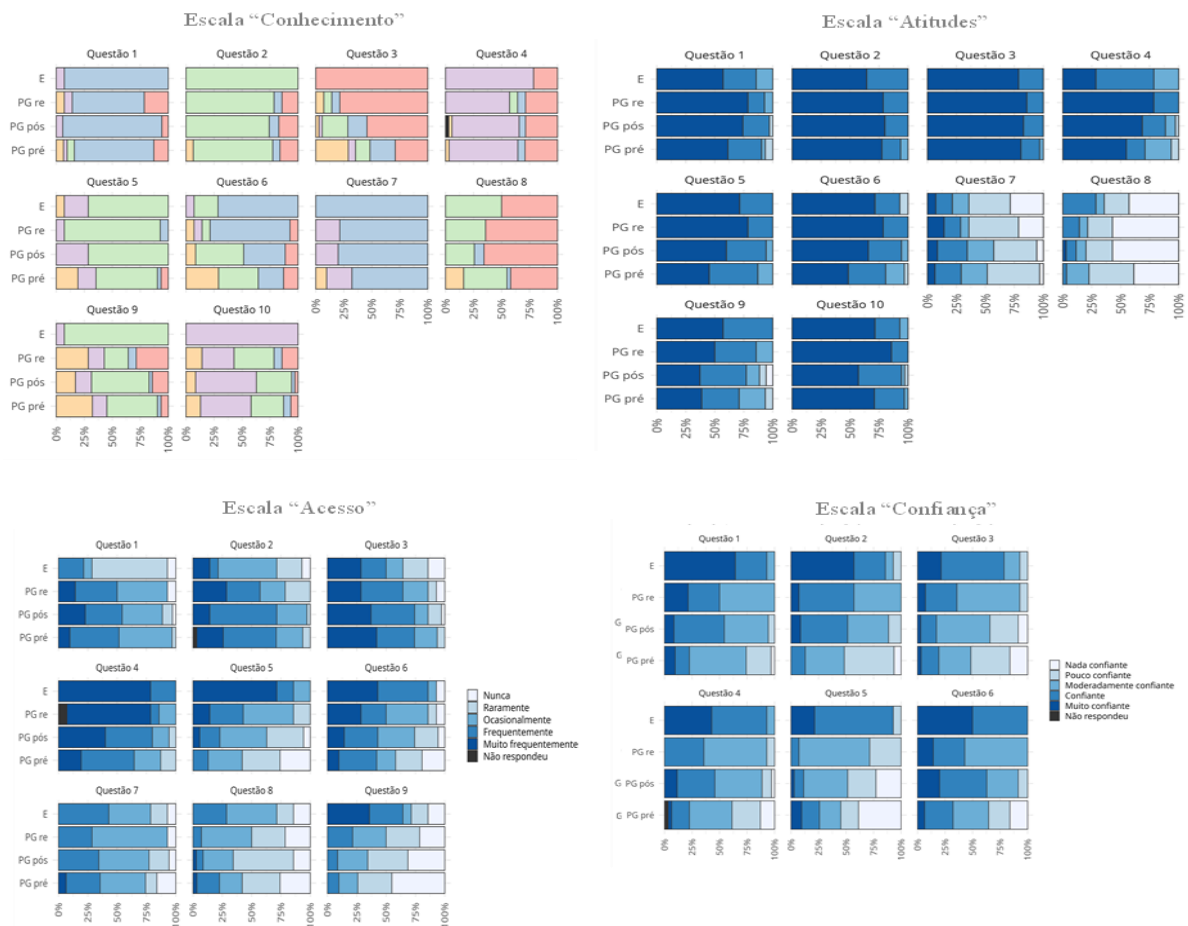


Figura 1. Distribuição das respostas nas escalas do instrumento KACE em função do grupo e momento de coleta. Legenda referente aos grupos de estudo: E: Especialista, PG pré: Pós graduação pré treinamento e PG pós: Pós graduação pós treinamento, PG re: Pós graduação reteste. A Legenda referente às questões encontram-se no link: <https://flourish-user->

[preview.com/api/canva/embed/visualisation/23494293/4Be-hUIWAtniEfD25igl47FFK4JS1mEprj6ZpqtqPSNRjASe8e6DIH3Sjohf4uk/](https://flourish-user-preview.com/api/canva/embed/visualisation/23494293/4Be-hUIWAtniEfD25igl47FFK4JS1mEprj6ZpqtqPSNRjASe8e6DIH3Sjohf4uk/)

Figura 2. Distribuição das porcentagens das respostas corretas na escala “Conhecimento de Análise Crítica” do instrumento KACE (Anexo B), de acordo com o grupo e momento.

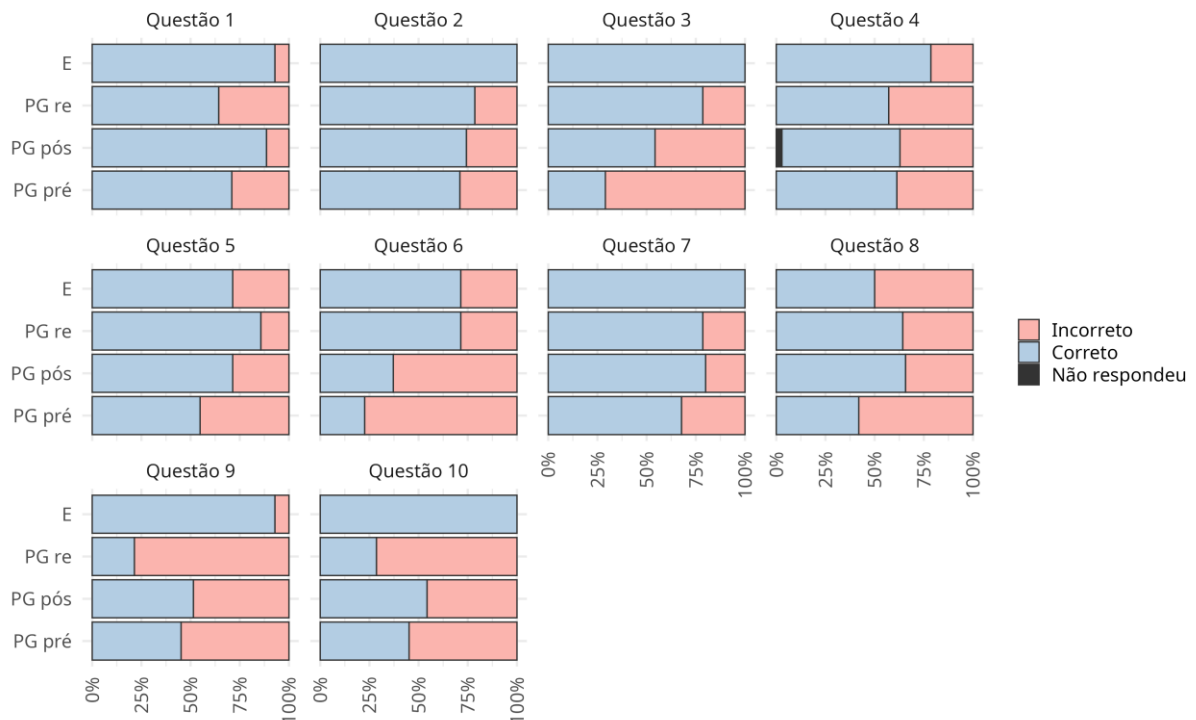


Figura 2. Distribuição das respostas corretas na escala “Conhecimento de Análise Crítica” do instrumento Kace em função do grupo e momento de coleta. E: Especialista, PG pré: Pós graduação pré treinamento e PG pós: Pós graduação pós treinamento, PG re: Pós graduação reteste. A Legenda referente às questões encontram-se no link: <https://flourish-user-preview.com/api/canva/embed/visualisation/23494293/4Be-hUIWAtniEfD25igl47FFK4JS1mEprj6ZpqtqPSNRjASe8e6DIH3Sjohf4uk/>

#### 4.3.3.1 Confiabilidade

A consistência interna das escalas do instrumento avaliadas por meio da análise fatorial confirmatória (CFA), p-valores e do alfa de Cronbach estão apresentadas na Tabela 2. O modelo de CFA sugeriu a remoção da questão Q8 (p-valor = 0,1382) da escala “Conhecimento de Análise Crítica”, das questões Q7 (p-valor = 0,7530), Q8 (p-valor = 0,2823) e Q9 (p-valor = 0,1943) da escala “Atitudes

sobre PBE” e das questões Q1 ( $\beta = -0,2812$ ), Q2 (p-valor = 0,1447;  $\beta = -0,1766$ ), Q3 (p-valor = 0,1114;  $\beta = -0,1950$ ) e Q7 (p-valor = 0,2172) da escala “Acesso à evidência”.

Os valores do alfa de Cronbach corroboraram as limitações apontadas pela CFA. Variando de 0,2596 a 0,5663 na escala “Conhecimento de Análise Crítica”, na escala “Atitudes sobre a PBE”, valores entre 0,3024 a 0,6893. Em “Acesso à Evidência”, os valores oscilaram entre 0,2930 a 0,7593. A escala “Confiança nas Habilidades de Análise Crítica” apresentou os melhores índices de consistência interna, com alfas entre 0,7075 a 0,8559, indicando boa a excelente confiabilidade.

Tabela 2. Cargas fatoriais e p-valores da análise fatorial confirmatória e Alfa de Cronbach.

Variável latente	Item	Estimativa padronizada da carga fatorial ( $\lambda$ )	p-valor	Alfa de Cronbach
Conhecimento de análise crítica	1	0,5356	Referência	0,2596 a 0,5663
	2	0,4773	0,0024	
	3	0,2887	0,0370	
	4	0,3925	0,0078	
	5	0,2770	0,0440	
	6	0,3199	0,0232	
	7	0,5115	0,0015	
	8	0,1963	0,1382	
	9	0,2739	0,0460	
	10	0,3564	0,0134	
Atitudes sobre prática baseada em evidência em Odontologia	1	0,4004	Referência	0,3024 a 0,6893
	2	0,9082	0,0002	
	3	0,7805	0,0003	
	4	0,4115	0,0052	
	5	0,6023	0,0008	
	6	0,5180	0,0016	
	7	-0,0353	0,7530	
	8	-0,1244	0,2823	
	9	0,1525	0,1943	
	10	0,2532	0,0453	
Acesso à evidência	1	-0,2812	0,0314	0,2930 a 0,7593
	2	-0,1766	0,1447	
	3	-0,1950	0,1114	
	4	0,4170	Referência	
	5	0,8387	0,0002	
	6	0,5297	0,0013	
	7	0,1469	0,2172	
	8	0,2799	0,0320	
	9	0,7847	0,0002	
	1	0,6950	Referência	

Variável latente	Item	Estimativa padronizada da carga fatorial ( $\lambda$ )	p-valor	Alfa de Cronbach
Confiança nas habilidades de análise crítica	2	0,8175	<0,0001	0,7075 a 0,8559
	3	0,6673	<0,0001	
	4	0,8116	<0,0001	
	5	0,6136	<0,0001	
	6	0,7687	<0,0001	

Fonte: Elaboração própria.

A análise da confiabilidade do instrumento por meio do teste-reteste demonstrou que o mesmo apresentou estabilidade aceitável nas aplicações em momentos distintos. O coeficiente de correlação intraclassa (ICC) variou de 0,50, indicando concordância satisfatória na escala “Acesso à Evidência”, a 0,89, valor que reflete excelente concordância na escala “Conhecimento de Análise Crítica” (Tabela 3). Ademais, não foram observadas diferenças estatisticamente significativas entre os escores das avaliações realizadas após o treinamento e no momento do reteste ( $p > 0,05$ ), conforme apresentado na Tabela 4, o que reforça a estabilidade temporal das medidas.

Tabela 3. Resultados das análises de correlação intraclassa (ICC) entre os momentos pós treinamento e reteste.

Escala	Pós-graduação	p valor
Conhecimento de Análise Crítica	0,89 (0,66 – 0,96);	p=0,0001
Atitudes sobre a PBE	0,71 (0,14 – 0,91);	p=0,0134
Acesso à Evidência	0,50 (-0,59 – 0,84); p=0,1179	p=0,1179
Confiança nas Habilidades de Análise Crítica	0,84 (0,52 – 0,95);	p=0,0008
Escala total	0,52 (-0,44 – 0,85);	p=0,0915

Fonte: Elaboração própria.

Tabela 4. Escores de cada escala e escore total para os participantes de pós-graduação no teste e reteste.

Escala	Momento				p-valor
	Pós-treinamento		Reteste		
	Média (desvio padrão)	Mediana (primeiro quartil; terceiro quartil)	Média (desvio padrão)	Mediana (primeiro quartil; terceiro quartil)	
Conhecimento de análise crítica (10)*	6,37 (1,82)	7,0 (5,0; 7,5)	6,29 (1,64)	6,5 (5,0; 7,8)	0,4717

Escala	Momento				p-valor
	Pós-treinamento		Reteste		
	Média (desvio padrão)	Mediana (primeiro quartil; terceiro quartil)	Média (desvio padrão)	Mediana (primeiro quartil; terceiro quartil)	
Atitudes sobre prática baseada em evidência em Odontologia (50)*	41,17 (3,43)	40,0 (39,0; 43,0)	42,29 (3,41)	42,5 (40,2; 44,0)	0,3023
Acesso à evidência(45)*	29,14 (3,34)	29,0 (27,5; 31,0)	30,14 (4,44)	30,5 (27,0; 32,0)	0,2353
Confiança nas habilidades de análise crítica (30)*	19,43 (4,07)	20,0 (17,0; 21,5)	20,36 (2,82)	20,0 (18,2; 22,0)	>0,9999
Escala total (135)*	96,11 (5,84)	97,0 (93,5; 100,0)	99,07 (6,56)	99,5 (94,5; 104,0)	0,1718

\* Nota máxima a ser atingida. Fonte: Elaboração própria.

#### 4.3.3.2. Validade

A validade discriminante do instrumento KACE foi confirmada ao demonstrar sua capacidade de distinguir entre grupos com níveis distintos de conhecimento sobre o tema. Conforme evidenciado na Tabela 5 e Figura 3, os escores médios nas escalas “Conhecimento de Análise Crítica” e “Acesso à Evidência” foram maiores entre os Especialistas e menores entre os alunos de Graduação ( $p < 0,05$ ), o que reforça a sensibilidade do instrumento para captar diferenças reais entre os grupos avaliados.

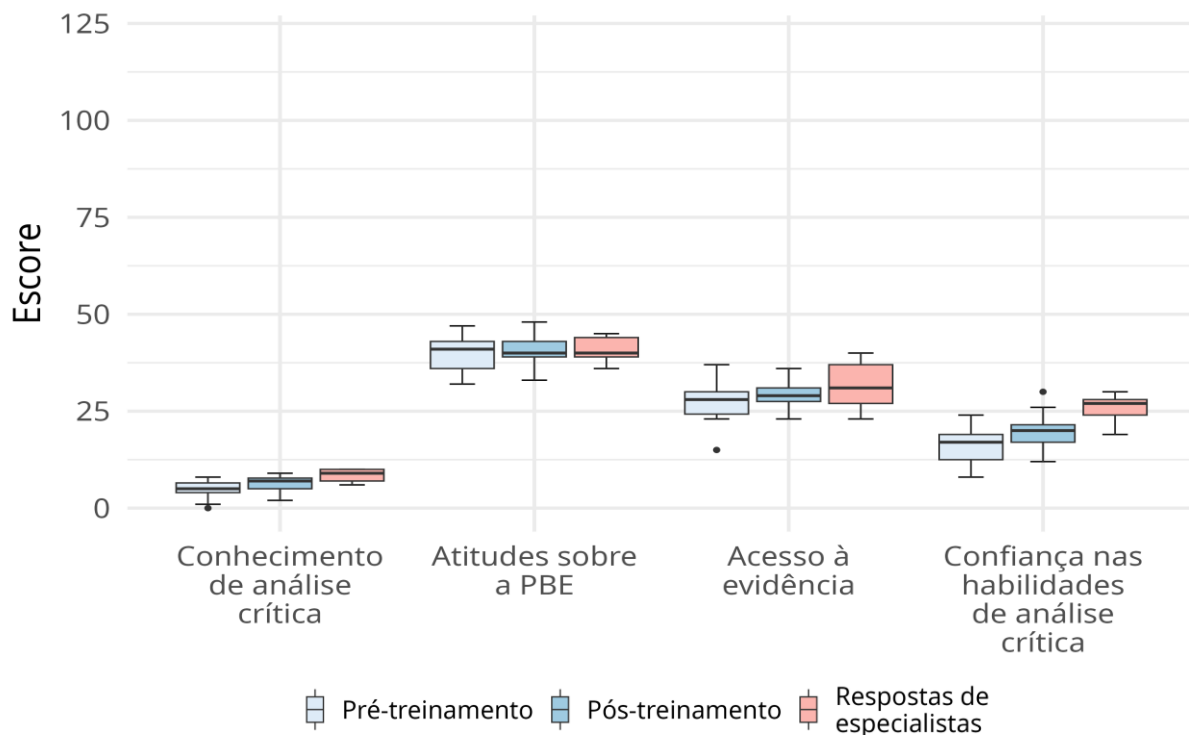
Tabela 5. Análise comparativa das respostas ao instrumento KACE por pós-graduandos comparados as respostas dos especialistas.

Escala	Pré-treinamento		Pós-treinamento		Especialista		p-valor
	Média (desvio padrão)	Mediana (primeiro quartil; terceiro quartil)	Média (desvio padrão)	Mediana (primeiro quartil; terceiro quartil)	Média (desvio padrão)	Mediana (primeiro quartil; terceiro quartil)	
Conhecimento de Análise Crítica	5,10 (2,04)	5,0 (4,0; 6,5) B	6,37 (1,82)	7,0 (5,0; 7,5) B	8,57 (1,40)	9,0 (7,2; 10,0) A	<0,0001
Atitudes sobre a PBE	40,13 (4,15) A	41,0 (36,0; 43,0)	41,17 (3,43) A	40,0 (39,0; 43,0)	41,00 (2,99) A	40,0 (39,0; 43,8)	0,4956
Acesso à Evidência	27,65 (4,32) B	28,0 (24,5; 30,0)	29,14 (3,34) AB	29,0 (27,5; 31,0)	31,79 (5,69) A	31,0 (27,2; 37,0)	0,0118
Confiança nas Habilidades de Análise Crítica	16,03 (4,09) C	17,0 (13,0; 19,0)	19,43 (4,07) B	20,0 (17,0; 21,5)	25,79 (3,31) A	27,0 (24,0; 28,0)	<0,0001

Médias e medianas seguidas por letras distintas diferem entre si ( $p \leq 0,05$ ). Fonte: Elaboração própria.

Quanto à responsividade, observou-se que o instrumento foi capaz de detectar os efeitos do treinamento aplicado aos alunos de pós-graduação. Houve aumento significativo nos escores das escalas “Conhecimento de Análise Crítica”, “Acesso à Evidência”, “Confiança nas Habilidades de Análise Crítica” e no escore total após o treinamento ( $p < 0,05$ ). No entanto, mesmo após a intervenção, os pós-graduandos ainda apresentaram escores significativamente inferiores aos dos especialistas ( $p < 0,05$ ). Não foi identificado efeito significativo do treinamento na escala “Atitudes sobre a PBE” ( $p > 0,05$ ).

Figura 3. Box plot dos escores das escalas em função do treinamento para pós-graduação e especialistas.



Fonte: Elaboração própria.

#### 4.3.4. Discussão

Os achados do presente estudo revelam que a versão brasileira do instrumento KACE apresenta propriedades de medida satisfatórias para a avaliação de competências relacionadas à prática baseada em evidências (PBE) entre estudantes de pós-graduação em Odontologia. Quando comparados aos resultados de estudos prévios com graduandos [8, 10] e pós-graduandos [7, 11], os dados aqui obtidos corroboram a validade do instrumento, sobretudo no que se refere à sua

responsividade e à capacidade de discriminar diferentes níveis de experiência profissional.

Observou-se, por exemplo, melhora significativa nos escores das escalas de “Conhecimento de Análise Crítica”, “Acesso à Evidência” e “Confiança nas Habilidades de Análise Crítica” após a intervenção educativa ( $p < 0,05$ ), o que está alinhado com os resultados encontrados nos estudos de Rodriguez-Fitzpatrick et al. [11], Hendricson et al. [7] e Agossa et al. [10]. Esse achado se torna ainda mais relevante ao considerar que 42% dos participantes afirmaram ter recebido treinamento prévio em PBE e, mesmo assim, apresentaram melhorias significativas em três escalas após a intervenção. Entretanto, mesmo com os ganhos observados, os estudantes de pós-graduação continuaram apresentando escores significativamente inferiores aos dos especialistas ( $p < 0,05$ ), particularmente na escala de confiança, reforçando a constatação de que a consolidação da PBE na formação odontológica exige estratégias educacionais continuadas. Esses achados sustentam a necessidade de repensar a estrutura curricular dos programas de pós-graduação no Brasil, promovendo não apenas intervenções pontuais, mas uma integração sistemática e longitudinal dos princípios da PBE no ensino.

No que se refere à validade de constructo, a análise fatorial confirmatória (CFA) indicou a necessidade de ajustes distintos conforme o grupo avaliado. Na análise conjunta de pós-graduandos e especialistas, foi sugerida a exclusão de oito questões: a Q8 da escala “Conhecimento de Análise Crítica”; as questões Q7, Q8 e Q9 da escala “Atitudes sobre a PBE”; e as questões Q1, Q2, Q3 e Q7 da escala “Acesso à Evidência”. Já na comparação entre estudantes de graduação e especialistas, a CFA indicou a exclusão das questões Q4, Q6 e Q8 da escala “Conhecimento de Análise Crítica”; da questão Q7 da escala “Atitudes sobre a PBE”; e das questões Q1, Q2 e Q3 da escala “Acesso à Evidência”. Essa variação nas exclusões recomendadas sugere que os itens do instrumento não apresentam comportamento psicométrico uniforme entre os diferentes níveis de formação, particularmente nas escalas “Acesso à Evidência” e “Conhecimento de Análise Crítica”.

Tal padrão reforça os achados de Barolo et al. [8], que observaram diferenças na distribuição das respostas entre os níveis de formação e destacaram a questão Q6 como problemática. Neste estudo, a porcentagem de acertos na Q6 foi de 71,4% entre especialistas, 22,6% e 37,1% entre pós-graduandos antes e após o treinamento, respectivamente, e de 26,7% e 41,0% entre graduandos nos mesmos momentos. A

recorrente indicação para exclusão da Q6 neste estudo, bem como nos estudos de Barolo et al. [8] e Agossa et al. [10], reforça sua limitação psicométrica e aponta para a necessidade de revisão ou substituição do item. Esses achados sugerem que versões diferenciadas do questionário podem ser mais adequadas para grupos distintos, como graduandos e pós-graduandos, a fim de garantir maior validade e precisão na avaliação.

Em relação à validade discriminante, os escores da escala “Confiança nas Habilidades de Análise Crítica” diferiram significativamente entre alunos e especialistas ( $p < 0,05$ ), evidenciando que o instrumento é sensível para detectar diferenças entre níveis de expertise. Ademais, houve aumento estatisticamente significativo nesses escores após a intervenção educativa, semelhante ao observado em estudos internacionais [7, 10], o que confirma a responsividade da versão brasileira do KACE também no contexto da pós-graduação.

A aplicabilidade do KACE no Brasil mostrou-se promissora, mas os resultados sugerem a necessidade de revisões adaptativas conforme o público-alvo. As diferenças nas exclusões recomendadas entre graduandos e pós-graduandos apontam para a hipótese de que versões diferenciadas do questionário possam ser mais apropriadas para avaliar adequadamente os distintos níveis de formação, especialmente quando se busca um instrumento com maior precisão e validade interna.

