

Rui Pedro Gomes Pereira

**Enfermagem Baseada na Evidência:  
Atitudes, Barreiras e Práticas**

Tese de candidatura ao grau de Doutor em Ciências da Enfermagem, submetida ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto.

**Orientador**

Doutor António Vaz Carneiro  
Diretor, Centro de Estudos de Medicina Baseada na Evidência  
Professor Associado com Agregação  
Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.

**Coorientador**

Doutora Maria do Céu Aguiar Barbieri de Figueiredo  
Professora Coordenadora  
Escola Superior de Enfermagem do Porto /  
Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto.



**PUBLICAÇÃO CIENTÍFICA ASSOCIADA AO PERCURSO DE INVESTIGAÇÃO  
(FULL LENGTH PAPERS)**

Pereira, R., Peixoto, M. & Martins, M. (2011). Evidence-based practice barriers and attitudes: An exploratory study in communitarian setting in the north of Portugal in *Livro de Ponências do XV Encontro Internacional de Investigación en Cuidados de Salud*. Edição: Instituto de Salud Carlos III. Unidade de Investigación en Cuidados de Salud (Investén – ISCIII). Madrid. ISBN: 978-84-694-9259-8, p. 36-38.

Pereira, R. Peixoto, M. & Martins, M. (2012). Atitudes e barreiras à prática de enfermagem baseada na evidência em contexto comunitário. *Revista de Enfermagem Referência*. 3(7), 55-62. Disponível em [http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/scielo.php?pid=S0874-02832012000200006&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/scielo.php?pid=S0874-02832012000200006&script=sci_arttext)

Pereira, R., Cardoso, M. & Martins, M. (2013). Validation of the Portuguese Version of the Attitudes to Evidence-Based Practice Questionnaire: An exploratory approach. *Rev Paraninfo Digital*. 7(19). 1-6. Disponível em <http://www.index-f.com/para/n19/160d.php.Barriers>.

Pereira, R., Guerra, A., Peixoto, M., Barbieri-Figueiredo, M. C. & Vaz Carneiro, A. (2014). Portuguese version of the Evidence-based Practice Questionnaire: One exploratory approach in *Livro de Ponências do XVIII Encontro Internacional de Investigación en Cuidados de Salud*. Edição: Instituto de Salud Carlos III. Unidade de Investigación en Cuidados de Salud (Investén – ISCIII). Vitoria-Gasteiz, ISBN: 978-84-697-1894-0, p. 185-187.

Pereira, R. P. G., Guerra, A. C. P., Cardoso, M. J. S. P. O., Santos, A. T. V. M. F., Figueiredo, M. C. A. B., & Vaz Carneiro, A. (2015). Validation of the Portuguese version of the evidence-based practice questionnaire. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 23(2), 345-351. Disponível em <https://dx.doi.org/10.1590/0104-1169.0367.2561>.

Pereira, R. P. G., Cardoso, M. J. S. P. O., Martins, M. A. C. S., Santos, A. T. V. M. F., Figueiredo, M. C. A. B., & Vaz Carneiro, A. (2015). Validação da versão portuguesa do questionário de atitudes e barreiras em relação à prática baseada na evidência. *Evidentia*, 12(49), 1-7. Disponível em <http://www.index-f.com/evidentia/n49/ev4901r.php>.



## **DEDICATÓRIA**

*Esta tese é dedicada a todos os profissionais de saúde que em momentos tão sensíveis e dramáticos da nossa vida, cuidaram de pessoas que nos são afetivamente muito próximas e significativas. Nesse contexto foram exemplo de uma prestação de cuidados de saúde de elevada qualidade, baseados na melhor evidência disponível...*



## **AGRADECIMENTOS**

Os (extensos) votos de gratidão que aqui expressamos refletem o justo reconhecimento pelos contributos fundamentais facultados por diversas pessoas, entidades e instituições ao longo deste percurso. Na esperança de os mencionar a todos, queremos agradecer,

Ao Professor Doutor António Vaz Carneiro, por ter aceitado orientar este trabalho com a sapiência e a disponibilidade para partilhar o conhecimento que só os verdadeiramente excecionais possuem. Por ter sido sempre solidário com um percurso tão particular, demonstrando permanentemente a sua generosidade e humanismo.