#### 4.3.5. Conclusão

A versão brasileira do KACE demonstrou validade e confiabilidade para avaliar competências em prática baseada em evidências entre pós-graduandos em Odontologia. A análise fatorial indicou a necessidade de ajustes conforme o nível de formação, sugerindo versões adaptadas para diferentes públicos, sendo promissor para mensurar a formação em PBE de pós-graduandos no Brasil.

### **Agradecimentos**

Agradecemos aos estudantes das universidades participantes que gentilmente dedicaram seu tempo para responder ao instrumento, contribuindo de forma essencial para o desenvolvimento deste estudo. Aos especialistas que aceitaram participar como respondentes e, especialmente, aos membros do comitê de especialistas que colaboraram de maneira criteriosa e generosa na avaliação das versões traduzidas,

garantindo a qualidade e a adequação cultural do instrumento para o contexto brasileiro.

### **Declaração de conflito de interesse**

Os autores declaram não haver interesses conflitantes.

### **Declaração de disponibilidade de dados**

Os conjuntos de dados gerados e/ou analisados durante o presente estudo não estão disponíveis publicamente devido à inclusão de informações de participantes humanos e a restrições éticas quanto ao compartilhamento dos dados. No entanto, dados anonimizados poderão ser disponibilizados pelo autor correspondente mediante solicitação razoável e com autorização do comitê de ética em pesquisa da instituição.

### **Contribuição dos autores**

Todos os autores contribuíram substancialmente para a concepção, o delineamento e o desenvolvimento do estudo, bem como para a redação e revisão crítica do manuscrito. Todos os autores aprovaram a versão final do manuscrito e concordam em se responsabilizar por todos os aspectos do trabalho.

#### 4.3.6. Referências

1. Sackett DL, Rosenberg WM, Gray JA, Haynes RB, Richardson WS. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *BMJ* 1996;312(7023):71–2.
2. Brasil. Ministério da Educação. Diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em Odontologia. Brasília: MEC; 2023.
3. Tebcherany R, Khocht A. Evidence-based dentistry: Bridging the gap between clinical practice and education. *J Dent Educ* 2024;88(2):234–40.
4. Bahammam MA, Linjawi AI. Knowledge and attitudes toward evidence-based dentistry among senior dental students in Saudi Arabia. *J Contemp Dent Pract* 2014;15(5):605–10.
5. Kale S, Srivastava N, Goswami R, Kondaveei R, Panthagada V. Role of evidence based dentistry in day to day dental practice—Perception of postgraduate dental students and clinical practitioners—KAP study. *Br J Med Med Res* 2016;16(9):1–7.

6. Oliveira Prado V, Flores-Mir C, Feres M, Sanglard LF, Manente R, Nelson-Filho P, et al. Questionnaires related to Evidence-Based Practice applied to dentists, faculty members or dental students: a scoping review. *Evid Based Dent* 2025. doi:10.1038/s41432-025-01136-5.
7. Hendricson WD, Rugh JD, Hatch JP, Stark DL, Deahl T, Wallmann R, et al. Validation of the Knowledge, Attitudes, Access, and Confidence Evaluation (KACE) instrument. *J Dent Educ* 2011;75(2):127–39.
8. Barollo AV, et al. Adaptação transcultural e validação do instrumento KACE para o português brasileiro. *J Dent Educ* 2025. [Artigo em pré-publicação].
9. Brown TA. *Confirmatory factor analysis for applied research*. New York: Guilford Publications; 2015.
10. Agossa K, Bertaud-Gounot V, Pascal E, et al. Cross-cultural adaptation and validation of a French version of the KACE questionnaire to assess dental students' competencies in evidence-based practice. *Eur J Dent Educ* 2022;26(4):559–67.
11. Rodriguez-Fitzpatrick S, Teich ST, Goldstein RE. Five-Year Retrospective Analysis of Evidence-Based Dentistry Knowledge and Confidence Among Dental Students. *J Contemp Dent Pract* 2022;23(2):131–6.
12. Rath A, Wong LZ, Hesarghatta RP, et al. Evidence-based dentistry: knowledge, practice, confidence and attitude amongst Malaysian dental undergraduate students: a multi-institutional study. *European Journal of Dental Education* 2023;27(1):9-18.

## 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo contribui para suprir uma lacuna existente na Odontologia brasileira ao disponibilizar uma versão traduzida, adaptada e preliminarmente validada do instrumento KACE, voltado à avaliação das competências em prática baseada em evidências. Os resultados demonstraram que o instrumento apresenta evidências iniciais de validade, confiabilidade e sensibilidade para identificar diferentes níveis de formação e captar os efeitos de intervenções educativas. Embora algumas limitações tenham sido observadas, o KACE se mostra uma ferramenta útil para apoiar o ensino, a pesquisa e a gestão da formação em saúde baseada em evidências no Brasil. Recomenda-se que futuras pesquisas ampliem as análises de propriedades de medida em diferentes contextos educacionais, explorem ajustes nas escalas menos consistentes e avaliem a integração do KACE com instrumentos complementares para uma abordagem mais abrangente da avaliação da PBE na Odontologia.

## REFERÊNCIAS GERAIS

ARAUJO, G. A.; CORREIA, L. C. L.; SIQUEIRA, J. R. et al. Consensus on evidence-based medicine curriculum contents for healthcare schools in Brazil. *BMJ Evidence-Based Medicine*, v. 26, n. 5, p. 248, 2021. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1136/bmjebm-2020-111397>.

ATALLAH, A. N.; CASTRO, A. A. Medicina baseada em evidências: o elo entre a boa ciência e a boa prática. *Revista da Imagem*, v. 20, n. 1, p. 5-9, 1998.

BAHAMMAM, M. A.; LINJAWI, A. I. Knowledge, attitude, and barriers towards the use of evidence-based practice among senior dental and medical students in western Saudi Arabia. *Saudi Medical Journal*, v. 35, n. 10, p. 1250, 2014.

BEATON, D. E.; BOMBARDIER, C., GUILLEMIN, F., et al. Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. *Spine*, v. 25, n. 24, p. 3186-3191, 2000.

BRASIL. Ministério da Educação. Diretrizes Curriculares Nacionais para o Curso de Graduação em Odontologia. Resolução CNE/CES nº 3, de 21 de junho de 2021. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/docman/junho-2021-pdf/191741-rces003-21/file>.

CHIAPPELLI F. Evidence-Based Dentistry: Two Decades and Beyond. *J Evid Based Dent Pract*, v. 19, n. 1, p. :7-16. 2019.

CIANCIO, M. J.; LEE, M.M.; KRUMDICK, N.D., et al. Self-perceived knowledge, skills, attitudes, and use of evidence-based dentistry among practitioners transitioning to dental educators. *Journal of Dental Education*, v. 81, n. 3, p. 271-277, 2017.

DAWES, M.; SUMMERSKILL, W; GLASZIOU, P., et al. Sicily statement on evidence-based practice. *BMC Medical Education*, v. 5, p. 1-7, 2005. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1186/1472-6920-5-1>.

ELDERTON, R. J.; NUTTALL, N.M.; EDDIE, S., et al. Dental health services research in Scotland: a review of some 5-year results. *Community Dentistry and Oral*

*Epidemiology*, v. 13, n. 5, p. 249-252, 1985. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/j.1600-0528.1985.tb00446.x>.

FERES, M. F. N.; ROSCOE, M.G.; JOB, S.A., et al. Barriers involved in the application of evidence-based dentistry principles: a systematic review. *The Journal of the American Dental Association*, v. 151, n. 1, p. 16-25.e16, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.adaj.2019.08.011>.

GAGNIER, J. J.; LAI, J.; MOKKINK, L.B., et al. COSMIN reporting guideline for studies on measurement properties of patient-reported outcome measures. *Quality of Life Research*, v. 30, p. 2197-2218, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s11136-021-02822-4>

HENDRICSON, W. D.; RUGH, J.D.; HATCH, J.P., et al. Validation of an instrument to assess evidence-based practice knowledge, attitudes, access, and confidence in the dental environment. *Journal of Dental Education*, v. 75, n. 2, p. 131-144, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/j.0022-0337.2011.75.2.tb05031.x>.

ISMAIL, A. I.; BADER, J. D. Evidence-based dentistry in clinical practice. *The Journal of the American Dental Association*, v. 135, n. 1, p. 78-83, 2004. Disponível em: <https://doi.org/10.14219/jada.archive.2004.0024>.

LANDSVERK, N. G.; OLSEN, N. R.; BROVOLD, T. Instruments measuring evidence-based practice behavior, attitudes, and self-efficacy among healthcare professionals: a systematic review of measurement properties. *Implementation Science*, v. 18, n. 1, p. 42, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s13012-023-01301-3>.

MOKKINK, L. B.; TERWEE, C.B.; PATRICK, D.L., et al. The COSMIN study reached international consensus on taxonomy, terminology, and definitions of measurement properties for health-related patient-reported outcomes. *Journal of clinical epidemiology*, v. 63, n. 7, p. 737-745, 2010. [10.1016/j.jclinepi.2010.02.006](https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2010.02.006)

PITTS, N. Understanding the jigsaw of evidence-based dentistry. 2. Dissemination of research results. *Evidence-Based Dentistry*, v. 5, n. 2, p. 33-35, 2004. Disponível em: <https://doi.org/10.1038/sj.ebd.6400256>.

RATH, A.; WONG LI ZHENG, M.; HESARGHATTA RAMAMURTHY, P., et al. Evidence-based dentistry: knowledge, practice, confidence and attitude amongst Malaysian dental undergraduate students: a multi-institutional study. *European Journal of Dental Education*, v. 27, n. 1, p. 9-18, 2023.

RODRIGUEZ-FITZPATRICK, S.; GONZALEZ, A.; & DUDAR, B. Dental students' knowledge, attitude, and confidence toward evidence-based dentistry: a 5-year retrospective study. *The Journal of Contemporary Dental Practice*, v. 23, n. 11, p. 1146-1149, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.5005/jp-journals-10024-3418>.

SACKETT, D. L.; ROSENBERG, W.M.; GRAY, J.M., et al. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *BMJ*, v. 312, n. 7023, p. 71-72, 1996. Disponível em: <https://doi.org/10.1136/bmj.312.7023.71>.

SHANEYFELT, T.; BAUM, K.D.; BELL, D. et al. Instruments for evaluating education in evidence-based practice: a systematic review. *JAMA*, v. 296, n. 9, p. 1116-1127, 2006.

STRAUB-MORAREND, C. L.; WANKIIRI-HALE, C.R.; BLANCHETTE, D.R., et al. Evidence-based practice knowledge, perceptions, and behavior: a multi-institutional, cross-sectional study of a population of US dental students. *Journal of Dental Education*, v. 80, n. 4, p. 430-438, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/j.0022-0337.2016.80.4.tb06101.x>.

TEBCHERANY, H.; KHOCHT, A. An evidence-based teaching approach enhances student learning of periodontal disease pathogenesis. *Journal of Dental Education*, v. 88, n. 3, p. 304-313, 2024.

THOMES, C. R.; Gonçalves Peres, C.V.; Totolla, M.A., et al. Lack of evidence-based practice discipline in the curriculums of the Brazilian undergraduate dentistry programs. *Journal of Evidence-Based Medicine*, v. 16, n. 1, p. 10-12, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/jebm.12513>.

WADGAVE, U.; KHAIRNAR, M.R.; KADU, T.S., et al. Effect of training on evidence-based practice to undergraduate dental students: pre and postexperimental study.

*International Journal of Evidence-Based Healthcare*, v. 18, n. 1, p. 101-107, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/XEB.000000000000199>.

WERB, S. B.; MATEAR, D. W. Implementing evidence-based practice in undergraduate teaching clinics: a systematic review and recommendations. *Journal of Dental Education*, v. 68, n. 9, p. 995-1003, 2004. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/j.0022-0337.2004.68.9.tb03849.x>.

ZINA, L. G.; MOIMAZ, S. A. S. Odontologia baseada em evidência: etapas e métodos de uma revisão sistemática. *Arquivos em Odontologia*, v. 48, n. 3, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.7308/aodontol/2012.48.3.10>.

## APÊNDICE A – TABELAS DETALHADAS

**Tabela 1. Relação das traduções realizadas pelo Tradutor 1 (T1) e Tradutor 2 (T2)**

Tradutor 1 (T1)	Tradutor (T2)
<p><b>Objetivo da KACE:</b> A Avaliação de Conhecimento, Atitudes, Acesso e Confiança em EBP (KACE) mede o conhecimento, as atitudes, os métodos de acesso às evidências e a confiança nas habilidades de avaliação crítica.</p> <p>A KACE tem 4 seções: Conhecimento de Avaliação Crítica; Atitudes em relação à Prática Baseada em Evidências (EBP); Acesso a Evidências; Confiança nas Habilidades de Avaliação Crítica</p>	<p><b>Objetivo do KACE:</b> A Avaliação de Conhecimentos, Atitudes, Acesso e Confiança (KACE) da PBE mede conhecimentos, atitudes, métodos para acessar evidências e confiança nas habilidades de avaliação crítica.</p> <p>O KACE tem quatro seções: Conhecimentos de Avaliação Crítica; Atitudes sobre a Prática Baseada em Evidências (PBE); Acessando Evidências; Confiança nas Habilidades de Avaliação Crítica</p>
<p><b>Conhecimento de Avaliação Crítica:</b> Selecione a melhor resposta para cada pergunta. Estamos interessados no que você sabe atualmente. Por favor, não dê palpites. Faça um círculo em torno de "Não sei" se essa for a resposta mais adequada</p> <p>1. Os relatórios publicados sobre tratamentos podem ser classificados de acordo com a força das evidências. Qual das afirmações a seguir <b>é a mais correta</b> em relação à classificação das evidências?</p> <p>A. Os estudos de casos clínicos são mais bem classificados do que os estudos controlados e randomizados.</p> <p>B. A opinião de especialistas é o nível mais baixo de evidência.</p> <p>C. A pesquisa com animais de laboratório é o nível mais alto de evidência.</p> <p>D. A pesquisa apoiada pelos Institutos Nacionais de Saúde é o nível mais alto de evidência.</p> <p>E. Não sei.</p> <p>2. Ao julgar a qualidade da literatura odontológica, qual das seguintes opções é o <b>nível mais alto de evidência</b>?</p> <p>A. Artigo sobre um estudo clínico não randomizado que inclua referências.</p>	<p><b>Conhecimentos de Avaliação Crítica:</b> Selecione a melhor resposta para cada pergunta. Estamos interessados no que você sabe atualmente. Por favor, não adivinhe. Circule "Não sei" se esta for a resposta mais apropriada.</p> <p>1. Os relatórios publicados sobre tratamentos podem ser classificados de acordo com a força das evidências. Qual das afirmações a seguir <b>é a mais correta</b> em relação à classificação das evidências?</p> <p>A. Os estudos de casos clínicos têm uma classificação mais alta do que os ensaios randomizados e controlados.</p> <p>B. A opinião de especialistas é o nível de evidência mais baixo.</p> <p>C. A pesquisa com animais de laboratório é o nível de evidência mais alto.</p> <p>D. A pesquisa apoiada pelos Institutos Nacionais de Saúde é o nível de evidência mais alto.</p> <p>E. Não sei.</p> <p>2. Ao julgar a qualidade da literatura odontológica, qual das alternativas a seguir apresenta o <b>nível de evidência mais alto</b>?</p> <p>A. Artigo sobre ensaio clínico não randomizado que inclui referências.</p>

B. Artigo de série de casos que tenha sido revisado por pares e publicado no Journal of Dental Research.

C. Revisão Cochrane de um tópico de saúde bucal.

D. Relatório detalhado de um caso clínico por um especialista em odontologia reconhecido.

E. Não sei.

3. Se você estivesse realizando uma busca no PubMed para responder a uma pergunta clínica relacionada a um paciente odontológico, qual das seguintes seria a estratégia de busca **menos produtiva**?

A. Limitar a busca ao ano atual.

B. Limitar a busca ao Tipo de Artigo especificado.

C. Limitar a busca usando Clinical Queries (Consultas Clínicas).

D. Pesquisar usando termos MeSH apropriados.

E. Não sei.

4. Qual afirmação é **a mais precisa** em relação ao número de participantes em um estudo clínico?

A. Uma análise de potência deve ser realizada depois que os dados forem coletados para avaliar se um número suficiente de indivíduos foi incluído no estudo.

B. Se os dados forem obtidos de uma amostra grande, o pesquisador pode ter certeza de que os resultados são clinicamente significativos.

C. Somente grandes efeitos de tratamento podem ser observados quando um número muito grande de participantes é registrado

D. Um número muito pequeno de participantes pode não permitir que os verdadeiros efeitos do tratamento sejam observados quando eles, de fato, existirem.

E. Não sei.

5. Qual das seguintes afirmações **descreve melhor** um PICO?

A. Lista de verificação de diretrizes para ajudar os pesquisadores a relatar os resultados de uma meta-análise.

B. Define um título MeSH específico e apresenta sinônimos abrangidos por esse título.

B. Artigo de série de casos que foi revisado por pares e publicado no Journal of Dental Research.

C. Revisão Cochrane de um tópico de saúde bucal.

D. Relatório detalhado de um caso clínico por um especialista em odontologia reconhecido.

E. Não sei.

3. Se você estivesse realizando uma busca no PubMed para responder a uma pergunta clínica referente a um paciente odontológico, qual das opções a seguir seria a estratégia de busca **menos produtiva**?

A. Limitar a busca ao ano atual.

B. Limitar a busca ao Tipo de Artigo especificado.

C. Limitar a busca usando Consultas Clínicas.

D. Fazer a busca usando termos apropriados no MeSH.

E. Não sei.

4. Qual afirmação é **mais precisa** em relação ao número de sujeitos num ensaio clínico?

A. Uma análise do poder do teste deve ser realizada após a coleta dos dados para avaliar se um número suficiente de sujeitos foi inscrito no estudo.

B. Se os dados forem obtidos de uma amostra grande, o investigador pode ter certeza de que os resultados são clinicamente significativos.

C. Apenas efeitos grandes do tratamento podem ser observados quando um grande número de sujeitos é inscrito.

D. Quando um número muito pequeno de sujeitos é inscrito, os verdadeiros efeitos do tratamento podem não ser observados quando eles, de fato, existem.

E. Não sei.

5. Qual das seguintes afirmações **descreve melhor** um PICO?

A. Lista de verificação de diretrizes para auxiliar os investigadores no relato dos resultados de uma meta-análise

B. Define um termo específico no MeSH e fornece sinônimos abrangidos por esse termo.

C. Processo de conversão de um problema clínico em perguntas que podem ser respondidas pela busca de evidências.

D. Técnica para combinar termos de pesquisa a fim de restringir uma pesquisa a artigos com elementos especificados.

E. Não sei.

6. Um estudo recente publicado no Journal of the American Dental Association relata que os pacientes com dor miofacial que receberam placas oclusais macias tiveram menos dor após duas semanas do que os pacientes que receberam um programa de fisioterapia domiciliar que consistia em exercícios de movimentação da mandíbula. Qual dos seguintes fatores poderia ter contribuído para esse resultado?

A. Os examinadores clínicos atuaram de forma cega.

B. Os pacientes de um grupo ou de outro não aderiram ao tratamento.

C. Os pacientes foram designados aos tratamentos de forma aleatória.

D. Um número excessivo de pacientes foi incluído no estudo.

E. Não sei.

7. Um processo estatístico que agrupa quantitativamente os resultados de vários estudos de pesquisa em uma única análise é conhecido como:

A. Revisão Cochrane.

B. Meta-análise

C. Análise dos números necessários para tratar (NNT).

D. Revisão sistemática.

E. Não sei.

8. Qual dos seguintes é o desenho de estudo **mais apropriado** para avaliar a eficácia de um novo dispositivo de diagnóstico para avaliação de problemas de saúde bucal?

A. Comparação cega com um padrão ouro.

B. Estudo de caso-controle.

C. Ensaio clínico randomizado.

D. Diferença de risco relativo (RRD).

E. Não sei.

C. Processo para converter um problema clínico em perguntas que podem ser respondidas através da busca de evidências.

D. Técnica para combinar termos de busca a fim de restringir a busca a artigos com elementos especificados.

E. Não sei.

6. Um estudo recente publicado no Journal of the American Dental Association relata que pacientes com dor miofacial que receberam placas oclusais macias tiveram menos dor após duas semanas do que pacientes que receberam um programa de fisioterapia domiciliar que consiste em exercícios de movimentação da mandíbula. Qual dos seguintes fatores poderia ter contribuído para esse resultado?

A. Os examinadores clínicos foram cegos.

B. Os pacientes de um grupo ou de outro não aderiram ao tratamento.

C. Os pacientes foram distribuídos aleatoriamente para tratamentos.

D. Um número excessivo de pacientes foi inscrito no estudo.

E. Não sei.

7. Um processo estatístico que reúne quantitativamente os resultados de vários estudos de investigação numa única análise é conhecido como:

A. Revisão Cochrane.

B. Meta-análise

C. Análise dos números necessários para tratar (NNT).

D. Revisão sistemática.

E. Não sei.

8. Qual dos seguintes é o desenho de estudo **mais apropriado** para avaliar a eficácia de um novo dispositivo de diagnóstico para avaliação de problemas de saúde bucal?

A. Comparação cega com um padrão ouro.

B. Estudo de caso-controle.

C. Ensaio clínico randomizado.

D. Diferença de risco relativo (RRD).

E. Não sei.

9. Qual das seguintes afirmações sobre a sensibilidade e a especificidade do teste **é verdadeira**?

A. A sensibilidade do teste define quantos indivíduos normais o teste identificará corretamente como normais.

B. Os indivíduos normais que têm um resultado positivo em vez de negativo são classificados como verdadeiros positivos.

C. A sensibilidade responde à pergunta "Se um paciente apresentar um resultado positivo no teste, qual é a probabilidade de ele ter a doença?" e a especificidade responde à pergunta "Se um paciente apresentar um teste negativo, qual é a probabilidade de ele não ter a doença?"

D. A especificidade do teste é a porcentagem de indivíduos doentes que têm um resultado positivo no teste, conforme determinado por um método de referência ou um procedimento padrão ouro.

E. Não sei.

10. Qual das seguintes afirmações sobre prevalência e incidência de doenças **é verdadeira**?

A. Incidência refere-se à porcentagem de locais geográficos em uma região onde são relatados surtos de uma determinada doença.

B. Prevalência refere-se à frequência de resultados de testes positivos verdadeiros por 100.000 habitantes em um período de um ano de coleta de dados.

C. Incidência é o número de pacientes por 100.000 habitantes que têm uma doença em um momento específico

D. Prevalência é o número de pacientes por 100.000 habitantes que têm uma doença em um momento específico.

E. Não sei.

**Atitudes sobre a Prática Baseada em Evidências (EBP) em Odontologia:** Se você acha que não consegue responder por falta de informações, falta de experiência ou incerteza, marque a coluna "incerto".

9. Qual das seguintes afirmações sobre a sensibilidade e a especificidade do teste **é verdadeira**?

A. A sensibilidade do teste define quantos indivíduos normais o teste identificará corretamente como normais.

B. Indivíduos normais que apresentam um resultado positivo em vez de negativo são classificados como verdadeiros positivos.

C. A sensibilidade responde à pergunta "Se um paciente tiver um resultado de teste positivo, qual é a probabilidade de ele ter a doença?" e a especificidade responde à pergunta "Se um paciente tiver um resultado de teste negativo, qual a probabilidade de ele não ter a doença?"

D. A especificidade do teste é a porcentagem de indivíduos doentes que apresentam um resultado de teste positivo conforme determinado por um método de referência ou um procedimento padrão-ouro.

E. Não sei.

10. Qual das seguintes afirmações sobre prevalência e incidência de doenças **é verdadeira**?

A incidência refere-se à porcentagem de localizações geográficas numa região onde surtos de uma determinada doença são relatados.

B. A prevalência refere-se à frequência de resultados de testes verdadeiramente positivos por 100.000 habitantes no período de um ano da coleta de dados.