À Professora Doutora Maria do Céu Barbieri Figueiredo, pela pragmática coorientação do trabalho e por toda a atividade desenvolvida na afirmação do conhecimento e saber que tão arduamente os enfermeiros têm procurado construir e demonstrar.

À Universidade do Porto, particularmente ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, por continuar a apoiar e dinamizar o Programa de Doutoramento em Ciências de Enfermagem, contribuindo para a transdisciplinaridade da academia portuguesa.

À Escola Superior de Enfermagem do Porto, enquanto parceira do Programa de Doutoramento em Ciências de Enfermagem, por ter disponibilizado todos os seus recursos, contribuindo deste modo para a realização do estudo. Ao Dr. Francisco Vieira (Gabinete de Divulgação, Imagem e Apoio à Publicação) e à Dra. Orísia Pereira (Centro de Documentação, Biblioteca e Serviço a Clientes) o meu particular reconhecimento pelo apoio na revisão da formatação e das referências bibliográficas desta tese.

À Escola Superior de Enfermagem da Universidade do Minho por ter procurado num quadro de constrangimentos, proporcionar condições indispensáveis para o desenvolvimento deste percurso. Agradecemos particularmente a todos os colegas que na nossa ausência, asseguraram as exigentes e constantes obrigações académicas, bem como a todos aqueles que nos manifestaram sempre o seu apoio, estímulo e incentivo.

Ao Centro de Investigação em Tecnologias e Sistemas de Informação em Saúde da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, nas pessoas do Professor Doutor Altamiro da Costa Pereira e do Engenheiro Jorge Jácome Gomes. Ao primeiro, na qualidade de Coordenador, disponibilizando a sua enriquecedora colaboração e os recursos do Centro que superiormente dirige. Ao segundo, enquanto perito em informática, por nos ter apoiado altruisticamente na utilização da plataforma MedQuest, fundamental para a recolha dos dados.

À Ordem dos Enfermeiros (mandato 2012-2015), na pessoa do seu Digníssimo Bastonário Doutor Germano Couto, por ter disponibilizado apoio institucional à divulgação do estudo. Pela promoção e difusão da investigação em enfermagem.

À Secção Regional do Norte da Ordem dos Enfermeiros (mandato 2012-2015) pela parceria formativa estabelecida no âmbito da prática de enfermagem baseada na evidência, permitindo obter informação determinante para a consecução deste estudo. Neste contexto, agradecemos de um modo particular à Enfermeira Filomena Maia – Presidente do Conselho de Enfermagem Regional.

Aos diversos autores dos instrumentos de avaliação aplicados no nosso percurso de investigação, quer nas versões originais (AEBPQ & EBPQ), quer na versão portuguesa (BRUS), por terem prontamente autorizado a sua utilização para efeitos da presente tese.

Agradecemos igualmente às instituições prestadoras de cuidados de saúde da área metropolitana do Porto onde realizámos previamente os dois estudos metodológicos relativos à validação para a realidade portuguesa dos instrumentos QABPBE-26 e QECPBE-20. Sem estes estudos não teríamos concretizado a presente investigação.

A todos os colegas do norte do país, Enfermeiros, que num momento de enorme adversidade, acederam a participar despretensiosa e generosamente nesta investigação, seja por via da colaboração nos diversos estudos realizados, seja pela presença nas sessões formativas dinamizadas, possibilitando assim e no limite, a realização deste trabalho.

Aos amigos que nos acompanharem nesta longa jornada cujo contributo, a vários níveis, se revelou verdadeiramente imprescindível: Élvio de Jesus, Alice Martins, Ana Cristina Guerra, José Carlos Gomes. Obrigada a estes e a muitos outros que, porventura injustamente, não mencionámos.