C. Incidência é o número de pacientes por 100.000 habitantes que têm uma doença em um momento específico.

D. Prevalência é o número de pacientes por 100.000 habitantes que têm uma doença em um momento específico.

E. Não sei.

**Atitudes sobre a Prática Baseada em Evidências (PBE) em Odontologia:** Se você acha que não consegue responder por falta de informação, falta de experiência ou por incerteza, marque a coluna intitulada "incerto".

Acredito agora que a prática baseada em evidências será mais valiosa em minha prática futura como dentista do que eu acreditava há um ano.	Acredito agora que a prática baseada em evidências será mais valiosa na minha prática futura como dentista do que há um ano
Discordo totalmente	Discordo totalmente
Discordo	Discordo
Incerto	Incerto
Concordo	Concordo
Concordo totalmente	Concordo totalmente
Pessoalmente, valorizo as vantagens de praticar o atendimento ao paciente com base em evidências.	Pessoalmente, aprecio as vantagens de praticar o atendimento ao paciente baseado em evidências.
Discordo totalmente	Discordo totalmente
Discordo	Discordo
Incerto	Incerto
Concordo	Concordo
Concordo totalmente	Concordo totalmente
A EBP deve ser parte integrante do currículo da faculdade de odontologia.	A EBP deve ser parte integrante do currículo da faculdade de odontologia.
Discordo totalmente	Discordo totalmente
Discordo	Discordo
Incerto	Incerto
Concordo	Concordo
Concordo totalmente	Concordo totalmente
Eu apoio os princípios da EBP mais do que há um ano.	Eu apoio os princípios da EBP mais do que há um ano.
Discordo totalmente	Discordo totalmente
Discordo	Discordo
Incerto	Incerto
Concordo	Concordo
Concordo totalmente	Concordo totalmente
A EBP é uma parte rotineira do meu crescimento profissional como dentista.	A EBP é uma parte rotineira do meu crescimento profissional como dentista.
Discordo totalmente	Discordo totalmente
Discordo	Discordo
Incerto	Incerto
Concordo	Concordo
Concordo totalmente	Concordo totalmente

A prática da odontologia baseada em evidências mudou a forma como eu aprendo.	The practice of evidence-based dentistry has changed the way I learn.
Discordo totalmente	Discordo totalmente
Discordo	Discordo
Incerto	Incerto
Concordo	Concordo
Concordo totalmente	Concordo totalmente
Foi difícil para mim praticar a odontologia baseada em evidências no ano passado.	Foi difícil para mim praticar a odontologia baseada em evidências no ano passado.
Discordo totalmente	Discordo totalmente
Discordo	Discordo
Incerto	Incerto
Concordo	Concordo
Concordo totalmente	Concordo totalmente
A EBP é um atendimento odontológico de "livro de receitas" que desconsidera a experiência clínica para oferecer o melhor tratamento aos pacientes.	A PBE é um "livro de receitas" de atendimento odontológico que desconsidera a experiência clínica no fornecimento do melhor tratamento aos pacientes.
Discordo totalmente	Discordo totalmente
Discordo	Discordo
Incerto	Incerto
Concordo	Concordo
Concordo totalmente	Concordo totalmente
É possível usar a EBP rotineiramente ao prestar atendimento a pacientes na clínica da faculdade de odontologia.	É viável o uso da PBE rotineiramente no atendimento de pacientes na clínica-escola de odontologia.
Discordo totalmente	Discordo totalmente
Discordo	Discordo
Incerto	Incerto
Concordo	Concordo
Concordo totalmente	Concordo totalmente
A EBP melhora a qualidade do atendimento ao paciente odontológico.	A PBE melhora a qualidade do atendimento odontológico ao paciente.
Discordo totalmente	Discordo totalmente
Discordo	Discordo
Incerto	Incerto
Concordo	Concordo

Concordo totalmente	Concordo totalmente
<b>Acesso a evidências</b>	<b>Acessando evidências</b>
Com que frequência você acessa evidências odontológicas de ...	Com que frequência você acessa evidências odontológicas de ...
Colegas: outros dentistas ou profissionais de saúde	Colegas: outros dentistas ou profissionais de saúde
Nunca	Nunca
Raramente	Raramente
Eventualmente	Ocasionalmente
Frequentemente	Com certa frequência
Muito frequentemente	Com muita frequência
Livros acadêmicos?	Livros didáticos?
Nunca	Nunca
Raramente	Raramente
Eventualmente	Ocasionalmente
Frequentemente	Com certa frequência
Muito frequentemente	Com muita frequência
A Internet (exceto revisões Cochrane)?	A Internet (excluindo revisões Cochrane)?
Nunca	Nunca
Raramente	Raramente
Eventualmente	Ocasionalmente
Frequentemente	Com certa frequência
Muito frequentemente	Com muita frequência
Artigos originais de pesquisa publicados em periódicos revisados por pares?	Artigos de pesquisa originais publicados em periódicos revisados por pares?
Nunca	Nunca
Raramente	Raramente
Eventualmente	Ocasionalmente
Frequentemente	Com certa frequência
Muito frequentemente	Com muita frequência
Banco de dados Cochrane de revisões sistemáticas?	Banco de dados Cochrane de revisões sistemáticas?
Nunca	Nunca
Raramente	Raramente
Eventualmente	Ocasionalmente

Frequentemente	Com certa frequencia
Muito frequentemente	Com muita frequência
Revista de Prática Odontológica Baseada em Evidências, Odontologia Baseada em Evidências, Revista de Medicina Baseada em Evidências?	Periódico de Prática Odontológica Baseada em Evidências, Odontologia Baseada em Evidências, Periódico de Medicina Baseada em Evidências?
Nunca	Nunca
Raramente	Raramente
Eventualmente	Ocasionalmente
Frequentemente	Com certa frequencia
Muito frequentemente	Com muita frequência
Cursos/workshops de educação continuada?	Cursos/oficinas de educação continuada?
Nunca	Nunca
Raramente	Raramente
Eventualmente	Ocasionalmente
Frequentemente	Com certa frequencia
Muito frequentemente	Com muita frequência
Podcasts e webconferências (webinars)?	Podcasts e webconferências (webinars)?
Nunca	Nunca
Raramente	Raramente
Eventualmente	Ocasionalmente
Frequentemente	Com certa frequencia
Muito frequentemente	Com muita frequência
Bancos de dados de tópicos avaliados criticamente (CATs)?	Bancos de dados de tópicos avaliados criticamente (CATs)?
Nunca	Nunca
Raramente	Raramente
Eventualmente	Ocasionalmente
Frequentemente	Com certa frequencia
Muito frequentemente	Com muita frequência
<b>Confiança nas Habilidades de Avaliação Crítica</b>	<b>Confiança nas Habilidades de Avaliação Crítica</b>
Qual é o seu grau de confiança para avaliar os seguintes aspectos de um relatório de pesquisa publicado?	O quanto você é confiante na avaliação dos seguintes aspectos de um relatório de pesquisa publicado?
Adequação do desenho do estudo	Adequação do desenho do estudo

Nem um pouco confiante	Nem um pouco confiante
Não confiante	Não confiante
Moderadamente confiante	Moderadamente confiante
Confiante	Confiante
Muito confiante	Muito confiante
Viés no desenho do estudo ou na análise de dados	Viés no desenho do estudo ou na análise de dados
Nem um pouco confiante	Nem um pouco confiante
Não confiante	Não confiante
Moderadamente confiante	Moderadamente confiante
Confiante	Confiante
Muito confiante	Muito confiante
Adequação do tamanho da amostra	Adequação do tamanho da amostra
Nem um pouco confiante	Nem um pouco confiante
Não confiante	Não confiante
Moderadamente confiante	Moderadamente confiante
Confiante	Confiante
Muito confiante	Muito confiante
Possibilidade de generalização dos resultados	Generalização dos resultados
Nem um pouco confiante	Nem um pouco confiante
Não confiante	Não confiante
Moderadamente confiante	Moderadamente confiante
Confiante	Confiante
Muito confiante	Muito confiante
Uso apropriado de testes estatísticos	Uso apropriado de testes estatísticos
Nem um pouco confiante	Nem um pouco confiante
Não confiante	Não confiante
Moderadamente confiante	Moderadamente confiante
Confiante	Confiante
Muito confiante	Muito confiante
Valor global do relatório de pesquisa	Valor global do relatório de pesquisa
Nem um pouco confiante	Nem um pouco confiante
Não confiante	Não confiante

Moderadamente confiante  
Confiante  
Muito confiante

Moderadamente confiante  
Confiante  
Muito confiante

Fonte: Elaborado(a) pela própria autora.

## Tabela 2. Síntese das traduções (T12)

Objetivo do KACE: Instrumento de avaliação de Conhecimento, Atitude, Acesso e Confiança (sigla em inglês KACE - Knowledge, Attitudes, Access and Confidence Evaluation) em Prática Baseada em Evidência (PBE) para medir o conhecimento, a atitude, os métodos de acesso às evidências e a confiança nas habilidades de análise crítica.

O KACE tem quatro seções: Conhecimento de Análise Crítica; Atitude sobre a Prática Baseada em Evidência (PBE); Acesso à Evidência; Confiança nas Habilidades de Análise Crítica.

**Conhecimento de Análise Crítica:** Selecione a melhor resposta para cada pergunta. Estamos interessados no que você sabe neste momento. Por favor, não tente adivinhar. Marque "Não sei" se esta for a resposta mais apropriada.

1. Estudos publicados sobre tratamentos podem ser classificados quanto à força da evidência. Qual das sentenças abaixo corresponde à declaração mais correta quanto à classificação de evidência?

- A. Os estudos de casos clínicos têm classificação mais alta de evidência que os ensaios controlados randomizados
- B. A opinião de especialistas apresenta o nível mais baixo de evidência.
- C. Pesquisa laboratorial em animais apresenta o nível mais alto de evidência.
- D. Pesquisas financiadas por órgãos oficiais (ex. Ministério da Saúde) apresentam o nível mais alto de evidência.
- E. Não sei.

2. Quanto à qualidade da literatura em Odontologia, qual das seguintes opções abaixo possui o nível mais alto de evidência?

- A. Um artigo de um ensaio clínico não-randomizado que inclui referências.
- B. Um artigo de série de casos que foi revisado por pares e publicado no periódico Journal of Dental Research.
- C. Uma Revisão Cochrane de um tópico de saúde bucal.
- D. Um Relato detalhado de um caso clínico escrito por reconhecido especialista da odontologia.
- E. Não sei.

3. Se você estivesse conduzindo uma busca na base de dados PubMed para responder a uma pergunta clínica referente a um paciente odontológico, qual das seguintes seria a estratégia de busca **menos produtiva**?

- A. Limitar a busca ao ano atual.
- B. Limitar a busca ao Tipo de Artigo especificado.
- C. Limitar a busca usando a ferramenta Clinical Queries
- D. Pesquisar usando termos MeSH apropriados.
- E. Não sei.

4. Qual afirmação é **a mais precisa** em relação ao número de participantes em um ensaio clínico?

- A. Uma análise de poder estatístico da amostra deve ser realizada depois que os dados foram coletados para avaliar se um número suficiente de sujeitos foi incluído no estudo.
- B. Se os dados são obtidos a partir de uma amostra grande, o pesquisador pode ficar confiante de que os achados são clinicamente relevantes.
- C. Apenas grandes efeitos do tratamento podem ser observados quando um número muito grande de participantes é recrutado.

D. Um número pequeno de participantes pode não permitir que os verdadeiros efeitos do tratamento sejam observados quando, de fato, eles existem.

E. Não sei.

5. Qual das assertivas abaixo **descreve melhor** o termo PICO?

A. Lista de diretrizes para auxiliar os pesquisadores a relatar os resultados de uma metanálise.

B. Define um descritor MeSH e fornece sinônimos contemplados por este descritor

C. Processo para converter um problema clínico em perguntas que podem ser respondidas pela busca de evidências

D. Técnica para combinar termos de busca a fim de restringir a busca a artigos com elementos especificados.

E. Não sei.

6. Um estudo recente publicado no Journal of the American Dental Association relata que os pacientes com dor miofacial que receberam placas oclusais macias tiveram menos dor após duas semanas quando comparados com pacientes que receberam um programa de fisioterapia domiciliar que consistia em exercícios de movimentação da mandíbula. Qual dos seguintes fatores poderia ter contribuído para esse resultado?

A. Os examinadores clínicos atuaram de forma cega.

B. Os pacientes de um grupo ou de outro não aderiram ao tratamento.

C. Os pacientes foram distribuídos aleatoriamente entre os grupos de tratamentos.

D. Um número excessivo de pacientes foi incluído no estudo.

E. Não sei.

7. Um processo estatístico que agrupa quantitativamente os resultados de vários estudos publicados em uma análise é conhecido como uma:

A. Revisão Cochrane.

B. Meta-análise

C. Análise dos números necessários para tratar (NNT).

D. Revisão sistemática.

E. Não sei.

8. Qual das seguintes afirmativas indica o desenho de estudo **mais apropriado** para avaliar a eficácia de um novo dispositivo de diagnóstico para a avaliação de problemas de saúde bucal?

A. Teste cego de comparação com um padrão de referência (padrão ouro).

B. Estudo de caso-controle.

C. Ensaio clínico randomizado.

D. Diferença de risco relativo (RRD).

E. Não sei.

9. Qual das seguintes afirmações sobre a sensibilidade e a especificidade do teste **é verdadeira**?

A. A sensibilidade do teste define quantos indivíduos saudáveis o teste identifica corretamente como não doentes.

B. Indivíduos não doentes que têm um resultado positivo em vez de negativo são classificados como verdadeiros-positivos

C. A sensibilidade responde à pergunta "Se um paciente apresentar um resultado positivo no teste, qual é a probabilidade de ele ter a doença?" e a especificidade responde à pergunta "Se um paciente apresentar um teste negativo, qual é a probabilidade de ele não ter a doença?"

D. A especificidade do teste é a porcentagem de indivíduos doentes que apresentam um resultado de teste positivo, conforme determinado por um método ou procedimento padrão-ouro.

E. Não sei.

10. Qual das seguintes afirmações sobre prevalência e incidência de doenças **é verdadeira?**

A. Incidência se refere à porcentagem de localizações geográficas em uma região onde são relatados surtos de uma determinada doença.

B. A prevalência se refere à frequência de resultados de testes verdadeiro-positivos por 100.000 habitantes em um período de um ano de coleta de dados.

C. Incidência é o número de pacientes por 100.000 habitantes que têm uma doença em um determinado momento.

D. Prevalência é o número de pacientes por 100.000 habitantes que têm uma doença em um momento específico.

E. Não sei.

**Atitudes sobre a Prática Baseada em Evidência (PBE) em Odontologia:** Caso você sinta que não pode responder por falta de informação, falta de experiência ou incerteza, por gentileza assinale a opção "não tenho certeza".

Acredito agora que a prática baseada em evidência será mais importante em minha prática futura como dentista do que eu acreditava há um ano.

Discordo totalmente

Discordo

Não tenho certeza

Concordo

Concordo totalmente

Eu pessoalmente aprecio as vantagens da prática baseada em evidência no atendimento ao paciente.

Discordo totalmente

Discordo

Não tenho certeza

Concordo

Concordo totalmente

A Prática baseada em Evidência (PBE) deveria integrar o currículo de faculdades de odontologia.

Discordo totalmente

Discordo

Não tenho certeza

Concordo

Concordo totalmente

Eu apoio os princípios da PBE mais do que apoiava há um ano.

Discordo totalmente

Discordo

Não tenho certeza

Concordo

Concordo totalmente

A PBE faz parte da rotina do meu crescimento profissional como dentista.

Discordo totalmente

Discordo

Não tenho certeza

Concordo

Concordo totalmente

A prática de odontologia baseada em evidência mudou a forma como aprendo.

Discordo totalmente

Discordo

Não tenho certeza

Concordo

Concordo totalmente

Foi difícil colocar em prática a odontologia baseada em evidência neste último ano.

Discordo totalmente

Discordo

Não tenho certeza

Concordo

Concordo totalmente

A PBE é um “livro de receitas” odontológico que desconsidera a experiência clínica em fornecer o melhor tratamento para os pacientes.

Discordo totalmente

Discordo

Não tenho certeza

Concordo

Concordo totalmente

É viável usar a PBE rotineiramente no atendimento de pacientes na clínica da faculdade de odontologia.

Discordo totalmente

Discordo

Não tenho certeza

Concordo

Concordo totalmente

A PBE melhora a qualidade do atendimento ao paciente odontológico.

Discordo totalmente

Discordo

Não tenho certeza

Concordo

Concordo totalmente

**Acesso às evidências**

Com que frequência você acessa evidências odontológicas de ...

Colegas: outros dentistas ou profissionais de saúde?

Nunca

Raramente

Ocasionalmente

Frequentemente

Muito frequentemente

Livros didáticos?

Nunca

Raramente

Ocasionalmente

Frequentemente

Muito frequentemente

A internet (com exceção de revisões Cochrane)?

Nunca

Raramente

Ocasionalmente

Frequentemente

Muito frequentemente

Artigos originais de pesquisa publicados em periódicos revisados por pares?

Nunca

Raramente

Ocasionalmente

Frequentemente

Muito frequentemente

A Base de dados Cochrane de revisões sistemáticas?

Nunca

Raramente

Ocasionalmente

Frequentemente

Muito frequentemente

Periódicos como: Journal of Evidence-based Dental Practice, Evidence-Based Dentistry, Journal of Evidence-based Medicine?

Nunca

Raramente

Ocasionalmente

Frequentemente

Muito frequentemente

Cursos de Educação Continuada / workshops?

Nunca

Raramente

Ocasionalmente

Frequentemente

Muito frequentemente

Podcasts e conferências online (webinars)?

Nunca

Raramente

Ocasionalmente

Frequentemente

Muito frequentemente

Base de dados de tópicos avaliados criticamente (Critically Appraised Topics - CATs)?

Nunca

Raramente

Ocasionalmente

Frequentemente

Muito frequentemente

**Confiança nas Habilidades de Análise Crítica**

Qual é o seu grau de confiança ao analisar criticamente os seguintes aspectos de um relato de pesquisa publicado?

Adequação do desenho do estudo

Nada confiante

Pouco confiante

Moderadamente confiante

Confiante

Muito confiante

Viés no desenho do estudo ou na análise de dados

Nada confiante

Pouco confiante

Moderadamente confiante

Confiante

Muito confiante

Adequação do tamanho da amostra

Nada confiante

Pouco confiante

Moderadamente confiante

Confiante

Muito confiante

Generalização dos resultados

Nada confiante

Pouco confiante

Moderadamente confiante

Confiante

Muito confiante

Uso apropriado de testes estatísticos

Nada confiante

Pouco confiante

Moderadamente confiante

Confiante

Muito confiante

Valor geral do relatório de pesquisa

Nada confiante

Pouco confiante

Moderadamente confiante

Confiante

Muito confiante

Fonte: Elaborado(a) pela própria autora.

**Tabela 3. Descrição das questões abordadas e discutidas, com a respectiva decisão final**

Item	Divergência	Resolução
Desc. geral	Uso do termo “análise” ou “avaliação”	“Análise” em consenso
1º Sessão	Uso dos termos “Instrumento de avaliação” ou “Avaliação”	“Instrumento de avaliação” em consenso, por se tratar de uma maneira de avaliar
1º Sessão	Uso das expressões “não chute” ou “não tente adivinhar”	“não tente adivinhar” em consenso
1º.	Uso dos termos “relatos de pesquisa” ou “estudos”.	“estudos” em consenso.
1º.	Uso dos termos “ranqueamento” ou “classificação”	“classificação” em consenso.
1ºa	Uso dos termos “melhor ranqueados” ou “classificação mais alta”	“classificação mais alta” em consenso
1ºa 2ºa	Uso do termo “randomizados” ou “aleatorizado”	“randomizados” por se tratar de anglicismo, já incorporado ao vernáculo
1ºb	Uso dos termos “representa” ou “é classificada como”	“é classificada como” em consenso
1ºc		
2º		
1º d	Uso do “Ministério da Saúde” como equivalente a “National Institutes of Health”	Utilizado o termo apesar do financiamento não garantir a pesquisa de alta qualidade
2ºb	Uso do termo “periódico” antes de “Journal of Dental Research.”	“periódico Journal of Dental Research” em consenso
2ºc	Uso do termo “bucal” ou “oral”	“bucal” após uma busca na literatura
8º		
2ºd		
3ºd	Uso de descritores “MeSH terms” entre parênteses	“descritores (“MeSH terms”)” em consenso
5º	Uso dos termos “alternativas” ou “afirmativas”	“afirmativas” em consenso
10º		
5ºa	Uso do termo “orientações” ou “diretrizes”	“diretrizes” em consenso
5ºb	Uso dos termos “indexador MeSH” ou “termo controlado”	“descriptor MeSH” após consultar um bibliotecário experiente

6 <sup>o</sup> a	Uso do termo “cegados”, “de forma cega” ou “mascaramento”	“de forma cega” em consenso, por ser o mais utilizado no contexto
7 <sup>o</sup> b	Escrita “Meta-análise” ou “Metanálise”	“Metanálise” após consulta de um especialista na língua portuguesa
9 <sup>o</sup> d	Uso do termo “referência” ou “padrão-ouro”	“referência (padrão-ouro)” por ser a nomenclatura mais adequada atualmente
10 <sup>o</sup> d	Uso do termo “determinado” ou “específico”	“específico” em consenso
2 <sup>o</sup> Sessão	Uso do termo “Postura” ou “Atitudes”	“Atitudes” em consenso
2 <sup>o</sup> 2	Uso do termo “valorizo” ou “aprecio”	“aprecio” em consenso
2 <sup>o</sup> 3	Uso do termo “integrar” ou “fazer parte”	“integrar” em consenso
4 <sup>o</sup> 2	Uso do termo “Viés” ou “Viéses”	“Viéses” após consulta ao especialista na língua inglesa
4 <sup>o</sup> 4	Uso do termo “Generalizabilidade” ou “Generalização”	“Generalização” após consulta a Biblioteca virtual de saúde (BVS)
4 <sup>o</sup> 6	Uso do termo “geral” ou “global”	“global” em consenso com autor do estudo original

Fonte: Elaborado(a) pela própria autora.

**Tabela 4. Relação das retrotraduções realizadas pelo Retrotadutor 1 (R1) e Retroradutor 2 (T2)**

Retrotradutor 1 (RT1)	Retrotradutor 2 (RT2)
<b>KACE's Purpose:</b> An assessment instrument of Knowledge, Attitudes, Access, and Confidence (KACE) in Evidence-Based Practice (EBP) to measure knowledge, attitude, methods of access to evidence, and confidence in critical appraisal skills.	<b>KACE Objective:</b> Knowledge, Attitude, Access, and Confidence (KACE) assessment instrument in Evidence-Based Practice (EBP) to measure knowledge, attitude, methods of accessing evidence, and confidence in critical analysis skills.
KACE has four sections: Knowledge of Critical Analysis; Attitude about Evidence-Based Practice (EBP); Access to Evidence; Confidence in Critical Analysis Skills.	KACE has four sections: Knowledge of Critical Analysis; Attitude concerning Evidence-Based Practice (EBP); Access to Evidence; Confidence in Critical Analysis Skills.
<b>Knowledge of Critical Analysis:</b> Select the best answer for each question. We're interested in what you know at this time. Please don't try to guess. Check "I don't know" if this is the most appropriate response.	<b>Knowledge of Critical Analysis:</b> Select the best answer for each question. We are interested in what you know right now. Please don't try to guess. Mark "I don't know" if this is the most appropriate answer.
1. Published studies on treatments may be classified according to the strength of evidence. Which of the sentences below corresponds to the <b>most correct statement</b> as to the classification of evidence?	1. Published studies on treatments can be classified according to the strength of the evidence. Which of the following statements is the <b>most correct regarding</b> the classification of evidence?
A. Clinical case studies rank higher than randomized trials and controlled trials.	A. Clinical case studies are ranked higher than randomized controlled trials.
B. Expert opinion presents the lowest level of evidence.	B. Expert opinion presents the lowest level of evidence.
C. Laboratory animal research presents the highest level of evidence.	C. Laboratory animal research presents the highest level of evidence.
D. Research funded by official government agencies (e.g. the Ministry of Health) presents the highest level of evidence.	D. Research funded by the National Institutes of Health presents the highest level of evidence
E. I don't know.	E. I don't know.
2. Regarding the quality of literature in dentistry, which of the choices below possesses the <b>highest level of evidence</b> ?	2. Regarding the quality of dental literature, which of the options below has the <b>highest level of evidence</b> ?
A. An article about a non-randomized clinical trial that includes references.	A. An article on a non-randomized clinical study that includes references.
B. An article on a case series that has been peer-reviewed and published in the Journal of Dental Research	B. A case series article that has been peer-reviewed and published in the "Journal of Dental Research."
C. A Cochrane review of an oral health topic.	C. A Cochrane review of an oral health topic.
D. A detailed report of a clinical case written by a recognized expert in dentistry.	D. A detailed report of a clinical case written by a recognized dentistry specialist.

E. I don't know.

3. If you were performing a search on the PubMed database to answer a clinical question for a dental patient, which of the following search strategies would be **less productive**?

A. Limiting the search to the current year

B. Limiting the search to a specific type of article.

C. Narrowing the search using the Clinical Queries tool

D. Performing the search using the appropriate MeSH terms

E. I don't know.

4. Which statement is the **most accurate** in relation to the number of participants in a clinical trial?

A. A sample statistical power analysis should be carried out after the data has been collected data to assess whether a sufficient number of subjects were included in the study.

B. If the data are obtained from a large sample, the researcher can have certainty that the results are clinically meaningful.

C. Only large treatment effects can be identified when a large number of participants are recruited.

D. A small number of subjects are included, may not allow the true effects of treatment to be observed when they in fact exist.

E. I don't know.

5. Which of the following below **best describes** the term PICO?

A. List of guidelines to assist researchers in reporting the results of a meta-analysis.

B. It defines a MeSH descriptor and provides synonyms covered by this descriptor.

C. The process for converting a clinical problem into questions that can be answered by searching for evidence.

D. The technique for combining search terms in order to restrict the search for articles with specified elements.

E. I don't know.

6. A recent study published in the Journal of the American Dental Association reports that patients with myofascial pain who received soft occlusal plates had less pain after two weeks when compared to patients that received a home physiotherapy consisting of jaw

E. I don't know.

3. If you were conducting a PubMed search to answer a clinical question regarding a dental patient, which of the following would be the **least productive** search strategy?

A. Limiting the search to the current year

B. Limiting the search to a specific type of article.

C. Limiting the search using the "Clinical Queries" tool.

D. Search using the appropriate descriptors ("MeSH terms").

E. I don't know.

4. Which statement is **most accurate** regarding the number of subjects in a clinical trial?

A. A statistical power analysis of the sample should be performed after data has been collected to assess whether a sufficient number of subjects were included in the study

B. If data are obtained from a large sample, the researcher can be confident that the results are clinically significant.

C. Only large treatment effects can be identified when a large number of participants are recruited.

D. A small number of participants may not allow the true effects of the treatment to be observed when, in fact, they do exist.

E. I don't know.

5. Which of the statements below **best describes** the term PICO?

A. List of guidelines to assist researchers in reporting the results of a meta-analysis.

B. It defines a MeSH descriptor and provides synonyms covered by this descriptor.

C. Process for converting a clinical problem into questions that can be answered by searching for evidence.

D. Technique for combining search terms to restrict the search to articles with specified elements.

E. I don't know.

6. A recent study published in the Journal of the American Dental Association reports that patients with myofascial pain who received soft occlusal splints had less pain after two weeks when compared with patients who received a home physical therapy program

movement exercises. Which of the following factors could have contributed to this result?

- A. The clinical examiners practiced blinding.
- B. Patients in one group or the other did not adhere to treatment.
- C. Patients were randomly assigned to treatment groups.
- D. An excessive number of patients were included in the study.
- E. I don't know.

7. A statistical process that quantitatively groups the results of multiple research studies into a single analysis is known as a(n):

- A. Cochrane Review.
- B. Meta-analysis.
- C. Analysis of Numbers Needed to Treat (NNT).
- D. Systematic review.
- E. I don't know.

8. Which of the following statements indicates the **most appropriate** study design to evaluate the efficacy of a new diagnostic device for the evaluation of oral health problems?

- A. Blind comparison test with a reference standard (gold standard).
- B. Case-control study.
- C. Randomized clinical trial.
- C. Randomized clinical trial.
- E. I don't know.

9. Which of the following statements about the sensitivity and specificity of a test **is true**?

- A. The sensitivity of a test defines how many healthy subjects the test correctly identifies as not sick.
- B. Individuals that are not sick who have a positive result instead of a negative result are classified as true positives.
- C. Sensitivity answers the question "If a patient has a positive test result, what is the probability that they have the disease?" and specificity answers the question "If a patient has a negative test, what is the probability that they will not have the disease?"

consisting of jaw movement exercises. Which of the following factors could have contributed to this result?

- A. The clinical examiners acted blindly.
- B. Patients in one group or the other did not adhere to treatment.
- C. Patients were randomly assigned to treatment groups.
- D. Too many patients were included in the study
- E. I don't know.

7. A statistical process that quantitatively groups the results of multiple research studies into a single analysis is known as a(n):

- A. Cochrane Review.
- B. Meta-analysis.
- C. Number needed to treat (NNT) analysis.
- D. Systematic review.
- E. I don't know.

8. Which of the following statements indicates the **most appropriate** study design to evaluate the effectiveness of a new diagnostic device for assessing oral health problems?

- A. Blind comparison test with a reference standard (gold standard).
- B. Case-control study.
- C. Randomized clinical trial.
- C. Randomized clinical trial.
- E. I don't know.

9. Which of the following statements about the sensitivity and specificity of a test **is true**?

- A. Test sensitivity defines how many healthy individuals the test correctly identifies as not sick
- B. Non-diseased individuals who test positive rather than negative are classified as true positives.
- C. Sensitivity answers the question "If a patient has a positive test result, what is the probability that they have the disease?" and specificity answers the question "If a patient tests negative, what is the probability that they don't have the disease?"

D. Test specificity is the percentage of sick individuals who have a positive test result, as determined by a gold standard method or a procedure.

E. I don't know.

10. Which of the following statements about the prevalence and incidence of diseases **is true**?

A. Incidence refers to the percentage of geographic locations in a region where outbreaks of a particular disease are reported.

B. Prevalence refers to the frequency of true-positive test results per 100,000 population over a one-year data collection period .

C. Incidence is the number of patients per 100,000 people who have a disease at a given time.

D. Prevalence is the number of patients per 100,000 people who have a disease at a specific time.

E. I don't know.

**Attitudes about Evidence-Based Practice (EBP) in Dentistry:** In case you feel you can't answer due to lack of information, lack of experience, or uncertainty, please mark the box in the column labeled "uncertain."

I now believe that evidence-based practice will be more important in my future practice as a dentist than I did a year ago.

Strongly Disagree

Disagree

Uncertain

Agree

Strongly Agree

I personally appreciate the advantages of evidence-based practice in patient care.

Strongly Disagree

Disagree

Uncertain

Agree

Strongly Agree

D. Test specificity is the percentage of sick individuals who have a positive test result, as determined by a gold standard method or a procedure.

E. I don't know.

10. Which of the following statements concerning the prevalence and incidence of diseases **is true**?

A. Incidence refers to the percentage of geographic locations in a region where outbreaks of a given disease are reported.

B. Prevalence refers to the frequency of true-positive test results per 100,000 population over a one-year data collection period .

C. Incidence is the number of patients per 100,000 population who have a disease at a given time.

D. Prevalence is the number of patients per 100,000 population who have a disease at a specific time.

E. I don't know.

**Attitude concerning Evidence-Based Practice (EBP) in Dentistry:** If you feel that you cannot answer due to lack of information, lack of experience or uncertainty, please tick the option "Not sure."

I now believe that evidence-based practice will be more important in my future practice as a dentist than I believed a year ago.

Strongly Disagree

Disagree

Not sure

Agree

Strongly Agree

I personally appreciate the advantages of evidence-based practice in patient care.

Strongly Disagree

Disagree

Not sure

Agree

Strongly Agree

Evidence Based Practice (EBP) should be part of the curriculum of dental schools.	Evidence-based practice (EBP) should form part of the curriculum of dental schools
Strongly Disagree	Strongly Disagree
Disagree	Disagree
Uncertain	Not sure
Agree	Agree
Strongly Agree	Strongly Agree
I support the principles of EBP more than I did a year ago.	I support the principles of EBP more than I did a year ago.
Strongly Disagree	Strongly Disagree
Disagree	Disagree
Uncertain	Not sure
Agree	Agree
Strongly Agree	Strongly Agree
EBP is part of the routine of my professional growth as a dentist.	EBP forms part of the routine of my professional growth as a dentist.
Strongly Disagree	Strongly Disagree
Disagree	Disagree
Uncertain	Not sure
Agree	Agree
Strongly Agree	Strongly Agree
The practice of evidence-based dentistry has changed the way I learn.	The practice of evidence-based dentistry has changed the way I learn.
Strongly Disagree	Strongly Disagree
Disagree	Disagree
Uncertain	Not sure
Agree	Agree
Strongly Agree	Strongly Agree
It has been difficult for me to put into practice evidence-based dentistry during the last year.	It was difficult to put evidence-based dentistry into practice this past year.
Strongly Disagree	Strongly Disagree
Disagree	Disagree
Uncertain	Not sure
Agree	Agree
Strongly Agree	Strongly Agree
EBP is a "cookbook" for dentistry that disregards clinical experience in providing the best treatment to patients.	EBP is a "book of recipes" for dental care that disregards clinical experience in providing the best treatment to patients.

Strongly Disagree	Strongly Disagree
Disagree	Disagree
Uncertain	Not sure
Agree	Agree
Strongly Agree	Strongly Agree
It is viable to use EBP routinely in the care of patients in the dental school clinic.	Using EBP routinely is feasible when caring for patients in the dental school clinic.
Strongly Disagree	Strongly Disagree
Disagree	Disagree
Uncertain	Not sure
Agree	Agree
Strongly Agree	Strongly Agree
EBP improves the quality of care given to a dental patient.	EBP improves the quality of care for dental patients.
Strongly Disagree	Strongly Disagree
Disagree	Disagree
Uncertain	Not sure
Agree	Agree
Strongly Agree	Strongly Agree
<b>Access to Evidence</b>	<b>Access to Evidence</b>
How often do you access dental evidence of...	How often do you access dental evidence from...
Colleagues: other dentists or healthcare professionals?	Colleagues: other dentists or healthcare professionals?
Never	Never
Rarely	Rarely
Occasionally	Occasionally
Frequently	Often
Very Frequently	Very Frequently
Textbooks?	Didactic books?
Never	Never
Rarely	Rarely
Occasionally	Occasionally
Frequently	Often
Very Frequently	Very Frequently
The Internet (with the exception of Cochrane Reviews)?	The internet (except for Cochrane reviews)?
Never	Never

Rarely	Rarely
Occasionally	Occasionally
Frequently	Often
Very Frequently	Very Frequently
Original research articles published in peer-reviewed journals?	Original research articles published in peer-reviewed journals?
Never	Never
Rarely	Rarely
Occasionally	Occasionally
Frequently	Often
Very Frequently	Very Frequently
The Cochrane Database of Systematic Reviews?	Cochrane database of systematic reviews?
Never	Never
Rarely	Rarely
Occasionally	Occasionally
Frequently	Often
Very Frequently	Very Frequently
Journals such as the Journal of Evidence-Based Dental Practice, the Journal of Evidence-Based Dental Practice, the Journal of Evidence-Based Medicine?	Journals like: Journal of Evidence-based Dental Practice, Evidence-based Dentistry, Journal of Evidence-based Medicine?
Never	Never
Rarely	Rarely
Occasionally	Occasionally
Frequently	Often
Very Frequently	Very Frequently
Courses / workshops of continuing education?	Continuing education courses/ workshops?
Never	Never
Rarely	Rarely
Occasionally	Occasionally
Frequently	Often
Very Frequently	Very Frequently
Podcasts and online conferences (webinars)?	Podcasts and online conferences (webinars)?
Never	Never

Rarely	Rarely
Occasionally	Occasionally
Frequently	Often
Very Frequently	Very Frequently
The "Database of Critically Appraised Topics" (CATs)?	The "Database of Critically Appraised Topics" (CATs)?
Never	Never
Rarely	Rarely
Occasionally	Occasionally
Frequently	Often
Very Frequently	Very Frequently
<b>Confidence in Critical Analysis Skills</b>	<b>Confidence in Critical Analysis Skills</b>
How confident are you when critically analyzing the following aspects of a published research report?	How confident are you when critically analyzing the following aspects of a published research report?
Appropriateness of study design	Study design adequacy
Not at All Confident	Not at All Confident
Not very confident	Not Confident
Moderately confident	Moderately confident
Confident	Confident
Very Confident	Very Confident
Bias in the study design or data analysis	Biases in study design or data analysis
Not at All Confident	Not at All Confident
Not very confident	Not Confident
Moderately confident	Moderately confident
Confident	Confident
Very Confident	Very Confident
Adequacy of sample size	Sample size adequacy
Not at All Confident	Not at All Confident
Not very confident	Not Confident
Moderately confident	Moderately confident
Confident	Confident
Very Confident	Very Confident
Generalizability of results	Generalization of results

Not at All Confident	Not at All Confident
Not very confident	Not Confident
Moderately confident	Moderately confident
Confident	Confident
Very Confident	Very Confident
Appropriate use of statistical tests	Appropriate use of statistical tests
Not at All Confident	Not at All Confident
Not very confident	Not Confident
Moderately confident	Moderately confident
Confident	Confident
Very Confident	Very Confident
Overall value of the research	Overall research value
Not at All Confident	Not at All Confident
Not very confident	Not Confident
Moderately confident	Moderately confident
Confident	Confident
Very Confident	Very Confident

Fonte: Elaborado(a) pela própria autora.

**Tabela 5. Instrumento em português para aplicação em campo em paralelo com o KACE original.**

Instrumento KACE no português-brasileiro	KACE ORIGINAL
<p><b>Objetivo do KACE:</b> Instrumento de avaliação de Conhecimento, Atitude, Acesso e Confiança (sigla em inglês KACE - Knowledge, Attitudes, Access and Confidence Evaluation) em Prática Baseada em Evidência (PBE) para medir o conhecimento, a atitude, os métodos de acesso às evidências e a confiança nas habilidades de análise crítica</p>	<p><b>Purpose of KACE:</b> The EBP Knowledge, Attitudes, Access, and Confidence Evaluation (KACE) measures knowledge, attitudes, methods for accessing evidence, and confidence in critical appraisal skills.</p>
<p>O KACE tem quatro seções: Conhecimento de Análise Crítica; Atitude sobre a Prática Baseada em Evidência (PBE); Acesso à Evidência; Confiança nas Habilidades de Análise Crítica</p>	<p>The KACE has four sections: Knowledge of Critical Appraisal; Attitudes about Evidence-Based Practice (EBP); Accessing Evidence; Confidence in Critical Appraisal Skills</p>
<p><b>Conhecimento de Análise Crítica:</b> Selecione a melhor resposta para cada pergunta. Estamos interessados no que você sabe neste momento. Por favor, não tente adivinhar. Marque "Não sei" se esta for a resposta mais apropriada</p>	<p><b>Knowledge of Critical Appraisal:</b> Select the one best response for each question. We are interested in what you currently know. Please do not guess. Circle "I don't know" if that is the most appropriate response.</p>
<p>1. Estudos publicados sobre tratamentos podem ser classificados quanto à força da evidência. Qual das sentenças abaixo corresponde à <b>declaração mais correta</b> quanto à classificação de evidência?</p>	<p>1. Published reports on treatments can be ranked with respect to the strength of the evidence. Which one of the following is the <b>most correct statement</b> with respect to ranking of evidence?</p>
<p>A. Os estudos de casos clínicos têm classificação mais alta de evidência que os ensaios controlados randomizados</p>	<p>A. Clinical case studies are ranked higher than randomized controlled trials.</p>
<p>B. A opinião de especialistas apresenta o nível mais baixo de evidência.</p>	<p>B. Expert opinion is the lowest level of evidence.</p>
<p>C. Laboratory animal research presents the highest level of evidence.</p>	<p>C. Lab animal research is the highest level of evidence.</p>
<p>D. Pesquisas financiadas por órgãos oficiais (ex. Ministério da Saúde) apresentam o nível mais alto de evidência.</p>	<p>D. Research supported by the National Institutes of Health is the highest level of evidence.</p>
<p>E. Não sei.</p>	<p>E. I don't know.</p>
<p>2. Quanto à qualidade da literatura em Odontologia, qual das seguintes opções abaixo possui o <b>nível mais alto de evidência</b>?</p>	<p>2. In judging the quality of the dental literature, which one of the following is the <b>highest level of evidence</b>?</p>

A. Um artigo de um ensaio clínico não-randomizado que inclui referências.	A. Article on a non-randomized clinical trial that includes references.
B. Um artigo de série de casos que foi revisado por pares e publicado no periódico Journal of Dental Research.	B. Case series article that has been peer-reviewed and published in the Journal of Dental Research.
C. Uma Revisão Cochrane de um tópico de saúde bucal.	C. Cochrane review of an oral health topic.
D. Um Relato detalhado de um caso clínico escrito por reconhecido especialista da odontologia.	D. Detailed report of a clinical case by a recognized dental expert.
E. Não sei.	E. I don't know.
3. Se você estivesse conduzindo uma busca na base de dados PubMed para responder a uma pergunta clínica referente a um paciente odontológico, qual das seguintes seria a estratégia de busca <b>menos produtiva</b> ?	3. If you were conducting a PubMed search to answer a clinical question pertaining to a dental patient, which one of the following would be the <b>least productive</b> search strategy?
A. Limitar a busca ao ano atual.	A. Limit search to current year.
B. Limitar a busca a um tipo específico de artigo.	B. Limit search to specified Type of Article.
C. Limitar a busca usando a ferramenta Clinical Queries	C. Limit search using Clinical Queries.
D. Pesquisar usando termos MeSH apropriados.	D. Search using appropriate MeSH terms.
E. Não sei.	E. I don't know.
4. Qual afirmação é a <b>mais precisa</b> em relação ao número de participantes em um ensaio clínico?	4. Which statement is the <b>most accurate</b> with respect to the number of subjects in a clinical trial?
A. Uma análise de poder estatístico da amostra deve ser realizada depois que os dados foram coletados para avaliar se um número suficiente de sujeitos foi incluído no estudo.	A. A power analysis should be conducted after the data are collected to assess whether sufficient numbers of subjects were enrolled in the study.
B. Se os dados são obtidos a partir de uma amostra grande, o pesquisador pode ficar confiante de que os achados são clinicamente relevantes.	B. If data are obtained from a large sample, an investigator can be confident that findings are clinically meaningful.
C. Apenas grandes efeitos do tratamento podem ser observados quando um número muito grande de participantes é recrutado.	C. Only large treatment effects can be observed when very large numbers of subjects are enrolled.
D. Um número pequeno de participantes pode não permitir que os verdadeiros efeitos do tratamento sejam observados quando, de fato, eles existem.	D. Too few subjects may not allow true treatment effects to be seen when they, in fact, exist.
E. Não sei.	E. I don't know.
5. Qual das assertivas abaixo <b>descreve melhor</b> o termo PICO?	5. Which of the following statements <b>best describes</b> a PICO?
A. Lista de diretrizes para auxiliar os pesquisadores a relatar os resultados de uma metanálise.	A. Checklist of guidelines to assist investigators with the reporting of the findings from a meta-analysis.

- B. Define um descritor MeSH e fornece sinônimos contemplados por este descritor. B. Defines a specific MeSH heading and provides synonyms covered by that heading.
- C. Processo para converter um problema clínico em perguntas que podem ser respondidas pela busca de evidências. C. Process for converting a clinical problem into questions that can be answered by searching for evidence.
- D. Técnica para combinar termos de busca a fim de restringir a busca a artigos com elementos especificados. D. Technique for combining search terms in order to restrict a search to articles with specified elements.
- E. Não sei. E. I don't know.
6. Um estudo recente publicado no Journal of the American Dental Association relata que os pacientes com dor miofacial que receberam placas oclusais macias tiveram menos dor após duas semanas quando comparados com pacientes que receberam um programa de fisioterapia domiciliar que consistia em exercícios de movimentação da mandíbula. Qual dos seguintes fatores poderia ter contribuído para esse resultado? 6. A recent study published in the Journal of the American Dental Association reports that patients with myofacial pain who received soft occlusal splints had less pain after two weeks than patients receiving a home physical therapy program consisting of jaw movement exercises. Which one of the following factors could have contributed to this result?
- A. Os examinadores clínicos atuaram de forma cega. A. Clinical examiners were blinded.
- B. Os pacientes de um grupo ou de outro não aderiram ao tratamento. B. Patients in one group or the other did not adhere to treatment.
- C. Os pacientes foram distribuídos aleatoriamente entre os grupos de tratamentos. C. Patients were assigned to treatments randomly.
- D. Um número excessivo de pacientes foi incluído no estudo. D. Too many patients were enrolled in the study.
- E. Não sei. E. I don't know.
7. Um processo estatístico que agrupa quantitativamente os resultados de vários estudos publicados em uma análise é conhecido como uma: 7. A statistical process that quantitatively pools the results of several research studies into one analysis is known as a:
- A. Revisão Cochrane. A. Cochrane review.
- B. Metanálise. B. Meta-analysis.
- C. Análise do Número Necessário para Tratar (NNT). C. Numbers needed to treat (NNT) analysis.
- D. Revisão sistemática. D. Systematic review.
- E. Não sei. E. I don't know.
8. Qual das seguintes afirmativas indica o desenho de estudo **mais apropriado** para avaliar a eficácia de um novo dispositivo de diagnóstico para a avaliação de problemas de saúde bucal? 8. Which of the following is the **most appropriate** study design to evaluate the efficacy of a new diagnostic device for assessment of oral health problems?
- A. Teste cego de comparação com um padrão de referência (padrão ouro). A. Blind comparison with a gold standard.
- B. Estudo de caso-controle. B. Case-control study.

C. Ensaio clínico randomizado.	C. Randomized clinical trial.
D. Diferença de risco relativo (DRR)	D. Relative risk difference (RRD).
E. Não sei.	E. I don't know.
9. Qual das seguintes afirmações sobre sensibilidade e especificidade do teste <b>é verdadeira</b> ?	9. Which one of the following statements about test sensitivity and specificity <b>is true</b> ?
A. A sensibilidade do teste define quantos indivíduos saudáveis o teste identifica corretamente como não doentes.	A. Test sensitivity defines how many normal individuals the test will correctly identify as normal.
B. Indivíduos não doentes que têm um resultado positivo em vez de negativo são classificados como verdadeiros-positivos	B. Normal individuals who have a positive rather than a negative result are classified as true-positives.
C. A sensibilidade responde à pergunta "Se um paciente apresentar um resultado positivo no teste, qual é a probabilidade de ele ter a doença?" e a especificidade responde à pergunta "Se um paciente apresentar um teste negativo, qual é a probabilidade de ele não ter a doença?"	C. Sensitivity answers the question "If a patient has a positive test result, how likely is he/she to have the disease?" and specificity answers the question "If a patient has a negative test, how likely is he/she not to have the disease?"
D. A especificidade do teste é a porcentagem de indivíduos doentes que apresentam um resultado de teste positivo, conforme determinado por um método ou procedimento padrão-ouro.	D. Test specificity is the percentage of diseased individuals who have a positive test result as determined by a reference method or a gold standard procedure.
E. Não sei.	E. I don't know.
10. Qual das seguintes afirmações sobre prevalência e incidência de doença <b>é verdadeira</b> ?	10. Which one of the following statements about disease prevalence and incidence <b>is true</b> ?
A. Incidência se refere à porcentagem de localizações geográficas em uma região onde são relatados surtos de uma determinada doença.	A. Incidence refers to the percentage of geographic locations in a region where outbreaks of a certain disease are reported.
B. A prevalência se refere à frequência de resultados de testes verdadeiro-positivos por 100.000 habitantes em um período de um ano de coleta de dados.	B. Prevalence refers to the frequency of true-positive tests results per 100,000 population within a one-year period of data collection.
C. Incidência é o número de pacientes por 100.000 habitantes que têm uma doença em um determinado momento.	C. Incidence is the number of patients per 100,000 population who have a disease at a specific point in time.
D. Prevalência é o número de pacientes por 100.000 habitantes que têm uma doença em um momento específico.	D. Prevalence is the number of patients per 100,000 population who have a disease at a specific point in time.
E. Não sei.	E. I don't know.