Em particular, agradecemos à Teresa Martins pela competência, rigor e enorme disponibilidade e à Zé Peixoto pela amizade, comunhão e partilha. Obrigada pelo exemplo de trabalho, dedicação e altruísmo.

De um modo muito especial, agradeço à minha família. Aos meus pais pelo permanente “abraço Atlântico” e sobretudo à Flora, à Beatriz e ao Pedro. Agradeço-vos pela ausência presente, pelo afeto roubado e ainda pela tensão vivida, solidariamente partilhada. Obrigada por me amarem assim, como sou.



*In our quest for quality and access to health care, we must constantly strive to use evidence-based approaches to nursing services. Today, health systems throughout the world are being challenged by inequities in quality and quantity of services and by reduced financial resources. Poorly informed decision making is one of the reasons services can fail to be delivered in an optimal way. (...) The use of evidence to inform our actions is a critical and achievable way to improve health system performance.*

Rosemary Bryant e David C. Benton. President and Chief Executive Officer,

*International Council of Nurses, 2012*



## RESUMO

A prestação de cuidados de saúde baseados na evidência é um imperativo das sociedades modernas e enquadra-se num contexto em que os cidadãos e comunidades apresentam desafios clínicos de maior complexidade exigindo respostas por parte dos profissionais e das organizações com maior qualidade e elevada segurança, num quadro de significativas restrições de recursos humanos, materiais e técnicos implicando níveis superiores de eficácia, eficiência e efetividade nas intervenções em saúde. Neste âmbito é essencial avaliar atitudes, barreiras, conhecimentos, competências e práticas por parte dos enfermeiros relativamente a uma prática baseada na evidência (PBE). Este percurso de investigação integra uma sequência de estudos que possibilitaram realização da avaliação a que nos propusemos. Inicialmente realizou-se um estudo exploratório numa população de enfermeiros a exercer em contexto comunitário. Posteriormente, efetuou-se uma revisão integrativa da literatura relativamente à temática em estudo visando sistematizar o estado da arte. Seguidamente, realizaram-se dois estudos metodológicos independentes para validar para a realidade portuguesa instrumentos de avaliação no domínio da PBE (QABPBE-26 & QECPBE-20). Munidos destes instrumentos e complementando-os com uma terceira escala já validada (BRUS) dinamizámos um estudo principal composto por dois estudos. O primeiro de carácter transversal e descritivo-correlacional junto de 388 enfermeiros do norte de Portugal relativo às atitudes, barreiras e práticas face à PBE. O segundo com base num estudo de desenho *quasi*-experimental em que avaliámos o impacto de uma intervenção formativa intensiva de curta duração na promoção da PBE junto dos participantes no estudo anterior. Relativamente à avaliação efetuada registamos *atitudes* muito favoráveis à PBE: Através do QABPBE-26 verificou-se que implementar uma PBE trará benefícios para o