**Atitudes sobre a Prática Baseada em Evidência (PBE) em Odontologia:** Caso você sinta que não pode responder por

**Attitudes about Evidence-Based Practice (EBP) in Dentistry:** If you feel that you cannot respond because of lack of information, lack of experience, or uncertainty, please check the column labeled "uncertain."

falta de informação, falta de experiência ou incerteza, por gentileza assinale a opção "Não concordo nem discordo".

Acredito agora que a prática baseada em evidência será mais importante em minha prática futura como dentista do que eu acreditava há um ano. I now believe that evidence-based practice will be more valuable in my future practice as a dentist than I did one year ago.

Discordo totalmente Strongly Disagree

Discordo Disagree

Não concordo nem discordo Uncertain

Concordo Agree

Concordo totalmente Strongly Agree

Eu pessoalmente aprecio as vantagens da prática baseada em evidência no atendimento ao paciente. I personally appreciate the advantages of practicing evidence-based patient care.

Discordo totalmente Strongly Disagree

Discordo Disagree

Não concordo nem discordo Uncertain

Concordo Agree

Concordo totalmente Strongly Agree

A Prática baseada em Evidência (PBE) deveria integrar o currículo de faculdades de odontologia. EBP should be an integral part of the dental school curriculum.

Strongly Disagree Strongly Disagree

Disagree Disagree

Uncertain Uncertain

Agree Agree

Strongly Agree Strongly Agree

Eu apoio os princípios da PBE mais do que apoiava há um ano. I support EBP principles more than I did one year ago.

Strongly Disagree Strongly Disagree

Disagree Disagree

Uncertain Uncertain

Agree Agree

Strongly Agree Strongly Agree

A PBE faz parte da rotina do meu crescimento profissional como dentista. EBP is a routine part of my professional growth as a dentist.

Strongly Disagree Strongly Disagree

Disagree Disagree

Uncertain	Uncertain
Agree	Agree
Strongly Agree	Strongly Agree
A prática de odontologia baseada em evidência mudou a forma como aprendo.	The practice of evidence-based dentistry has changed the way I learn.
Strongly Disagree	Strongly Disagree
Disagree	Disagree
Uncertain	Uncertain
Agree	Agree
Strongly Agree	Strongly Agree
Foi difícil colocar em prática a odontologia baseada em evidência neste último ano.	It has been difficult for me to practice evidence-based dentistry in the past year.
Strongly Disagree	Strongly Disagree
Disagree	Disagree
Uncertain	Uncertain
Agree	Agree
Strongly Agree	Strongly Agree
A PBE é um “livro de receitas” odontológico que desconsidera a experiência clínica em fornecer o melhor tratamento para os pacientes.	EBP is “cook-book” dental care that disregards clinical experience in providing the best treatment for patients.
Discordo totalmente	Strongly Disagree
Discordo	Disagree
Não concordo nem discordo	Uncertain
Concordo	Agree
Concordo totalmente	Strongly Agree
É viável usar a PBE rotineiramente no atendimento de pacientes na clínica da faculdade de odontologia.	It is feasible to use EBP routinely when providing care for patients in the dental school clinic.
Discordo totalmente	Strongly Disagree
Discordo	Disagree
Não concordo nem discordo	Uncertain
Concordo	Agree
Concordo totalmente	Strongly Agree
A PBE melhora a qualidade do atendimento ao paciente odontológico.	EBP improves the quality of dental patient care.
Discordo totalmente	Strongly Disagree

Discordo	Disagree
Não concordo nem discordo	Uncertain
Concordo	Agree
Concordo totalmente	Strongly Agree
<b>Acesso às Evidências</b>	<b>Accessing Evidence</b>
Com que frequência você acessa evidências odontológicas de ...	How frequently do you access dental evidence from ...
Colegas: outros dentistas ou profissionais de saúde?	Colleagues: other dentists or health care providers
Nunca	Never
Raramente	Rarely
Ocasionalmente	Occasionally
Frequentemente	Often
Muito frequentemente	Very Frequently
Livros didáticos?	Textbooks
Nunca	Never
Raramente	Rarely
Ocasionalmente	Occasionally
Frequentemente	Often
Muito frequentemente	Very Frequently
A internet (com exceção de revisões Cochrane)?	The Internet (excluding Cochrane reviews)
Nunca	Never
Raramente	Rarely
Ocasionalmente	Occasionally
Frequentemente	Often
Muito frequentemente	Very Frequently
Artigos originais de pesquisa publicados em periódicos revisados por pares?	Original research papers published in peer-reviewed journals
Nunca	Never
Raramente	Rarely
Ocasionalmente	Occasionally
Frequentemente	Often
Muito frequentemente	Very Frequently

A Base de dados Cochrane de revisões sistemáticas?	The Cochrane Database of Systematic Reviews
Nunca	Never
Raramente	Rarely
Ocasionalmente	Occasionally
Frequentemente	Often
Muito frequentemente	Very Frequently
Periódicos como: Journal of Evidence-based Dental Practice, Evidence-Based Dentistry, Journal of Evidence-based Medicine?	Journal of Evidence-Based Dental Practice, Evidence-Based Dentistry, Journal of Evidence-Based Medicine
Nunca	Never
Raramente	Rarely
Ocasionalmente	Occasionally
Frequentemente	Often
Muito frequentemente	Very Frequently
Cursos de Educação Continuada / workshops?	Continuing education courses/workshops
Nunca	Never
Raramente	Rarely
Ocasionalmente	Occasionally
Frequentemente	Often
Muito frequentemente	Very Frequently
Podcasts e conferências online (webinars)?	Podcasts and web conferences (webinars)
Nunca	Never
Raramente	Rarely
Ocasionalmente	Occasionally
Frequentemente	Often
Muito frequentemente	Very Frequently
Base de dados de tópicos avaliados criticamente (Critically Appraised Topics - CATs)?	Databases of Critically Appraised Topics (CATs)
Nunca	Never
Raramente	Rarely
Ocasionalmente	Occasionally
Frequentemente	Often

Muito frequentemente	Very Frequently
<b>Confiança nas Habilidades de Análise Crítica</b>	<b>Confidence in Critical Appraisal Skills</b>
Qual é o seu grau de confiança ao analisar criticamente os seguintes aspectos de um relato de pesquisa publicado?	How confident are you at appraising the following aspects of a published research report?
<b>Adequação do desenho do estudo</b>	<b>Appropriateness of the study design</b>
Nada confiante	Not at All Confident
Pouco confiante	Not Confident
Moderadamente confiante	Moderately Confident
Confiante	Confident
Muito confiante	Very Confident
<b>Viés no desenho de estudo ou na análise de dados</b>	<b>Bias in the study design or data analysis</b>
Nada confiante	Not at All Confident
Pouco confiante	Not Confident
Moderadamente confiante	Moderately Confident
Confiante	Confident
Muito confiante	Very Confident
<b>Adequação do tamanho da amostra</b>	<b>Adequacy of the sample size</b>
Nada confiante	Not at All Confident
Pouco confiante	Not Confident
Moderadamente confiante	Moderately Confident
Confiante	Confident
Muito confiante	Very Confident
<b>Generalização dos resultados</b>	<b>Generalizability of the findings</b>
Nada confiante	Not at All Confident
Pouco confiante	Not Confident
Moderadamente confiante	Moderately Confident
Confiante	Confident
Muito confiante	Very Confident
<b>Uso apropriado de testes estatísticos</b>	<b>Appropriate use of statistical tests</b>
Nada confiante	Not at All Confident
Pouco confiante	Not Confident
Moderadamente confiante	Moderately Confident

Confiante	Confident
Muito confiante	Very Confident
Valor geral da pesquisa	Overall value of the research report
Nada confiante	Not at All Confident
Pouco confiante	Not Confident
Moderadamente confiante	Moderately Confident
Confiante	Confident
Muito confiante	Very Confident

Fonte: Elaborado(a) pela própria autora.

**Tabela 6. Síntese das retrotraduções (RT12) em paralelo ao KACE original**

Consenso da retrotradução (R12)	KACE ORIGINAL
<p><b>KACE's Purpose:</b> An assessment instrument of Knowledge, Attitudes, Access, and Confidence (KACE) in Evidence-Based Practice (EBP) to measure knowledge, attitude, methods of access to evidence, and confidence in critical appraisal skills.</p> <p>KACE has four sections: Knowledge of Critical Analysis; Attitude concerning Evidence-Based Practice (EBP); Access to Evidence Confidence in Critical Analysis Skills.</p>	<p><b>Purpose of KACE:</b> The EBP Knowledge, Attitudes, Access, and Confidence Evaluation (KACE) measures knowledge, attitudes, methods for accessing evidence, and confidence in critical appraisal skills.</p> <p>The KACE has four sections: Knowledge of Critical Appraisal; Attitudes about Evidence-Based Practice (EBP); Accessing Evidence; Confidence in Critical Appraisal Skills</p>
<p><b>Knowledge of Critical Analysis:</b> Select the best answer for each question. We're interested in what you know at this time. Please don't try to guess. Check "I don't know" if this is the most appropriate response.</p> <p>1. Published studies on treatments may be classified according to the strength of evidence. Which of the sentences below corresponds to the <b>most correct statement</b> as to the classification of evidence?</p> <p>A. Clinical case studies rank higher than randomized trials and controlled trials.</p> <p>B. Expert opinion presents the lowest level of evidence.</p>	<p><b>Knowledge of Critical Appraisal:</b> Select the one best response for each question. We are interested in what you currently know. Please do not guess. Circle "I don't know" if that is the most appropriate response.</p> <p>1. Published reports on treatments can be ranked with respect to the strength of the evidence. Which one of the following is the <b>most correct statement</b> with respect to ranking of evidence?</p> <p>A. Clinical case studies are ranked higher than randomized controlled trials.</p> <p>B. Expert opinion is the lowest level of evidence.</p>

- C. Laboratory animal research presents the highest level of evidence. C. Lab animal research is the highest level of evidence.
- D. Research funded by the National Institutes of Health presents the highest level of evidence. D. Research supported by the National Institutes of Health is the highest level of evidence.
- E. I don't know. E. I don't know.
2. Regarding the quality of dental literature, which of the options below has the **highest level of evidence**? 2. In judging the quality of the dental literature, which one of the following is the **highest level of evidence**?
- A. An article on a non-randomized clinical study that includes references. A. Article on a non-randomized clinical trial that includes references.
- B. A case series article that has been peer-reviewed and published in the "Journal of Dental Research." B. Case series article that has been peer-reviewed and published in the Journal of Dental Research.
- C. A Cochrane review of an oral health topic. C. Cochrane review of an oral health topic.
- D. A detailed report of a clinical case written by a recognized expert in dentistry. D. Detailed report of a clinical case by a recognized dental expert.
- E. I don't know. E. I don't know.
3. If you were conducting a PubMed search to answer a clinical question regarding a dental patient, which of the following would be the **least productive** search strategy? 3. If you were conducting a PubMed search to answer a clinical question pertaining to a dental patient, which one of the following would be the **least productive** search strategy?
- A. Limiting the search to the current year A. Limit search to current year.
- B. Limiting the search to a specific type of article. B. Limit search to specified Type of Article.
- C. Limiting the search using the "Clinical Queries" tool. C. Limit search using Clinical Queries.
- D. Search using the appropriate descriptors ("MeSH terms"). D. Search using appropriate MeSH terms.
- E. I don't know. E. I don't know.
4. Which statement is the **most accurate** in relation to the number of participants in a clinical trial? 4. Which statement is the **most accurate** with respect to the number of subjects in a clinical trial?
- A. A statistical power analysis of the sample should be performed after data has been collected to assess whether a sufficient number of subjects were included in the study A. A power analysis should be conducted after the data are collected to assess whether sufficient numbers of subjects were enrolled in the study.
- B. If data are obtained from a large sample, the researcher can be confident that the results are clinically significant. B. If data are obtained from a large sample, an investigator can be confident that findings are clinically meaningful.
- C. Only large treatment effects can be identified when a large number of participants are recruited. C. Only large treatment effects can be observed when very large numbers of subjects are enrolled.
- D. A small number of subjects are included, may not allow the true effects of treatment to be observed when they in fact exist. D. Too few subjects may not allow true treatment effects to be seen when they, in fact, exist.
- E. I don't know. E. I don't know.

5. Which of the following below **best describes** the term PICO?

A. List of guidelines to assist researchers in reporting the results of a meta-analysis.

B. It defines a MeSH descriptor and provides synonyms covered by this descriptor.

D. Technique for combining search terms to restrict the search to articles with specified elements.

D. Technique for combining search terms in order to restrict a search to articles with specified elements.

E. I don't know.

6. A recent study published in the Journal of the American Dental Association reports that patients with myofascial pain who received soft occlusal plates had less pain after two weeks when compared to patients that received a home physiotherapy consisting of jaw movement exercises. Which of the following factors could have contributed to this result?

A. The clinical examiners acted blindly.

B. Patients in one group or the other did not adhere to treatment.

C. Patients were randomly assigned to treatment groups.

D. Too many patients were included in the study

E. I don't know.

7. A statistical process that quantitatively groups the results of multiple research studies into a single analysis is known as a(n):

A. Cochrane review.

B. Meta-analysis.

C. Numbers needed to treat (NNT) analysis.

D. Systematic review.

E. I don't know.

8. Which of the following statements indicates the **most appropriate** study design to evaluate the effectiveness of a new diagnostic device for assessing oral health problems?

A. Blind comparison test with a reference standard (gold standard).

B. Case-control study.

C. Randomized clinical trial.

D. Relative risk difference (RRD).

5. Which of the following statements **best describes** a PICO?

A. Checklist of guidelines to assist investigators with the reporting of the findings from a meta-analysis.

B. Defines a specific MeSH heading and provides synonyms covered by that heading.

C. Process for converting a clinical problem into questions that can be answered by searching for evidence.

D. Technique for combining search terms in order to restrict a search to articles with specified elements.

E. I don't know.

6. A recent study published in the Journal of the American Dental Association reports that patients with myofacial pain who received soft occlusal splints had less pain after two weeks than patients receiving a home physical therapy program consisting of jaw movement exercises. Which one of the following factors could have contributed to this result?

A. Clinical examiners were blinded.

B. Patients in one group or the other did not adhere to treatment.

C. Patients were assigned to treatments randomly.

D. Too many patients were enrolled in the study.

E. I don't know.

7. A statistical process that quantitatively pools the results of several research studies into one analysis is known as a:

A. Cochrane review.

B. Meta-analysis.

C. Numbers needed to treat (NNT) analysis.

D. Systematic review.

E. I don't know.

8. Which of the following is the **most appropriate** study design to evaluate the efficacy of a new diagnostic device for assessment of oral health problems?

A. Blind comparison with a gold standard.

B. Case-control study.

C. Randomized clinical trial.

D. Relative risk difference (RRD).

E. I don't know.

9. Which of the following statements about the sensitivity and specificity of a test is true?

A. Test sensitivity defines how many healthy individuals the test correctly identifies as not sick

B. Individuals that are not sick who have a positive result instead of a negative result are classified as true positives.

C. Sensitivity answers the question "If a patient has a positive test result, what is the probability that they have the disease?" and specificity answers the question "If a patient has a negative test, what is the probability that they will not have the disease?"

D. Test specificity is the percentage of sick individuals who have a positive test result, as determined by a gold standard method or a procedure.

E. I don't know.

10. Which of the following statements about the prevalence and incidence of diseases **is true**?

A. Incidence refers to the percentage of geographic locations in a region where outbreaks of a given disease are reported.

B. Prevalence refers to the frequency of true-positive test results per 100,000 population over a one-year data collection period .

C. Incidence is the number of patients per 100,000 population who have a disease at a given time.

D. Prevalence is the number of patients per 100,000 population who have a disease at a specific time.

E. I don't know.

**Attitudes about Evidence-Based Practice (EBP) in Dentistry:** In case you feel you can't answer due to lack of information, lack of experience, or uncertainty, please mark the box in the column labeled "uncertain."

I now believe that evidence-based practice will be more important in my future practice as a dentist than I did a year ago.

Strongly Disagree

Disagree

Uncertain

E. I don't know.

9. Which one of the following statements about test sensitivity and specificity **is true**?

A. Test sensitivity defines how many normal individuals the test will correctly identify as normal.

B. Normal individuals who have a positive rather than a negative result are classified as true-positives.

C. Sensitivity answers the question "If a patient has a positive test result, how likely is he/she to have the disease?" and specificity answers the question "If a patient has a negative test, how likely is he/she not to have the disease?"

D. Test specificity is the percentage of diseased individuals who have a positive test result as determined by a reference method or a gold standard procedure.

E. I don't know.

10. Which one of the following statements about disease prevalence and incidence **is true**?

A. Incidence refers to the percentage of geographic locations in a region where outbreaks of a certain disease are reported.

B. Prevalence refers to the frequency of true-positive tests results per 100,000 population within a one-year period of data collection.

C. Incidence is the number of patients per 100,000 population who have a disease at a specific point in time.

D. Prevalence is the number of patients per 100,000 population who have a disease at a specific point in time.

E. I don't know.

**Attitudes about Evidence-Based Practice (EBP) in Dentistry:** If you feel that you cannot respond because of lack of information, lack of experience, or uncertainty, please check the column labeled "uncertain."

I now believe that evidence-based practice will be more valuable in my future practice as a dentist than I did one year ago.

Strongly Disagree

Disagree

Uncertain

Agree	Agree
Strongly Agree	Strongly Agree
I personally appreciate the advantages of evidence-based practice in patient care.	I personally appreciate the advantages of practicing evidence-based patient care.
Strongly Disagree	Strongly Disagree
Disagree	Disagree
Uncertain	Uncertain
Agree	Agree
Strongly Agree	Strongly Agree
Evidence Based Practice (EBP) should be part of the curriculum of dental schools.	EBP should be an integral part of the dental school curriculum.
Strongly Disagree	Strongly Disagree
Disagree	Disagree
Uncertain	Uncertain
Agree	Agree
Strongly Agree	Strongly Agree
I support the principles of EBP more than I did a year ago.	I support EBP principles more than I did one year ago.
Strongly Disagree	Strongly Disagree
Disagree	Disagree
Uncertain	Uncertain
Agree	Agree
Strongly Agree	Strongly Agree
EBP is part of the routine of my professional growth as a dentist.	EBP is a routine part of my professional growth as a dentist.
Strongly Disagree	Strongly Disagree
Disagree	Disagree
Uncertain	Uncertain
Agree	Agree
Strongly Agree	Strongly Agree
The practice of evidence-based dentistry has changed the way I learn.	The practice of evidence-based dentistry has changed the way I learn.
Strongly Disagree	Strongly Disagree
Disagree	Disagree
Uncertain	Uncertain
Agree	Agree

Strongly Agree	Strongly Agree
It has been difficult for me to put into practice evidence-based dentistry during the last year.	It has been difficult for me to practice evidence-based dentistry in the past year.
Strongly Disagree	Strongly Disagree
Disagree	Disagree
Uncertain	Uncertain
Agree	Agree
Strongly Agree	Strongly Agree
EBP is a "cookbook" for dentistry that disregards clinical experience in providing the best treatment to patients.	EBP is "cook-book" dental care that disregards clinical experience in providing the best treatment for patients.
Strongly Disagree	Strongly Disagree
Disagree	Disagree
Uncertain	Uncertain
Agree	Agree
Strongly Agree	Strongly Agree
It is viable to use EBP routinely in the care of patients in the dental school clinic.	It is feasible to use EBP routinely when providing care for patients in the dental school clinic.
Strongly Disagree	Strongly Disagree
Disagree	Disagree
Uncertain	Uncertain
Agree	Agree
Strongly Agree	Strongly Agree
EBP improves the quality of care for dental patients.	EBP improves the quality of dental patient care.
Strongly Disagree	Strongly Disagree
Disagree	Disagree
Uncertain	Uncertain
Agree	Agree
Strongly Agree	Strongly Agree
<b>Accessing Evidence</b>	<b>Accessing Evidence</b>
How often do you access dental evidence from...	How frequently do you access dental evidence from ...
Colleagues: other dentists or health care providers?	Colleagues: other dentists or health care providers
Never	Never
Rarely	Rarely
Occasionally	Occasionally
Frequently	Often

Very Frequently	Very Frequently
Textbooks?	Textbooks
Never	Never
Rarely	Rarely
Occasionally	Occasionally
Frequently	Often
Very Frequently	Very Frequently
The Internet (except Cochrane reviews)?	The Internet (excluding Cochrane reviews)
Never	Never
Rarely	Rarely
Occasionally	Occasionally
Frequently	Often
Very Frequently	Very Frequently
Original research papers published in peer-reviewed journals?	Original research papers published in peer-reviewed journals
Never	Never
Rarely	Rarely
Occasionally	Occasionally
Frequently	Often
Very Frequently	Very Frequently
The Cochrane Database of Systematic Reviews?	The Cochrane Database of Systematic Reviews
Never	Never
Rarely	Rarely
Occasionally	Occasionally
Frequently	Often
Very Frequently	Very Frequently
Journals such as the Journal of Evidence-Based Dental Practice, the Journal of Evidence-Based Dental Practice, the Journal of Evidence-Based Medicine?	Journal of Evidence-Based Dental Practice, Evidence-Based Dentistry, Journal of Evidence-Based Medicine
Never	Never
Rarely	Rarely
Occasionally	Occasionally
Frequently	Often

Very Frequently	Very Frequently
Courses / workshops of continuing education?	Continuing education courses/workshops
Never	Never
Rarely	Rarely
Occasionally	Occasionally
Frequently	Often
Very Frequently	Very Frequently
Podcasts and web conferences (webinars)?	Podcasts and web conferences (webinars)
Never	Never
Rarely	Rarely
Occasionally	Occasionally
Frequently	Often
Very Frequently	Very Frequently
The "Database of Critically Appraised Topics" (CATs)?	Databases of Critically Appraised Topics (CATs)
Never	Never
Rarely	Rarely
Occasionally	Occasionally
Frequently	Often
Very Frequently	Very Frequently
<b>Confidence in Critical Appraisal Skills</b>	<b>Confidence in Critical Appraisal Skills</b>
How confident are you when critically analyzing the following aspects of a published research report?	How confident are you at appraising the following aspects of a published research report?
Appropriateness of study design	Appropriateness of the study design
Not at All Confident	Not at All Confident
Not Confident	Not Confident
Moderately Confident	Moderately Confident
Confident	Confident
Very Confident	Very Confident
Bias in study design or data analysis	Bias in the study design or data analysis
Not at All Confident	Not at All Confident
Not Confident	Not Confident
Moderately Confident	Moderately Confident

Confident	Confident
Very Confident	Very Confident
Adequacy of the sample size	Adequacy of the sample size
Not at All Confident	Not at All Confident
Not Confident	Not Confident
Moderately Confident	Moderately Confident
Confident	Confident
Very Confident	Very Confident
Generalizability of results	Generalizability of the findings
Not at All Confident	Not at All Confident
Not Confident	Not Confident
Moderately Confident	Moderately Confident
Confident	Confident
Very Confident	Very Confident
Appropriate use of statistical tests	Appropriate use of statistical tests
Not at All Confident	Not at All Confident
Not Confident	Not Confident
Moderately Confident	Moderately Confident
Confident	Confident
Very Confident	Very Confident
Overall value of the research	Overall value of the research report
Not at All Confident	Not at All Confident
Not Confident	Not Confident
Moderately Confident	Moderately Confident
Confident	Confident
Very Confident	Very Confident

Fonte: Elaborado(a) pela própria autora.

## APÊNDICE B – VERSÃO FINAL DO INSTRUMENTO ADAPTADO

### Avaliação de Conhecimento, Atitude, Acesso e Confiança (KACE) da Prática Baseada em Evidência (PBE)

#### Objetivo do KACE:

Instrumento de avaliação de Conhecimento, Atitude, Acesso e Confiança (sigla em inglês KACE - *Knowledge, Attitudes, Access and Confidence Evaluation*) em Prática Baseada em Evidência (PBE) para medir o conhecimento, a atitude, os métodos de acesso às evidências e a confiança nas habilidades de análise crítica.

O KACE tem quatro seções:

- Conhecimento de Análise Crítica
- Atitude sobre a Prática Baseada em Evidência (PBE)
- Acesso à Evidência
- Confiança nas Habilidades de Análise Crítica

#### Conhecimento de Análise Crítica

Selecione **a melhor resposta** para cada pergunta. Estamos interessados no que você sabe neste momento. Por favor, não tente adivinhar. Marque "Não sei" se esta for a resposta mais apropriada.

1. Estudos publicados sobre tratamentos podem ser classificados quanto à força da evidência. Qual das sentenças abaixo corresponde à **declaração mais correta** quanto à classificação de evidência?
  - A. Os estudos de casos clínicos têm classificação mais alta de evidência que os ensaios controlados randomizados
  - B. A opinião de especialistas apresenta o nível mais baixo de evidência.
  - C. Pesquisa laboratorial em animais apresenta o nível mais alto de evidência.
  - D. Pesquisas financiadas por órgãos oficiais (ex. Ministério da Saúde) apresentam o nível mais alto de evidência.
  - E. Não sei.
  
2. Quanto à qualidade da literatura em Odontologia, qual das seguintes opções abaixo possui o **nível mais alto de evidência**?
  - A. Um artigo de um ensaio clínico não-randomizado que inclui referências.
  - B. Um artigo de série de casos que foi revisado por pares e publicado no periódico *Journal of Dental Research*.
  - C. Uma Revisão Cochrane de um tópico de saúde bucal.
  - D. Um Relato detalhado de um caso clínico escrito por reconhecido especialista da odontologia.
  - E. Não sei.
  
3. Se você estivesse conduzindo uma busca na base de dados PubMed para responder a uma pergunta clínica referente a um paciente odontológico, qual das seguintes seria a estratégia de busca **menos produtiva**?
  - A. Limitar a busca ao ano atual.
  - B. Limitar a busca a um tipo específico de artigo.
  - C. Limitar a busca usando a ferramenta *Clinical Queries*
  - D. Pesquisar usando termos MeSH apropriados.
  - E. Não sei.

4. Qual afirmação é a **mais precisa** em relação ao número de participantes em um ensaio clínico?
- A. Uma análise de poder estatístico da amostra deve ser realizada depois que os dados foram coletados para avaliar se um número suficiente de sujeitos foi incluído no estudo.
  - B. Se os dados são obtidos a partir de uma amostra grande, o pesquisador pode ficar confiante de que os achados são clinicamente relevantes.
  - C. Apenas grandes efeitos do tratamento podem ser observados quando um número muito grande de participantes é recrutado.
  - D. Um número pequeno de participantes pode não permitir que os verdadeiros efeitos do tratamento sejam observados quando, de fato, eles existem.
  - E. Não sei.
5. Qual das assertivas abaixo **descreve melhor** o termo PICO?
- A. Lista de diretrizes para auxiliar os pesquisadores a relatar os resultados de uma metanálise.
  - B. Define um descritor MeSH e fornece sinônimos contemplados por este descritor.
  - C. Processo para converter um problema clínico em perguntas que podem ser respondidas pela busca de evidências.
  - D. Técnica para combinar termos de busca a fim de restringir a busca a artigos com elementos especificados.
  - E. Não sei.
6. Um estudo recente publicado no *Journal of the American Dental Association* relata que os pacientes com dor miofacial que receberam placas oclusais macias tiveram menos dor após duas semanas quando comparados com pacientes que receberam um programa de fisioterapia domiciliar que consistia em exercícios de movimentação da mandíbula. Qual dos seguintes fatores poderia ter contribuído para esse resultado?
- A. Os examinadores clínicos atuaram de forma cega.
  - B. Os pacientes de um grupo ou de outro não aderiram ao tratamento.
  - C. Os pacientes foram distribuídos aleatoriamente entre os grupos de tratamentos.
  - D. Um número excessivo de pacientes foi incluído no estudo.
  - E. Não sei.
7. Um processo estatístico que agrupa quantitativamente os resultados de vários estudos publicados em uma análise é conhecido como uma:
- A. Revisão Cochrane.
  - B. Metanálise.
  - C. Análise do Número Necessário para Tratar (NNT).
  - D. Revisão sistemática.
  - E. Não sei.
8. Qual das seguintes afirmativas indica o desenho de estudo **mais apropriado** para avaliar a eficácia de um novo dispositivo de diagnóstico para a avaliação de problemas de saúde bucal?
- A. Teste cego de comparação com um padrão de referência (padrão ouro).
  - B. Estudo de caso-controle.
  - C. Ensaio clínico randomizado.
  - D. Diferença de risco relativo (DRR)
  - E. Não sei.

9. Qual das seguintes afirmações sobre sensibilidade e especificidade do teste é **verdadeira**?

- A. A sensibilidade do teste define quantos indivíduos saudáveis o teste identifica corretamente como não doentes.
- B. Indivíduos não doentes que têm um resultado positivo em vez de negativo são classificados como verdadeiros-positivos
- C. A sensibilidade responde à pergunta "Se um paciente apresentar um resultado positivo no teste, qual é a probabilidade de ele ter a doença?" e a especificidade responde à pergunta "Se um paciente apresentar um teste negativo, qual é a probabilidade de ele não ter a doença?"
- D. A especificidade do teste é a porcentagem de indivíduos doentes que apresentam um resultado de teste positivo, conforme determinado por um método ou procedimento padrão-ouro.
- E. Não sei.

10. Qual das seguintes afirmações sobre prevalência e incidência de doença é **verdadeira**?

- A. Incidência se refere à porcentagem de localizações geográficas em uma região onde são relatados surtos de uma determinada doença.
- B. A prevalência se refere à frequência de resultados de testes verdadeiro-positivos por 100.000 habitantes em um período de um ano de coleta de dados.
- C. Incidência é o número de pacientes por 100.000 habitantes que têm uma doença em um determinado momento.
- D. Prevalência é o número de pacientes por 100.000 habitantes que têm uma doença em um momento específico.
- E. Não sei.

### **Atitudes sobre a Prática Baseada em Evidência (PBE) em Odontologia:**

*Caso você sinta que não pode responder por falta de informação, falta de experiência ou incerteza, por gentileza assinale a opção "Não concordo nem discordo".*

	Discordo totalmente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente
Acredito agora que a prática baseada em evidência será mais importante em minha prática futura como dentista do que eu acreditava há um ano.					
Eu pessoalmente aprecio as vantagens da prática baseada em evidência no atendimento ao paciente.					
A Prática baseada em Evidência (PBE) deveria integrar o currículo de faculdades de odontologia.					
Eu apoio os princípios da PBE mais do que apoiava há um ano.					
A PBE faz parte da rotina do meu crescimento profissional como dentista.					
A prática de odontologia baseada em evidência mudou a forma como aprendo.					
Foi difícil colocar em prática a odontologia baseada em evidência neste último ano.					
A PBE é um "livro de receitas" odontológico que desconsidera a experiência clínica em fornecer o					

melhor tratamento para os pacientes.					
É viável usar a PBE rotineiramente no atendimento de pacientes na clínica da faculdade de odontologia.					
A PBE melhora a qualidade do atendimento ao paciente odontológico.					
<b>Acesso às Evidências</b>					
Com que frequência você acessa evidências odontológicas de ...	Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Frequentemente	Muito frequentemente
Colegas: outros dentistas ou profissionais de saúde?					
Livros didáticos?					
A internet (com exceção de revisões Cochrane)?					
Artigos originais de pesquisa publicados em periódicos revisados por pares?					
A Base de dados Cochrane de revisões sistemáticas?					
Periódicos como: <i>Journal of Evidence-based Dental Practice</i> , <i>Evidence-Based Dentistry</i> , <i>Journal of Evidence-based Medicine</i> ?					
Cursos de Educação Continuada / workshops?					
Podcasts e conferências online (webinars)?					
Base de dados de tópicos avaliados criticamente (Critically Appraised Topics - CATs)?					
<b>Confiança nas Habilidades de Análise Crítica</b>					
Qual é o seu grau de confiança ao <b>analisar</b> criticamente os seguintes aspectos de um relato de pesquisa publicado?	Nada confiante	Pouco confiante	Moderadamente confiante	Confiante	Muito confiante
Adequação do desenho do estudo					
Viés no desenho de estudo ou na análise de dados					
Adequação do tamanho da amostra					
Generalização dos resultados					
Uso apropriado de testes estatísticos					
Valor geral da pesquisa					

Fonte: Elaborado(a) pela própria autora.

## APÊNDICE C – RELAÇÃO DE CONTEÚDOS DAS DISCIPLINAS

**Tabela 1. Relação dos conteúdos dos planos de ensino das disciplinas de Graduação**

Universidade Federal do Espírito Santos (UFES) – Prática Baseada em Evidências (30h)	Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) – Metodologia da Pesquisa (54h)*	Universidade de Brasília (UnB) – Epidemiologia aplicada (60h)**
Histórico, fundamentos e importância da PBE	Introdução à metodologia científica	Conceitos da PBE
Evidência científica, conceitos e desafios da PBE	Método científico	Passos da PBE
Pirâmides de evidência e classificação dos desenhos de estudo	Tipos de pesquisa científica; Pesquisa Quantitativa/Desenhos de estudo epidemiológicos	Desenhos de estudo
Pergunta de pesquisa e estratégia de busca	Pergunta de pesquisa e Busca bibliográfica	Delineamento de Pesquisa
Revisões de literatura Revisões sistemáticas	Tipos de revisão de literatura e Revisão Sistemática	Revisão sistemática
Avaliação crítica dos estudos	Atividades complementares de leitura	Roteiros para redação e avaliação de estudos
Conceitos de interpretação estatística	-	Banco de Dados e Estatística Estatística descritiva Estatística inferencial
Pseudociência e Revistas predatórias	Aspectos éticos à pesquisa	-

\*Conteúdos não relacionados na tabela que também são parte do conteúdo programático da disciplina da USFC: Referências bibliográficas e citação bibliográfica; Diretrizes para elaboração de projetos de pesquisa, trabalhos científicos e de Conclusão; Plágio. Plataforma Brasil; Uso de Gerenciadores de Referências; Pesquisa Qualitativa; Pesquisa laboratoriais.

\*\* Conteúdos não relacionados na tabela que também são parte do conteúdo programático da disciplina da UnB: Construção de instrumento de coleta; Sistemas e Informação em Saúde.

Fonte: Elaborado(a) pela própria autora.

**Tabela 2. Relação dos conteúdos dos planos de ensino das disciplinas de Pós-Graduação**

Universidade Federal do Espírito Santos (UFES) – Prática Baseada em Evidências (30h)	Universidade de Brasília (UnB) – Metodologia Científica Básica (32h)
Histórico, fundamentos e importância da PBE	Ciência e conhecimento científico História do conhecimento em Saúde /Odontologia
Evidência científica, conceitos e desafios da PBE	Método científico
Estrutura da pergunta de pesquisa à partir da questão clínica	Estrutura do projeto de pesquisa
Identificação e acesso à melhor evidência	Métodos de investigação em Saúde
Risco de viés e Fatores confundidores Ferramentas de análise de qualidade	Uso de guias de relato para desenvolvimento e escrita dos diferentes desenhos de estudo.
Leitura crítica de artigos	Tipos de conhecimento e leitura científica
Pensamento científico, Pseudociências e Revistas predatórias	Ética em pesquisa em saúde

\*Conteúdos não relacionados na tabela que também são parte do conteúdo programático da disciplina da UnB: Ciência e Método científico no cinema; Atuação dos Comitês de Ética em Pesquisa.

Fonte: Elaborado(a) pela própria autora.



**ANEXO A – AUTORIZAÇÃO DO AUTOR DO INSTRUMENTO ORIGINAL**

Luciana Faria Sanglard &lt;lusanglard@gmail.com&gt;

---

**translation/ cross-cultural adaptation of the KACE instrument**

---

**William Hendricson** <wdhendricson@gmail.com>  
Para: lusanglard@gmail.com  
Cc: William Hendricson <wdhendricson@gmail.com>

10 de janeiro de 2023 às 13:41

Luciana -

Yes - you have my authorization to translate and adapt the KACE, which is used for EBP research, for the Portuguese language. This is a very exciting project. The KACE has been translated into several languages over the past 12 years since we developed the instrument in San Antonio. I am retired now, and have not kept careful track of all the nations where it has been used, but at the time of my retirement it was more than 30 nations. I extend my best wishes for successful research with the KACE in Brazil.

The original KACE, developed in English at UTHSCSA School of Dentistry, is attached. The answer key for the knowledge questions is also attached. The KACE has been translated into various languages and also adapted to address the context of several different health professions. Therefore, there are different versions of the KACE that have evolved to meet specific needs.

A few articles that report KACE research are also attached.

Let me know if you have questions,

Bill

William D. Hendricson  
Retired Emeritus Faculty  
UT Health San Antonio

[Texto das mensagens anteriores oculto]

## ANEXO B – APROVAÇÕES DOS COMITÊS DE ÉTICA EM PESQUISA



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** CONHECIMENTOS, ATITUDES, ACESSO E CONFIANÇA NA PRÁTICA BASEADA EM EVIDÊNCIAS DE ESTUDANTES DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA, NO BRASIL E NO CANADÁ

**Pesquisador:** Cristine Miron Stefani

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 58153622.0.0000.0030

**Instituição Proponente:** Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 5.466.426

#### Apresentação do Projeto:

Conforme documento "PB\_INFORMAÇÕES\_BÁSICAS\_DO\_PROJETO\_1936220.pdf", postado em 26/04/2022:

#### "Desenho:

Trata-se de pesquisa de validação de instrumento de pesquisa (questionário) seguida de aplicação do instrumento à população-alvo."

#### "Resumo:

Objetivo: avaliar o conhecimento, atitudes, acesso e confiança de pós-graduandos em programas de pós-graduação em áreas de concentração clínicas da odontologia em relação à Prática Baseada em Evidências (PBE) no Brasil e no Canadá, usando o instrumento KACE (Evidence Based Practice Knowledge, Attitudes, Access, and Confidence Evaluation). Metodologia: serão desenvolvidos dois subprojetos. No primeiro serão realizadas a tradução, adaptação cultural e validação do instrumento KACE para o português do Brasil. A metodologia envolverá três etapas: 1- tradução e adaptação transcultural do instrumento; 2- pré-teste e revisão; e 3- validação, das quais serão participantes na primeira a equipe de pesquisa e tradutores contratados; na segunda alunos de pós-graduação em Odontologia da Universidade de Brasília (UnB) e na terceira haverá a

**Endereço:** Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília - Campus Darcy Ribeiro

**Bairro:** Asa Norte

**CEP:** 70.910-900

**UF:** DF

**Município:** BRASÍLIA

**Telefone:** (61)3107-1947

**E-mail:** cepfsunb@gmail.com



Continuação do Parecer: 5.466.426

participação de três níveis de usuários da PBE (estudantes de graduação, de pós-graduação e professores experientes, da UnB e da Universidade Federal de Santa Catarina). A metodologia do segundo subprojeto visa responder ao objetivo principal e será desenvolvida após a tradução e validação do instrumento KACE. Estudantes de programas de pós-graduação em Odontologia com áreas de concentração especializadas no Brasil (35 programas) e no Canadá (7 programas) serão convidados a responder a um questionário com dados sociodemográficos e ao instrumento KACE de forma online. Os dados serão comparados entre estudantes do Brasil e Canadá, diferentes áreas de concentração e a existência de disciplinas específicas voltadas para a PBE. Para análise multivariada será usado o software SPSS e nível de significância 5%."

**"Hipótese:**

Não há diferença entre conhecimento, atitudes, acesso e confiança em relação à Prática Baseada em evidências entre estudantes de pósgraduação em odontologia brasileiros e canadenses, nem quanto à área de concentração."

**"Metodologia Proposta:**

Será utilizado o instrumento KACE (Evidence Based Practice Knowledge, Attitudes, Access, and Confidence Evaluation - Hendricson et al., 2011), questionário autoaplicável com 35 itens, referentes a quatro das cinco dimensões da PBE: 1) compreensão de conceitos (10 itens), 2) atitudes (10 itens), 3) métodos de acesso às evidências (9 itens) e 4) confiança na avaliação crítica (6 itens). Ainda não há versão traduzida e validada do instrumento KACE para o português do Brasil, e o primeiro subprojeto vinculado a esse protocolo tratará da tradução, adaptação transcultural e validação do instrumento KACE para o português do Brasil (a metodologia detalhada para esta etapa consta no projeto completo anexado à Plataforma Brasil). O segundo subprojeto se refere à aplicação do instrumento, e a metodologia segue descrita abaixo. Amostra e amostragem Serão considerados elegíveis os programas de pós-graduação em odontologia com cursos de mestrado e/ou doutorado acadêmico, em áreas clínicas, com nota 3 ou superior na CAPES. Há no Brasil 35 programas de pós-graduação que atendem a esses critérios, e sete no Canadá. Programas de pós-graduação que possuem áreas de concentração não individualizadas (por exemplo em clínica odontológica ou clínica integrada) não são considerados elegíveis. Inicialmente, os coordenadores dos programas no Brasil e no Canadá serão contactados e a pesquisa explicada. Aos coordenadores caberá repassar o questionário aos estudantes dos cursos de mestrado e doutorado vinculados às áreas de concentração clínicas. Espera-se que todos os

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília - Campus Darcy Ribeiro  
 Bairro: Asa Norte CEP: 70.910-900  
 UF: DF Município: BRASÍLIA  
 Telefone: (61)3107-1947 E-mail: cepfsunb@gmail.com



FACULDADE DE CIÊNCIAS DA  
SAÚDE DA UNIVERSIDADE DE  
BRASÍLIA - UNB



Continuação do Parecer: 5.466.426

estudantes dos programas de pós-graduação elegíveis recebam o questionário e sejam estimulados a responder, mas será realizado cálculo do tamanho amostral após contato inicial com os coordenadores dos programas de pós-graduação, a fim de assegurar número mínimo de respondentes considerando diferença mínima importante (delta) de 2 acertos no componente "Conhecimentos" do instrumento KACE, erro tipo alfa 5% e tipo beta 20%. Recrutamento: a pesquisa será apresentada por meio de mídias eletrônicas (e-mail e aplicativos de mensagens de texto). Os e-mails ou mensagens de aplicativo serão enviados pelos coordenadores dos programas de pós-graduação aos estudantes regularmente matriculados, em nível mestrado ou doutorado. Aqueles que concordarem em participar deverão clicar no link ao final da apresentação, quando serão direcionados para o TCLE e o questionário. Aplicação do instrumento Os questionários serão colocados na plataforma Google Forms e disponibilizados por meio eletrônico (e-mail ou aplicativo de mensagem de texto) aos participantes. A primeira página será o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), que deverá ser lido e, ao final, o respondente deverá escolher entre as opções "concordo" ou "não concordo", que remeterá a uma página de conclusão da participação. Caso o participante concorde em participar, será orientado a imprimir ou salvar o TCLE para armazenamento próprio e futuras consultas. A primeira parte do questionário conterà questões acerca dos dados sociodemográficos e exposição prévia a treinamento em PBE (no programa de pós-graduação e fora deste). A segunda parte conterà o instrumento KACE em versão original em língua inglesa (Hendricson et al., 2011) para os estudantes de Pós-Graduação em áreas clínicas do Canadá, e a versão validada em português do Brasil, para os estudantes de Pós-Graduação brasileiros (produto do Projeto 1 deste protocolo)."

**"Critérios de inclusão:**

Os participantes deverão ser maiores de idade, formados em odontologia e estar cursando pós-graduação em área clínica da Odontologia, em nível mestrado ou doutorado, de um dos programas elegíveis no Brasil ou no Canadá. Os critérios de inclusão específicos para a etapa de tradução e validação do KACE estão expostos no projeto completo."

**Critério de Exclusão:**

Não há critérios de exclusão previstos."

**"Desfecho Primário:**

Conhecimentos, atitudes, acesso e confiança em relação à Prática Baseada em Evidências (mensurados com o instrumento KACE)."

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília - Campus Darcy Ribeiro

Bairro: Asa Norte

CEP: 70.910-900

UF: DF

Município: BRASÍLIA

Telefone: (61)3107-1947

E-mail: cepfsunb@gmail.com



Continuação do Parecer: 5.466.426

**"Metodologia de Análise de Dados:**

Os resultados obtidos a partir da aplicação do instrumento KACE serão tabulados e analisados por meio de regressão multivariada com o uso do programa SPSS (SPSS v26.0, IBM Corp, Armonk, NY, US) considerando alfa de 5%. Serão comparados os resultados para estudantes de pós-graduação nas diferentes áreas clínicas; e entre estudantes brasileiros e canadenses. Também será considerada para análise o treinamento prévio em PBE, seja nos programas de pós-graduação ou fora desses."

"Tamanho da Amostra no Brasil: 350"

**Objetivo da Pesquisa:**

Conforme documento "PB\_INFORMAÇÕES\_BÁSICAS\_DO\_PROJETO\_1936220.pdf", postado em 26/04/2022:

**"Objetivo Primário:**

Este estudo objetiva avaliar o conhecimento, atitudes, acesso e confiança de pós-graduandos em programas de pós-graduação em áreas clínicas da odontologia em relação à PBE no Brasil e no Canadá. A obtenção destas informações é importante para identificar necessidades e modificações necessárias para aprimorar a educação em PBE no ensino de pós-graduação em áreas clínicas da odontologia.

**Objetivo Secundário:**

1) realizar a tradução, adaptação cultural e validação do instrumento KACE para o português do Brasil.2) comparar o conhecimento, atitudes, acesso e confiança em relação à PBE de estudantes de pós-graduação em odontologia no Brasil e no Canadá.3) comparar o conhecimento, atitudes, acesso e confiança em relação à PBE de estudantes de pós-graduação em odontologia quanto à área de concentração.4) comparar o conhecimento, atitudes, acesso e confiança em relação à PBE de estudantes de pós-graduação em odontologia em função do treinamento prévio em PBE."

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Conforme documento "PB\_INFORMAÇÕES\_BÁSICAS\_DO\_PROJETO\_1936220.pdf", postado em 26/04/2022:

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília - Campus Darcy Ribeiro		
Bairro: Asa Norte		CEP: 70.910-900
UF: DF	Município: BRASÍLIA	
Telefone: (61)3107-1947		E-mail: cepfsunb@gmail.com



FACULDADE DE CIÊNCIAS DA  
SAÚDE DA UNIVERSIDADE DE  
BRASÍLIA - UNB



Continuação do Parecer: 5.466.426

**"Riscos:**

Pode-se prever o risco do desconforto com o tempo gasto para preencher o questionário, bem como o constrangimento com o conteúdo das questões, já que o participante pode entender suas habilidades com a PBE como insuficientes. Para minimização dos riscos, o participante poderá retirar o consentimento e desistir da participação a qualquer momento, optar por não responder questões que considerar constrangedoras e contatar a equipe para orientação e resolução de dúvidas acerca da PBE.

**Benefícios:**

Os resultados serão repassados para os coordenadores de curso de pós-graduação, que poderão atuar sobre os currículos dos programas a fim de enfatizar a importância da PBE para a vida clínica e ensino de graduação. O instrumento KACE traduzido e validado para o português do Brasil será publicado, ficando disponível para uso pela comunidade científica."