desenvolvimento profissional (94,9%). O QECPBE-20 reportou que a PBE é essencial à prática profissional ( $\bar{X} = 6,20$   $DP = 1,286$ ). Relativamente às *barreiras*, destacam-se na escala BRUS (Caraterísticas da investigação): a investigação em causa não foi replicada (88,3%); (Caraterísticas da organização): sentir que os resultados não são generalizáveis ao seu ambiente de trabalho (88,1%); (Caraterísticas do enfermeiro): ter a sensação que as alterações na prática serão mínimas (86,3%); (Comunicação do estudo) e os artigos/relatórios de investigação não estarem rapidamente disponíveis (85,4%). No QABPBE-26 destacaram-se a necessidade de fazer formação para utilizar a investigação eficazmente (87,1%) e a perceção de maior confiança se alguém experiente em investigação fornecesse informação relevante (85,3%). No domínio dos *conhecimentos e capacidades* (QECPBE-20), as maiores dificuldades estão em converter as necessidades de informação numa pergunta de investigação ( $\bar{X} = 4,04$   $DP = 1,136$ ). Quanto às *práticas* (QECPBE-20), predomina a partilha de informação com colegas ( $\bar{X} = 4,76$   $DP = 1,720$ ) em oposição à apreciação crítica da literatura ( $\bar{X} = 4,22$   $DP = 1,592$ ). Quanto à avaliação do impacto do programa formativo, observaram significâncias estatísticas *t* (*p*) na subescala (QECPBE-20) “práticas”: 3,33 (0,001) e nas subescalas (BRUS) “organização”: 2,63 (0,009); “comunicação do estudo”: 4,86 (0,0001); “enfermeiro”: 2,37 (0,018) e “investigação”: 2,579 (0,01). Verificou-se ainda uma intrincada teia de correlações estatisticamente significativas entre as diversas subescalas estudadas. Destacam-se as que ocorrem entre as subescalas (BRUS), nomeadamente entre as “caraterísticas da investigação” e as “caraterísticas do enfermeiro” ( $r = 0.70$ ,  $p < 0.001$ ). Os achados demonstram que predominam barreiras de carácter individual face às barreiras organizacionais ainda que todas sejam globalmente percecionadas a níveis muito significativos. Entre a valorização de uma PBE e a sua aplicabilidade numa base regular encontramos um hiato considerável. As intervenções educativas e a formação contínua poderão dar um contributo na promoção da PBE sobretudo se dirigidas para a implementação de intervenções concretas em contextos específicos, no entanto é necessário maior apoio e estímulo organizacional, promovendo uma PBE como cultura institucional de modo a colmatar lacunas individuais e dos próprios contextos. É defensável uma maior interligação entre os contextos do exercício e a academia, entre os produtores e os utilizadores do conhecimento. Aos profissionais requer-se uma maior capacitação para a utilização da investigação que responda a uma atitude de proatividade e permanente questionamento das práticas. Em sede de regulação profissional e da promoção da qualidade dos cuidados, advogamos o assumir pleno do estatuto central de promoção e dinamização superlativa do uso consistente e sustentado de evidências incluindo a avaliação de ganhos em saúde associados a uma PBE.