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Trata-se de projeto guarda-chuva que abrigará uma dissertação de mestrado do Programa de Pós-Graduação em Odontologia (PPGODT) da Universidade de Brasília (Subprojeto 1) de Domitilla Marchiori Sant'Anna Leal de Oliveira, sob a orientação da Profa. Dra. Cristine Miron Stefani, e possível estágio pós-doutoral da pesquisadora proponente na Universidade de Alberta, Canadá (Subprojeto 2).

A equipe de pesquisa envolvida no Brasil é constituída por Profa. Cristine Miron Stefani - Departamento de Odontologia da UnB - pesquisadora responsável pela proposta e por desenvolver o subprojeto 2. Domitilla Marchiori Sant'Anna - estudante do Programa de Pós-Graduação em Odontologia da UnB - responsável por desenvolver o subprojeto 1, sob orientação da profa. Cristine Stefani e Profa. Graziela De Luca Canto - Departamento de Odontologia da UFSC, pesquisadora colaboradora, contribuiu com a concepção e elaboração do projeto e contribuirá com o desenvolvimento do subprojeto 1 (aplicação dos questionários na UFSC).

A Universidade Federal de Santa Catarina e a Universidade de Alberta (Canadá) são instituições coparticipantes. A pesquisadora informa que "No Canadá, a pesquisa será desenvolvida em parceria com a Universidade de Alberta, mas até o momento não houve formalização documental

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília - Campus Darcy Ribeiro  
 Bairro: Asa Norte CEP: 70.910-900  
 UF: DF Município: BRASÍLIA  
 Telefone: (61)3107-1947 E-mail: ceptsunb@gmail.com



Continuação do Parecer: 5.466.426

da proposta, desta forma, faço o compromisso de apresentar a documentação posteriormente." Assim, a pesquisadora informa que apresentará a documentação de aceite da Universidade de Alberta para este CEP, porém a coleta de dados no exterior só poderá ser iniciada após a apreciação ética pela referida universidade.

Os participantes de pesquisa incluem 350 pessoas (300 no Brasil e 50 no exterior) que responderão um questionário com dados sociodemográficos e ao instrumento KACE de forma online. Foram apresentados os documentos de TCLE em modelo proposto pelo CEP/FS-UnB (Subprojeto 1 - "TCLE\_traducao\_validacao\_KACE.doc", Subprojeto 2 - "TCLE\_online\_aplicacao\_KACE.doc").

nossa autorização é para a coleta de dados em território brasileiro, e que cometas fora do Brasil devem ser apreciadas localmente antes do início da coleta lá

Trata-se de financiamento próprio e de agência de fomento ainda a ser solicitado, com orçamento de R\$ 150.700,00, incluindo notebook, serviço de tradução e acesso a internet, com financiamento próprio, além de Passagem aérea Brasil-Canadá-Brasil, Software estatístico IBM® SPSS e Bolsa de pós-doutorado por agência de fomento, conforme documento em versão editável "PLANILHA\_DE\_ORCAMENTO\_PBE.doc", postado em 25/04/2022.

Pelo cronograma, o projeto será executado em 19 meses com início previsto para o Subprojeto 1 em agosto de 2022, conforme documento em versão editável "Cronograma\_PBE.docx", postado em 25/04/2022.

Os currículos da aluna, da pesquisadora responsável e da pesquisadora colaboradora foram anexados.

Os instrumentos a serem aplicados ("Instrumento\_KACE\_original.docx" e "Questionario\_sociodemografico.docx", postados em 25/04/2022) foram apresentados para apreciação ética.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Documentos apreciados para emitir o presente Parecer:

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília - Campus Darcy Ribeiro	
Bairro: Asa Norte	CEP: 70.910-900
UF: DF	Município: BRASÍLIA
Telefone: (61)3107-1947	E-mail: cepfsunb@gmail.com



FACULDADE DE CIÊNCIAS DA  
SAÚDE DA UNIVERSIDADE DE  
BRASÍLIA - UNB



Continuação do Parecer: 5.466.426

- 1 - Informações Básicas do Projeto - "PB\_INFORMAÇÕES\_BÁSICAS\_DO\_PROJETO\_1936220.pdf", postado em 26/04/2022.
- 2 - Carta de Encaminhamento ao CEP/FS, informando tratar-se de projeto guarda-chuva que abrigará uma dissertação de mestrado do Programa de Pós-Graduação em Odontologia (PPGODT) da Universidade de Brasília (Subprojeto 1) de Domitilla Marchiori Sant'Anna Leal de Oliveira, sob a orientação da Profa. Dra. Cristine Miron Stefani, e possível estágio pós-doutoral da pesquisadora proponente na Universidade de Alberta, Canadá (Subprojeto 2). Versão editável não editável "Carta\_encaminhamento\_CEP\_PBE.pdf" assinada pelo pesquisador responsável em 26/04/2022, postados em 26/04/2022.
- 3 - Folha de Rosto para Pesquisa com Seres Humanos e Termo de Compromisso da Vice-Diretora da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília. Folha de Rosto adequadamente preenchida, assinada em 26/04/2022, respectivamente, pela pesquisadora responsável pelo projeto, Cristine Miron Stefani, e assinada e carimbada Vice-Diretora da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, Profa. Dra. Maria Cristina Soares Rodrigues em 26/04/2022, que declara ciência e compromisso com o disposto na Resolução 466/12 e suas complementares. Informa, também, que a instituição tem condições de desenvolver o projeto e autoriza a execução do mesmo. Versão não editável "folhaDeRosto\_assinada.pdf", postada em 26/04/2022.
- 4 – Termo de Concordância da Instituição Proponente informando ciência e de acordo da Vice-Diretora da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, Profa. Dra. Maria Cristina Soares Rodrigues, do Chefe do Departamento de Odontologia, Prof. Dr. Tiago Araújo Coelho de Souza, do Coordenador do Programa de Pós-Graduação em Odontologia da UnB, Prof. Dr. Leandro Augusto Hilgert e da pesquisadora responsável, Profa. Dra. Cristine Miron Stefani, datado de 07/04/2022, e assinado pelos referidos responsáveis, em versão não editável "Termo\_Concordancia\_Proponente\_assinado.pdf", postado em 25/04/2022.
- 5 – Termo de Concordância de Instituição Coparticipante - informando ciência e de acordo da Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Odontologia (PPGO) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Profa. Dra. Mariane Cardoso Carvalho e da Profa. Dra. Graziela de Luca Canto, assinado em 07/04/2022. Versão não editável "TERMO\_CONCORDANCIA\_COPARTICIPANTE\_assinado.pdf", postado em 25/04/2022.
- 6 - Projeto Detalhado - versão não editável "Projeto\_PBE\_CEP.docx", postado em 25/04/2022.
- 7 - Termo de Responsabilidade e Compromisso do Pesquisador Responsável, informando ciência e compromisso com o cumprimento das Resoluções CNS 466/2012 e 510/2016. Versão não editável

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília - Campus Darcy Ribeiro	
Bairro: Asa Norte	CEP: 70.910-900
UF: DF	Município: BRASÍLIA
Telefone: (61)3107-1947	E-mail: cepfsunb@gmail.com



Continuação do Parecer: 5.466.426

"Termo\_Compromisso\_Responsabilidade\_Pesquisador.pdf", datada em 11/04/2022 e assinada pela pesquisadora responsável Cristine Miron Stefani, postado em 25/04/2022.

8 - Cronograma de Execução das Atividades: o projeto será executado em 19 meses com início previsto para o Subprojeto 1 em agosto de 2022, conforme documento em versão editável "Cronograma\_PBE.docx", postado em 25/04/2022.

9 - Planilha de Orçamento Detalhado: Previsão de gastos no valor de R\$150.700,00, incluindo notebook, serviço de tradução e acesso a internet, com financiamento próprio, além de Passagem aérea Brasil-Canadá-Brasil, Software estatístico IBM® SPSS e Bolsa de pós-doutorado por agência de fomento. O projeto terá financiamento próprio e de agência de fomento ainda a ser solicitado, conforme documento em versão editável "PLANILHA\_DE\_ORCAMENTO\_PBE.doc", postado em 25/04/2022.

10 -TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE). Versão editável "TCLE\_online\_aplicacao\_KACE.doc" e "TCLE\_traducao\_validacao\_KACE.doc", postados em 25/04/2022.

11 – CURRÍCULOS - Currículos Lattes de Cristine Miron Stefani, Professora Adjunta no Departamento de Odontologia, Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília (UnB) ("Lattes\_Cristine.pdf"), de Domitilla Marchiori Sant'Anna Leal de Oliveira, Mestranda em Odontologia (UnB) ("Lattes\_Domitilla.pdf") e de Graziela De Luca Canto, Professora do Departamento de Odontologia e do Programa de Pós-Graduação em Odontologia da UFSC ("Lattes\_Graziela.pdf"), postados em 26/04/2022.

12 – OUTROS DOCUMENTOS – Documento em versão editável "Instrumento\_KACE\_original.docx" e "Questionario\_sociodemografico.docx", postados em 25/04/2022.

#### Recomendações:

Não se aplicam.

#### Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não foram observados óbices éticos.

Protocolo de pesquisa em conformidade com as Resolução CNS 466/2012, 510/2016 e complementares.

#### Considerações Finais a critério do CEP:

Conforme a Resolução CNS 466/2012, itens X.1.- 3.b. e XI.2.d, os pesquisadores responsáveis devem apresentar relatórios parciais semestrais, contados a partir da data de aprovação do

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília - Campus Darcy Ribeiro  
 Bairro: Asa Norte CEP: 70.910-900  
 UF: DF Município: BRASÍLIA  
 Telefone: (61)3107-1947 E-mail: cepfsunb@gmail.com



Continuação do Parecer: 5.466.426

protocolo de pesquisa; e um relatório final do projeto de pesquisa, após a conclusão da pesquisa.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1936220.pdf	26/04/2022 12:13:35		Aceito
Folha de Rosto	folhaDeRosto_assinada.pdf	26/04/2022 12:12:02	Cristine Miron Stefani	Aceito
Outros	Lattes_Graziela.pdf	26/04/2022 10:05:59	Cristine Miron Stefani	Aceito
Outros	Lattes_Domitilla.pdf	26/04/2022 10:05:34	Cristine Miron Stefani	Aceito
Outros	Lattes_Cristine.pdf	26/04/2022 10:05:13	Cristine Miron Stefani	Aceito
Solicitação Assinada pelo Pesquisador Responsável	Carta_encaminhamento_CEP_PBE.pdf	26/04/2022 09:57:49	Cristine Miron Stefani	Aceito
Outros	Instrumento_KACE_original.docx	25/04/2022 11:25:18	Cristine Miron Stefani	Aceito
Outros	Questionario_sociodemografico.docx	25/04/2022 11:24:55	Cristine Miron Stefani	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_traducao_validacao_KACE.doc	25/04/2022 11:24:02	Cristine Miron Stefani	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_online_aplicacao_KACE.doc	25/04/2022 11:23:49	Cristine Miron Stefani	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_PBE_CEP.docx	25/04/2022 11:23:34	Cristine Miron Stefani	Aceito
Orçamento	PLANILHA_DE_ORCAMENTO_PBE.doc	25/04/2022 11:22:55	Cristine Miron Stefani	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Termo_Concordancia_Proponente_assinado.pdf	25/04/2022 11:21:40	Cristine Miron Stefani	Aceito
Declaração de concordância	TERMO_CONCORDANCIA_COPARTICIPANTE_assinado.pdf	25/04/2022 11:19:45	Cristine Miron Stefani	Aceito
Declaração de	Termo_Compromisso_Responsabilida	25/04/2022	Cristine Miron	Aceito

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília - Campus Darcy Ribeiro

Bairro: Asa Norte

CEP: 70.910-900

UF: DF

Município: BRASÍLIA

Telefone: (61)3107-1947

E-mail: ceptsunb@gmail.com



Continuação do Parecer: 5.466.426

Pesquisadores	de_Pesquisador.pdf	11:19:18	Stefani	Aceito
Cronograma	Cronograma_PBE.docx	25/04/2022 11:18:43	Cristine Miron Stefani	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

BRASILIA, 13 de Junho de 2022

---

**Assinado por:**  
**Cristiane Tomaz Rocha**  
**(Coordenador(a))**

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília - Campus Darcy Ribeiro  
 Bairro: Asa Norte CEP: 70.910-900  
 UF: DF Município: BRASÍLIA  
 Telefone: (61)3107-1947 E-mail: ceptsunb@gmail.com

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
SANTA CATARINA - UFSC



## PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** CONHECIMENTOS, ATITUDES, ACESSO E CONFIANÇA NA PRÁTICA BASEADA EM EVIDÊNCIAS DE ESTUDANTES DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA, NO BRASIL E NO CANADÁ

**Pesquisador:** Cristine Miron Stefani

**Área Temática:**

**Versão:** 3

**CAAE:** 58153622.0.3001.0121

**Instituição Proponente:** Universidade Federal de Santa Catarina

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 5.619.902

#### **Apresentação do Projeto:**

Conforme o projeto da pesquisadora:

#### **RESUMO**

Objetivo: avaliar o conhecimento, atitudes, acesso e confiança de pós-graduandos em programas de pós-graduação em áreas de concentração clínicas da odontologia em relação à Prática Baseada em Evidências (PBE) no Brasil e no Canadá, usando o instrumento KACE (Evidence Based Practice Knowledge, Attitudes, Access, and Confidence Evaluation). Metodologia: serão desenvolvidos dois subprojetos. No primeiro serão realizadas a tradução, adaptação cultural e validação do instrumento KACE para o português do Brasil. A metodologia envolverá três etapas: 1- tradução e adaptação transcultural do instrumento; 2- pré-teste e revisão; e 3- validação, das quais serão participantes na primeira a equipe de pesquisa e tradutores contratados; na segunda alunos de pós-graduação em Odontologia da Universidade de Brasília (UnB) e na

**Endereço:** Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 701  
**Bairro:** Trindade **CEP:** 88.040-400  
**UF:** SC **Município:** FLORIANOPOLIS  
**Telefone:** (48)3721-6094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
SANTA CATARINA - UFSC



Continuação do Parecer: 5.619.902

terceira haverá a participação de três níveis de usuários da PBE (estudantes de graduação, de pós graduação e professores experientes, da UnB e da Universidade Federal de Santa Catarina). A metodologia do segundo subprojeto visa responder ao objetivo principal e será desenvolvida após a tradução e validação do instrumento KACE. Estudantes de programas de pós-graduação em Odontologia com áreas de concentração especializadas no Brasil (35 programas) e no Canadá (7 programas) serão convidados a responder a um questionário com dados sociodemográficos e ao instrumento KACE de forma online. Os dados serão comparados entre estudantes do Brasil e Canadá, diferentes áreas de concentração e a existência de disciplinas específicas voltadas para a PBE. Para análise multivariada será usado o software SPSS e nível de significância 5%.

#### Objetivo da Pesquisa:

Conforme a pesquisadora:

"Objetivo Primário:

Este estudo objetiva avaliar o conhecimento, atitudes, acesso e confiança de pós-graduandos em programas de pós-graduação em áreas clínicas da odontologia em relação à PBE no Brasil e no Canadá. A obtenção destas informações é importante para identificar necessidades e modificações necessárias para aprimorar a educação em PBE no ensino de pós-graduação em áreas clínicas da odontologia.

Objetivo Secundário:

1) realizar a tradução, adaptação cultural e validação do instrumento KACE para o português do Brasil.2) comparar o conhecimento, atitudes, acesso e confiança em relação à PBE de estudantes de pós-graduação em odontologia no Brasil e no Canadá.3) comparar o conhecimento, atitudes, acesso e confiança em relação à PBE de estudantes de pós-graduação em odontologia quanto à área de concentração.4) comparar o conhecimento, atitudes, acesso e confiança em relação à PBE de estudantes de pós-graduação em

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 701  
 Bairro: Trindade CEP: 88.040-400  
 UF: SC Município: FLORIANOPOLIS  
 Telefone: (48)3721-6094 E-mail: cep.propesq@contato.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
SANTA CATARINA - UFSC



Continuação do Parecer: 5.619.902

odontologia em função do treinamento prévio em PBE."

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Segundo a pesquisadora:

Riscos:

Pode-se prever o risco do desconforto com o tempo gasto para preencher o questionário, bem como o constrangimento com o conteúdo das questões, já que o participante pode entender suas habilidades com a PBE como insuficientes. Para minimização dos riscos, o participante poderá retirar o consentimento e desistir da participação a qualquer momento, optar por não responder questões que considerar constrangedoras e contatar a equipe para orientação e resolução de dúvidas acerca da PBE.

Benefícios:

Os resultados serão repassados para os coordenadores de curso de pós-graduação, que poderão atuar sobre os currículos dos programas a fim de enfatizar a importância da PBE para a vida clínica e ensino de graduação. O instrumento KACE traduzido e validado para o português do Brasil será publicado, ficando disponível para uso pela comunidade científica.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Projeto submetido aos comitês de ética em pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde da UnB, da Universidade Federal de Santa Catarina e da University of Alberta. A UNB é o vínculo da pesquisadora responsável, e uma professora da UFSC (Graziela De Luca Canto) atuará como colaboradora no projeto.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Todos os itens obrigatórios foram apresentados e o projeto atende à resolução 466 e complementares.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

A pendência anterior foi solucionada e o projeto encontra-se aprovado.

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 701  
 Bairro: Trindade CEP: 88.040-400  
 UF: SC Município: FLORIANOPOLIS  
 Telefone: (48)3721-6094 E-mail: cep.propesq@contato.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
SANTA CATARINA - UFSC



Continuação do Parecer: 5.619.902

**Considerações Finais a critério do CEP:**

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1966145.pdf	30/08/2022 09:35:17		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_online_aplicacao_KACE_mod2.doc	30/08/2022 09:34:39	Cristine Miron Stefani	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_traducao_validacao_KACE_mod2.doc	30/08/2022 09:34:11	Cristine Miron Stefani	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_PBE_CEP_mod.docx	28/07/2022 11:19:05	Cristine Miron Stefani	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_traducao_validacao_KACE_mod.doc	28/07/2022 11:18:39	Cristine Miron Stefani	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_online_aplicacao_KACE_mod.doc	28/07/2022 11:18:00	Cristine Miron Stefani	Aceito
Outros	Carta_resposta_KACE.pdf	28/07/2022 11:15:28	Cristine Miron Stefani	Aceito
Outros	Lattes_Graziela.pdf	26/04/2022 10:05:59	Cristine Miron Stefani	Aceito
Outros	Lattes_Domitilla.pdf	26/04/2022 10:05:34	Cristine Miron Stefani	Aceito
Outros	Lattes_Cristine.pdf	26/04/2022 10:05:13	Cristine Miron Stefani	Aceito
Outros	Instrumento_KACE_original.docx	25/04/2022 11:25:18	Cristine Miron Stefani	Aceito
Outros	Questionario_sociodemografico.docx	25/04/2022 11:24:55	Cristine Miron Stefani	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_traducao_validacao_KACE.doc	25/04/2022 11:24:02	Cristine Miron Stefani	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de	TCLE_online_aplicacao_KACE.doc	25/04/2022 11:23:49	Cristine Miron Stefani	Aceito

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 701  
 Bairro: Trindade CEP: 88.040-400  
 UF: SC Município: FLORIANOPOLIS  
 Telefone: (48)3721-6094 E-mail: cep.propesq@contato.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
SANTA CATARINA - UFSC



Continuação do Parecer: 5.619.902

Ausência	TCLE_online_aplicacao_KACE.doc	25/04/2022 11:23:49	Cristine Miron Stefani	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_PBE_CEP.docx	25/04/2022 11:23:34	Cristine Miron Stefani	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

FLORIANOPOLIS, 01 de Setembro de 2022

Assinado por:

**Nelson Canzian da Silva**  
(Coordenador(a))

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R. Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 701  
 Bairro: Trindade CEP: 88.040-400  
 UF: SC Município: FLORIANOPOLIS  
 Telefone: (48)3721-6094 E-mail: cep.propesq@contato.ufsc.br

CENTRO DE CIÊNCIAS DA  
SAÚDE DA UNIVERSIDADE  
FEDERAL DO ESPÍRITO  
SANTO - CCS/UFES



## PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** TRADUÇÃO, ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL E ANÁLISE DE PROPRIEDADES DE MEDIDA DO INSTRUMENTO KACE (KNOWLEDGE, ATTITUDES, ACCESS, AND CONFIDENCE) PARA ANÁLISE DE DESFECHOS RELACIONADOS À PRÁTICA BASEADA EM EVIDÊNCIA NO CONTEXTO ODONTOLÓGICO

**Pesquisador:** LUCIANA FARIA SANGLARD

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 77022424.1.0000.5060

**Instituição Proponente:** Centro de Ciências da Saúde

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 6.658.968

#### Apresentação do Projeto:

Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa e quantitativa, com delineamento transversal. Objetiva-se traduzir e adaptar transculturalmente o instrumento KACE (Knowledge, Attitudes, Access, and Confidence) para o português-brasileiro e analisar sua validade e confiabilidade. O estudo será realizado em 8 etapas: 1) Tradução, por dois tradutores independentes bilíngues, para produzir duas versões do inglês; 2) Síntese da tradução, para obter uma versão a partir do consenso de um comitê de especialistas; 3) Retrotradução, realizada por dois outros tradutores, independentes, bilíngues e que não possuam conhecimento do instrumento; 4) Por meio de consenso, realizado por comitê de especialistas, será gerada a versão pré-final; 5) Teste, aplicação da versão pré-final. 6) Teste-reteste da versão adaptada; 7) Submissão da versão testada aos desenvolvedores; 8) Avaliação completa das propriedades de medida. Serão avaliados elementos de confiabilidade e validade. Os participantes da pesquisa serão estudantes de graduação em Odontologia (n=110) e docentes (especialistas) do curso (n=10).

#### Objetivo da Pesquisa:

Segundo a autora:

"Objetivo Primário:

O presente estudo tem por objetivos traduzir e adaptar transculturalmente o instrumento KACE

**Endereço:** Av. Marechal Campos 1468, prédio da direção do Centro de Ciência da Saúde, segundo andar  
**Bairro:** S/N **CEP:** 29.040-091  
**UF:** ES **Município:** VITORIA  
**Telefone:** (27)3335-7211 **E-mail:** cep.ufes@hotmail.com

**CENTRO DE CIÊNCIAS DA  
SAÚDE DA UNIVERSIDADE  
FEDERAL DO ESPÍRITO  
SANTO - CCS/UFES**



Continuação do Parecer: 6.658.968

(Knowledge, Attitudes, Access, and Confidence Evaluation) para avaliação de desfechos do treinamento em prática baseada em evidência na odontologia, e analisar as propriedades de medida da versão traduzida e adaptada.

Objetivo Secundário:

1) Traduzir e adaptar transculturalmente o KACE para o português-brasileiro; 2) Analisar a confiabilidade do instrumento — capacidade em reproduzir um resultado de forma consistente, no tempo e no espaço; 3) Analisar a validade do instrumento — propriedade de um instrumento medir exatamente o que se propõe.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Segundo a autora:

"Riscos:

Riscos para os estudantes: A participação na pesquisa apresenta riscos mínimos ao participante do estudo, estando estes relacionados a um possível constrangimento ao responder alguma questão, cansaço na leitura e resposta e exposição dos dados do participante. Buscaremos minimizar esses riscos incentivando um ambiente amistoso e colaborativo, com intervalos, se necessário. Embora haja o risco de quebra de sigilo, é assegurado que a confidencialidade e privacidade dos participantes serão mantidas em todas as etapas da pesquisa, mesmo após sua conclusão, sendo informado e garantido mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Riscos para os especialistas: A participação na pesquisa envolve riscos mínimos para os participantes, como possíveis constrangimentos ao sugerir modificações, responder a perguntas de outros especialistas, fadiga durante a leitura e análise, e exposição dos dados pessoais. Buscaremos minimizar esses riscos incentivando um ambiente aberto e colaborativo, além de programar pausas adequadas. Embora haja o risco de quebra de sigilo, é assegurado que a confidencialidade e privacidade dos participantes serão mantidas em todas as etapas da pesquisa, mesmo após sua conclusão, sendo garantido mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Os riscos atendem a Res. CNS 466/12

Os benefícios são indiretos

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Pesquisa do PPGCO. Não há pendências éticas

<b>Endereço:</b> Av. Marechal Campos 1468, prédio da direção do Centro de Ciência da Saúde, segundo andar
<b>Bairro:</b> S/N <span style="float: right;"><b>CEP:</b> 29.040-091</span>
<b>UF:</b> ES <span style="float: right;"><b>Município:</b> VITORIA</span>
<b>Telefone:</b> (27)3335-7211 <span style="float: right;"><b>E-mail:</b> cep.ufes@hotmail.com</span>

**CENTRO DE CIÊNCIAS DA  
SAÚDE DA UNIVERSIDADE  
FEDERAL DO ESPÍRITO  
SANTO - CCS/UFES**



Continuação do Parecer: 6.658.968

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Folha de rosto apresentada e devidamente preenchida

Projeto principal apresentado

Cronograma apresentado

Orçamento apresentado

TCLE apresentado adequadamente

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Aprovado

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2274583.pdf	17/01/2024 14:59:51		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	16_01_24_TCLE_especialistas.pdf	17/01/2024 14:56:17	LUCIANA FARIA SANGLARD	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	16_01_24_TCLE_alunos.pdf	17/01/2024 14:55:44	LUCIANA FARIA SANGLARD	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	16_01_24_Projeto.pdf	17/01/2024 14:55:27	LUCIANA FARIA SANGLARD	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto_Luciana_Faria_Sanglard.pdf	17/01/2024 13:51:01	LUCIANA FARIA SANGLARD	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

Endereço: Av. Marechal Campos 1468, prédio da direção do Centro de Ciência da Saúde, segundo andar  
 Bairro: S/N CEP: 29.040-091  
 UF: ES Município: VITORIA  
 Telefone: (27)3335-7211 E-mail: cep.ufes@hotmail.com

CENTRO DE CIÊNCIAS DA  
SAÚDE DA UNIVERSIDADE  
FEDERAL DO ESPÍRITO  
SANTO - CCS/UFES



Continuação do Parecer: 6.658.968

VITÓRIA, 20 de Fevereiro de 2024

---

Assinado por:  
**Maria Helena Monteiro de Barros Miotto**  
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Marechal Campos 1468, prédio da direção do Centro de Ciência da Saúde, segundo andar  
Bairro: S/N CEP: 29.040-091  
UF: ES Município: VITÓRIA  
Telefone: (27)3335-7211 E-mail: cep.ufes@hotmail.com

# ANEXO C – NORMAS DA REVISTA

## Author Guidelines

### Sections

1. Submission
2. Aims and Scope
3. Manuscript Categories and Requirements
4. Preparing the Submission
5. Editorial Policies and Ethical Considerations
6. Author Licensing
7. Publication Process After Acceptance
8. Post Publication
9. Editorial Office Contact Details

### 1. SUBMISSION

Authors should kindly note that submission implies that the content has not been published or submitted for publication elsewhere except as a brief abstract in the proceedings of a scientific meeting or symposium.

New submissions should be made via the Research Exchange submission portal <https://wiley.atyponrex.com/journal/EJE>. You may check the status of your submission at any time by logging on to [submission.wiley.com](https://wiley.atyponrex.com) and clicking the "My Submissions" button.

For technical help with the submission system, please review our [FAQs](#) or contact [submissionhelp@wiley.com](mailto:submissionhelp@wiley.com).

### Data protection

By submitting a manuscript to or reviewing for this publication, your name, email address, and affiliation, and other contact details the publication might require, will be used for the regular operations of the publication, including, when necessary, sharing with the publisher (Wiley) and partners for production and publication. The publication and the publisher recognize the importance of protecting the personal information collected from users in the operation of these services, and have practices in place to ensure that steps are taken to maintain the security, integrity, and privacy of the personal data collected and processed. You can learn more at <https://authorservices.wiley.com/statements/data-protection-policy.html>.

### Preprint policy

The Journal considers short commentaries which are either invited personally by the Editor or submitted on issues relevant to dental education, which are considered to be of interest to the readership. If authors are considering the submission of an uninvited Commentary, they are advised to seek guidance from the Editorial Office at an early stage.

### Guest Editorials

Guest Editorials will be solicited by the editor.

### 4. PREPARING THE SUBMISSION

#### Cover Letters

Cover letters are not mandatory; however, they may be supplied at the author's discretion.

#### Parts of the Manuscript

The manuscript should be submitted in separate files: title page; main text file; figures.

#### Title Page

The title page should contain:

1. A short informative title containing the major key words. The title should not contain abbreviations (see Wiley's best practice SEO tips);
2. A short running title of less than 50 characters;
3. The full names of the authors;
4. The author's institutional affiliations where the work was conducted, with a footnote for the author's present address if different from where the work was conducted;
5. Acknowledgments.

#### Authorship

Please refer to the journal's authorship policy the [Editorial Policies and Ethical Considerations section](#) for details on eligibility for author listing.

#### Acknowledgments

Contributions from anyone who does not meet the criteria for authorship should be listed, with permission from the contributor, in an Acknowledgments section. Financial and material support should also be mentioned. Thanks to anonymous reviewers are not appropriate.

#### Conflict of Interest Statement

Authors will be asked to provide a conflict of interest statement during the submission process. For details on what to include in this section, see the section 'Conflict of Interest' in the [Editorial Policies and](#)

Please find the Wiley preprint policy [here](#).

This journal accepts articles previously published on preprint servers.

*European Journal of Dental Education* will consider for review articles previously available as preprints. Authors may also post the submitted version of a manuscript to a preprint server at any time. Authors are requested to update any pre-publication versions with a link to the final published article.

For further help with submissions, please contact: [ejoffice@wiley.com](mailto:ejoffice@wiley.com)

### Refer and Transfer Program

Wiley believes that no valuable research should go unshared. This journal participates in Wiley's **Refer & Transfer program**. If your manuscript is not accepted, you may receive a recommendation to transfer your manuscript to another suitable Wiley Journal, either through a referral from the journal's editor or through our Transfer Desk Assistant.

### 2. AIMS AND SCOPE

*European Journal of Dental Education* publishes original articles and commentaries concerning curriculum development, teaching methodologies, assessment strategies or techniques, and quality assurance in the fields of dental undergraduate and postgraduate education and dental auxiliary personnel training. The scope includes the dental educational aspects of the basic medical sciences, the behavioural sciences, inter-professional education, information technology, distance learning and educational audit. Papers embodying the results of high-quality educational research of relevance to dentistry are particularly encouraged as are evidence-based reports of novel and established educational programmes and their outcomes.

The *European Journal of Dental Education* is the official journal of the Association for Dental Education in Europe. Whilst the Journal focuses on the European experience, its relevance is global and contributions are invited on a worldwide basis.

### 3. MANUSCRIPT CATEGORIES AND REQUIREMENTS

#### Original Articles

The Journal considers articles on curriculum development, teaching methodologies, assessment strategies or techniques, and quality assurance in the fields of dental undergraduate and postgraduate education and dental auxiliary personnel training. This includes the dental educational aspects of the basic medical sciences, the behavioural sciences, inter-professional education, information technology, distance learning and educational audit. Papers embodying the results of high-quality educational research of relevance to dentistry are particularly encouraged as are evidence-based reports of novel and established educational programmes and their outcomes.

#### Commentaries

**Ethical Considerations section** below. Submitting authors should include the statement generated from the COI form in the manuscript and should ensure they liaise with all co-authors to confirm agreement with the final statement.

#### Main Text File

As papers are double-blind peer reviewed, the main text file should not include any information that might identify the authors.

The main text file should be presented in the following order:

1. Title, abstract, and key words;
2. Main text;
3. References;
4. Tables (each table complete with title and footnotes);
5. Figure legends;
6. Appendices (if relevant).

Figures and supporting information should be supplied as separate files.

#### Abstract

The abstract should be no more than 250 words in length and should follow the same headings as the main text.

#### Keywords

Please provide 2-6 keywords.

#### Main Text of Original Articles

As papers are double-blind peer reviewed, the main text file should not include any information that might identify the authors.

The main text of Original Articles should include introduction, materials and methods, results, discussion and conclusions. This structure may vary from this format if the article is a report of, for example, new curricular design or provides an academic commentary on a dental educational issue.

- **Introduction:** The background and essential research questions should be laid out clearly and succinctly, with detailed reference to the published literature, culminating in the reasons for the necessity of the work and what it hoped to achieve.
- **Materials and Methods:** There should be a concise description of precisely how the study was performed, including reference to any copyrighted material or service that was employed, which methods of analysis were chosen and how these were used.
- **Results:** Should be presented clearly and systematically, so that the reader is able to gauge the outcomes of the study and see their relevance. The use of tables and figure should be complementary to the written text, providing detail and framework, rather than duplication of the written word.
- **Discussion:** Should contextualise the relevance of the results in light of the published literature and seek to position the study in its rightful place, explaining its meaning and providing a critical

appraisal of any answers it provided. Clearly, it needs to address whether the research questions have been addressed.

- **Conclusion:** A short summary statement should be provided that provides an overview of the work.

#### Main Text of Commentaries

As papers are double-blind peer reviewed, the main text file should not include any information that might identify the authors.

No firm guidance can be given on the format of Commentaries, although they should be succinct and evidence based, however they will vary depending upon content and purpose. Authors are recommended to seek individual guidance from the Editorial Office at an early stage of development of such an article.

#### Methods and Materials

If a method or tool is introduced in the study, including software, questionnaires, and scales, the author should state the license this is available under and any requirement for permission for use. If an existing method or tool is used in the research, the authors are responsible for checking the license and obtaining the permission. If permission was required, a statement confirming permission should be included in the Methods and Materials section.

#### References

All references should be numbered consecutively in order of appearance and should be as complete as possible. In text citations should cite references in consecutive order using Arabic superscript numerals. For more information about AMA reference style please consult the [AMA Manual of Style](#)

Sample references follow:

##### Journal article

1. King VM, Armstrong DM, Apps R, Trott JR. Numerical aspects of pontine, lateral reticular, and inferior olivary projections to two paravermal cortical zones of the cat cerebellum. *J Comp Neurol* 1998;390:537-551.

##### Book

2. Voet D, Voet JG. *Biochemistry*. New York: John Wiley & Sons; 1990. 1223 p.

##### Internet document

3. American Cancer Society. *Cancer Facts & Figures 2003*. <http://www.cancer.org/downloads/STT/CAFF2003PWSecured.pdf> Accessed March 3, 2003

#### Tables

Tables should be self-contained and complement, not duplicate, information contained in the text. They should be supplied as editable files, not pasted as images. Legends should be concise but comprehensive – the table, legend, and footnotes must be understandable without reference to the text. All abbreviations must be defined in footnotes. Footnote symbols: †, ‡, §, ¶, should be used (in that order)

The following points provide general advice on formatting and style.

- **Abbreviations:** In general, terms should not be abbreviated unless they are used repeatedly and the abbreviation is helpful to the reader. Initially, use the word in full, followed by the abbreviation in parentheses. Thereafter use the abbreviation only.
- **Units of measurement:** Measurements should be given in SI or SI-derived units. Visit the Bureau International des Poids et Mesures (BIPM) website for more information about SI units.
- Use no roman numerals in the text.
- In decimals, use a decimal point and not a comma.

#### Reproduction of Copyright Material

If excerpts from copyrighted works owned by third parties are included, credit must be shown in the contribution. It is the author's responsibility to also obtain written permission for reproduction from the copyright owners. For more information visit [Wiley's Copyright Terms & Conditions FAQ](#).

#### Wiley Author Resources

**Manuscript Preparation Tips:** Wiley has a range of resources for authors preparing manuscripts for submission available [here](#). In particular, authors may benefit from referring to Wiley's best practice tips on [Writing for Search Engine Optimization](#).

**Article Preparation Support:** Wiley Editing Services offers expert help with English Language Editing, as well as translation, manuscript formatting, figure illustration, figure formatting, and graphical abstract design – so you can submit your manuscript with confidence. Also, check out our resources for [Preparing Your Article](#) for general guidance about writing and preparing your manuscript.

## 5. EDITORIAL POLICIES AND ETHICAL CONSIDERATIONS

#### Peer Review and Acceptance

The acceptance criteria for all papers are the quality and originality of the research and its significance to journal readership. Manuscripts are double-blind peer reviewed. The names of the reviewers will thus not be disclosed to the author submitting a paper and the name(s) of the author(s) will not be disclosed to the reviewers. To allow double-blinded review, please submit (upload) your main manuscript and title page as separate files.

Papers will only be sent to review if the Editor-in-Chief determines that the paper meets the appropriate quality and relevance requirements.

Wiley's policy on the confidentiality of the review process is [available here](#).

#### Appeal of Decision

The editorial decision on a paper is final.

and \*, \*\*, \*\*\* should be reserved for P-values. Statistical measures such as SD or SEM should be identified in the headings.

#### Figure Legends

Legends should be concise but comprehensive – the figure and its legend must be understandable without reference to the text. Include definitions of any symbols used and define/explain all abbreviations and units of measurement.

#### Figures

Although authors are encouraged to send the highest-quality figures possible, for peer-review purposes, a wide variety of formats, sizes, and resolutions are accepted.

[Click here](#) for the basic figure requirements for figures submitted with manuscripts for initial peer review, as well as the more detailed post-acceptance figure requirements.

**Colour Figures.** Figures submitted in colour may be reproduced in colour online free of charge. Please note, however, that it is preferable that line figures (e.g. graphs and charts) are supplied in black and white so that they are legible if printed by a reader in black and white. If an author would prefer to have figures printed in colour in hard copies of the journal, a fee will be charged by the Publisher.

#### Data Citation

[Please review Wiley's data citation policy here.](#)

#### Additional Files

#### Appendices

Appendices will be published after the references. For submission they should be supplied as separate files but referred to in the text.

#### Supporting Information

Supporting information is information that is not essential to the article, but provides greater depth and background. It is hosted online and appears without editing or typesetting. It may include tables, figures, videos, datasets, etc.

[Click here](#) for Wiley's FAQs on supporting information.

Note: if data, scripts, or other artefacts used to generate the analyses presented in the paper are available via a publicly available data repository, authors should include a reference to the location of the material within their paper.

#### General Style Points

#### Guidelines on Publishing and Research Ethics in Journal Articles

Please review Wiley's policies surrounding [human studies](#), [animal studies](#), [clinical trial registration](#), [biosecurity](#), and [research reporting guidelines](#).

#### Conflict of Interest

The journal requires that all authors disclose any potential sources of conflict of interest. Any interest or relationship, financial or otherwise that might be perceived as influencing an author's objectivity is considered a potential source of conflict of interest. These must be disclosed when directly relevant or directly related to the work that the authors describe in their manuscript. Potential sources of conflict of interest include, but are not limited to: patent or stock ownership, membership of a company board of directors, membership of an advisory board or committee for a company, and consultancy for or receipt of speaker's fees from a company. The existence of a conflict of interest does not preclude publication. If the authors have no conflict of interest to declare, they must also state this at submission. It is the responsibility of the corresponding author to review this policy with all authors and collectively to disclose with the submission ALL pertinent commercial and other relationships.

The above policies are in accordance with the Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals produced by the International Committee of Medical Journal Editors (<http://www.icmje.org/>).

It is the responsibility of the corresponding author to have all authors of a manuscript fill out a conflict of interest disclosure form, and to upload all forms together with the manuscript on submission.

Please find the form below:

#### Conflict of Interest Disclosure Form

(If you encounter any problems when accessing the above form, please ignore the error on your web browser and click the download button. Note that the form will open in PDF viewer application only.)

#### Funding

Authors should list all funding sources in the Acknowledgments section. Authors are responsible for the accuracy of their funder designation. If in doubt, please check the Open Funder Registry for the correct nomenclature: <https://www.crossref.org/services/funder-registry/>

#### Authorship

The list of authors should accurately illustrate who contributed to the work and how. All those listed as authors should qualify for authorship according to the following criteria:

1. Have made substantial contributions to conception and design, or acquisition of data, or analysis and interpretation of data; and
2. Been involved in drafting the manuscript or revising it critically for important intellectual content; and
3. Given final approval of the version to be published. Each author should have participated sufficiently in the work to take public responsibility for appropriate portions of the content; and

4. Agreed to be accountable for all aspects of the work in ensuring that questions related to the accuracy or integrity of any part of the work are appropriately investigated and resolved.

Contributions from anyone who does not meet the criteria for authorship should be listed, with permission from the contributor, in an Acknowledgments section (for example, to recognize contributions from people who provided technical help, collation of data, writing assistance, acquisition of funding, or a department chairperson who provided general support). Prior to submitting the article all authors should agree on the order in which their names will be listed in the manuscript.

**Additional Authorship Options.** Joint first or senior authorship: In the case of joint first authorship, a footnote should be added to the author listing, e.g. 'X and Y should be considered joint first author' or 'X and Y should be considered joint senior author.'

#### Data Sharing and Data Accessibility

*European Journal of Dental Education* recognizes the many benefits of archiving research data. The journal expects you to archive all the data from which your published results are derived in a public repository. The repository that you choose should offer you guaranteed preservation (see the registry of research data repositories at <https://www.re3data.org/>) and should help you make it findable, accessible, interoperable, and re-useable, according to FAIR Data Principles (<https://www.force11.org/group/airgroup/airprinciples>).

All accepted manuscripts are required to publish a data availability statement to confirm the presence or absence of shared data. If you have shared data, this statement will describe how the data can be accessed, and include a persistent identifier (e.g., a DOI for the data, or an accession number) from the repository where you shared the data. Authors will be required to confirm adherence to the policy. If you cannot share the data described in your manuscript, for example for legal or ethical reasons, or do not intend to share the data then you must provide the appropriate data availability statement. The journal notes that FAIR data sharing allows for access to shared data under restrictions (e.g., to protect confidential or proprietary information) but notes that the FAIR principles encourage you to share data in ways that are as open as possible (but that can be as closed as necessary).

Sample statements are available [here](#). If published, all statements will be placed in the heading of your manuscript.

**Human subject information in databases.** The journal refers to the World Health Medical Association Declaration of Taipei on Ethical Considerations Regarding Health Databases and Biobanks.

#### Publication Ethics

This journal is a member of the Committee on Publication Ethics (COPE). Note this journal uses iThenticate's CrossCheck software to detect instances of overlapping and similar text in submitted manuscripts. Read Wiley's Top 10 Publishing Ethics Tips for Authors [here](#). Wiley's Publication Ethics Guidelines can be found [here](#).

#### ORCID

Please see [Wiley's resources on ORCID](#).

Accepted Articles will be indexed by PubMed; submitting authors should therefore carefully check the names and affiliations of all authors provided in the cover page of the manuscript so it is accurate for indexing. Subsequently, the final copyedited and proofed articles will appear in an issue on Wiley Online Library; the link to the article in PubMed will update automatically.

#### Proofs

Authors will receive an e-mail notification with a link and instructions for accessing HTML page proofs online. Page proofs should be carefully proofread for any copyediting or typesetting errors. Online guidelines are provided within the system. No special software is required, all common browsers are supported. Authors should also make sure that any renumbered tables, figures, or references match text citations and that figure legends correspond with text citations and actual figures. Proofs must be returned within 48 hours of receipt of the email. Return of proofs via e-mail is possible in the event that the online system cannot be used or accessed.

#### Publication Charges

##### Early View

The journal offers rapid speed to publication via Wiley's Early View service. **Early View** (Online Version of Record) articles are published on Wiley Online Library before inclusion in an issue. Note there may be a delay after corrections are received before the article appears online, as Editors also need to review proofs. Before we can publish an article, we require a signed license (authors should login or register with Wiley Author Services). Once the article is published on Early View, no further changes to the article are possible. The Early View article is fully citable and carries an online publication date and DOI for citations.

#### 8. POST PUBLICATION

##### Access and sharing

When the article is published online:

- The author receives an email alert (if requested).
- The link to the published article can be shared through social media.
- The author will have free access to the paper (after accepting the Terms & Conditions of use, they can view the article).
- The corresponding author and co-authors can nominate up to ten colleagues to receive a publication alert and free online access to the article.

##### Promoting the Article

To find out how to best promote an article, [click here](#).

##### Article Promotion Support

Wiley Editing Services offers professional video, design, and writing services to create shareable video abstracts, infographics, conference posters, lay summaries, and research news stories for your research –

As part of the journal's commitment to supporting authors at every step of the publishing process, the journal requires the submitting author (only) to provide an ORCID ID when submitting a manuscript. This takes around 2 minutes to complete. [Find more information here](#).

#### 6. AUTHOR LICENSING

If a paper is accepted, the author identified as the formal corresponding author will receive an email prompting them to log in to Author Services, where via the Wiley Author Licensing Service (WALS) they will be required to complete a copyright license agreement on behalf of all authors of the paper.

Authors may choose to publish under the terms of the journal's standard copyright agreement, or **OnlineOpen** under the terms of a Creative Commons License.

General information regarding licensing and copyright is available [here](#). To review the Creative Commons License options offered under OnlineOpen, please [click here](#). (Note that certain funders mandate that a particular type of CC license has to be used; to check this please [click here](#).)

**Self-Archiving definitions and policies.** Note that the journal's standard copyright agreement allows for self-archiving of different versions of the article under specific conditions. Please [click here](#) for more detailed information about self-archiving definitions and policies.

**Open Access fees:** If you choose to publish using Open Access you will be charged a fee. A list of Article Publication Charges for Wiley Journals is available [here](#).

**Funder Open Access:** Please [click here](#) for more information on Wiley's compliance with specific Funder Open Access Policies.

#### 7. PUBLICATION PROCESS AFTER ACCEPTANCE

##### Accepted article received in production

When an accepted article is received by Wiley's production team, the corresponding author will receive an email asking them to login or register with **Wiley Author Services**. The author will be asked to sign a publication license at this point.

##### Accepted Articles

The journal offers Wiley's Accepted Articles service for all manuscripts. This service ensures that accepted 'in press' manuscripts are published online shortly after acceptance, prior to copy-editing or typesetting. Accepted Articles are published online a few days after final acceptance and appear in PDF format only. They are given a Digital Object Identifier (DOI), which allows them to be cited and tracked and are indexed by PubMed. After the final version article is published (the article of record), the DOI remains valid and can still be used to cite and access the article.

so you can help your research get the attention it deserves.

##### Cover Image Submissions

This journal accepts artwork submissions for Cover Images. This is an optional service you can use to help increase article exposure and showcase your research. For more information, including artwork guidelines, pricing, and submission details, please visit the [Journal Cover Image page](#).

##### Measuring the Impact of an Article

Wiley also helps authors measure the impact of their research through specialist partnerships with **Kudos** and **Altmetric**.

##### Archiving Services

Portico and CLOCKSS are digital archiving/preservation services we use to ensure that Wiley content will be accessible to customers in the event of a catastrophic event such as Wiley going out of business or the platform not being accessible for a significant period of time. Member libraries participating in these services will be able to access content after such an event. Wiley has licenses with both Portico and CLOCKSS, and all journal content gets delivered to both services as it is published on Wiley Online Library. Depending on their integration mechanisms, and volume loads, there is always a delay between content being delivered and showing as 'preserved' in these products.

#### 9. EDITORIAL OFFICE CONTACT DETAILS

For queries about submissions, please contact [ejoffice@wiley.com](mailto:ejoffice@wiley.com)

Author Guidelines Updated 10 February 2023

#### Sign up for email alerts

Enter your email to receive alerts when new articles and issues are published.

Email address

[Continue](#)

#### Submit an article

As of April 30, 2021, all new *European Journal of Dental Education* manuscripts are submitted through the [Wiley Authors Submission platform](#).