**Descritores / Palavras-chave (MeSH / DeCS):** Enfermagem baseada na evidência; Prática baseada na evidência; Relatório de Pesquisa; Avaliação; Padrões de Prática em Enfermagem.



## ABSTRACT

The delivery of evidence-based health care is an imperative of modern societies and fits in a context where citizens and communities present clinical challenges of greater complexity demanding answers from professionals and the organizations themselves with higher quality and high security in a significant restrictions framework of either human material and technical resources therefore higher levels of effectiveness, efficiency and effectiveness in health interventions. In this context it is essential to assess attitudes, barriers, knowledge, skills and practices by nurses relative to an evidence-based nursing (EBP). This research pathway that is done in this thesis reports a succession of studies that made it possible to conduct the evaluation we set ourselves. Initially we held an exploratory study in a population of nurses practicing in a community context. Subsequently, we performed an integrative literature review regarding the thematic under study so that we can systematize the state of the art. In a third stage were developed two independent methodological studies to validate to the Portuguese reality assessment tools in the field of EBP (QABPBE-26; QECPBE-20). With these instruments and complementing them with a third scale previously validated (BRUS) we developed our main study that integrates two empirical studies. The first one has a cross-sectional and descriptive-correlational design, conducted with 388 nurses from the north of Portugal to evaluate the attitudes, barriers and practices face to EBP. In the second study based on a quasi-experimental design, we evaluated on the nurses studied before the impact of an intensive training intervention of short duration on EBP promotion. Regarding the evaluation we observed *attitudes* very favorable to EBP. Using the QABPBE-26 we verify that implementing EBP will carry out benefits for professional development (94,4%). The QRCPBE-20 reported that EBP is essential to professional practice ( $\bar{X} = 6,20$   $SD = 1,286$ ). Considering the *barriers*, with the BRUS scale (Research characteristics): the research in appreciation was not replicated (88,3%); (Organization characteristics): feel that the results are not generalized to my work setting (88,1%); (Nurse characteristics): Have the feeling that the practice changes will be minimal (86,3%); (Study communication): the research reports are not rapidly available (85,4%). With the QABPBE-26 we underline the necessity of doing training and formation to use research effectively (87,1%) and the perception of higher confidence if someone with experience in research could give relevant information. In terms of *knowledge and skills* (QECPBE-20) the major difficulties are in the conversion of information needs into a research question ( $\bar{X} = 4,04$   $SD = 1,136$ ). In the effective *practices* (QECPBE-20) with higher scores there is the information sharing with colleagues ( $\bar{X} = 4,76$   $SD = 1,720$ ) in opposition to the literature critical appraisal ( $\bar{X} = 4,22$   $SD = 1,592$ ). Considering the evaluation of the formative program impact, there are statistical significances  $t$  ( $p$ ) in the subscale (QECPBE-20) "practices": 3,33 (0,001) and in the subscales (BRUS) "organization": 2,63 (0,009); "study communication": 4,86 (0,0001); "nurse": 2,37 (0,018) and "research": 2,579 (0,01). There is an intricate net of correlations with statistical significance between several subscales studied. We highlight those verified in BRUS domain: "research characteristics" and "nurse characteristics" ( $r = 0.70$ ,  $p < 0.001$ ). The study findings demonstrated that the individual barriers overlap the organizational ones although, globally all of them have high levels of perception. Between the valorization of an EBP and their applicability in a regular basis we found a very significant gap. The educative and continuous training interventions could contribute to promote EBP mainly if they are directed to specific interventions in particular settings. However it is necessary a great support and organizational incentive promoting EBP as an institutional culture and with this minimize individual and setting gaps regarding EBP. It is proposed a higher interrelationship between the working settings and the academy, between the knowledge producers and their users. The professionals should have better capabilities and skills to use research in their practices and this must result of a proactive attitude and a continuous questioning of their practices. In terms of professional regulation, viewing it as superlative and proactive promoter of a sustained nursing practice evidence-based it is necessary a more relevant role including health outcome measurement associated to EBP.

**Descriptors / Key-words (MeSH/DeCS):** Evidence-Based Nursing; Evidence-Based Practice; Research Report; Evaluation; Nurse's Practice Patterns.



## LISTA DE ACRÓNIMOS E SIGLAS

AFC – Análise Fatorial Confirmatória

AFE – Análise Fatorial Exploratória

AGFI – *Adjusted Goodness-of-Fit Index*

AGREE – *Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation*

BRUS – *Barriers to Research Utilization Scale*

CFI – *Comparative Fit Index*

CIE – Conselho Internacional de Enfermeiros

CINAHL – *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature*

CINTESIS/FMUP – Centro de Investigação em Tecnologias e Sistemas de Informação em Saúde / Faculdade de Medicina da Universidade do Porto

CSP – Cuidados de Saúde Primários

DeCS – Descritores Virtuais em Ciências da Saúde

DOI – *Digital Object Identifier*

DP – Desvio-padrão

EBE – Enfermagem Baseada na Evidência

EQUATOR – *Enhancing The QUALity and Transparency Of health Research*

GFI – *Goodness-of-Fit Index*

IBE – Intervenções Baseadas na Evidência

ICBAS/UP – Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar / Universidade do Porto

KMO – *Kaiser-Meyer-Olkin*

MEDLINE – *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (U.S. National Library of Medicine®)

MeSH – *Medical Subject Headings*

ML – *Maximum Likelihood*

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS/RE – Organização Mundial de Saúde / Região Europeia

PBE – Prática Baseada na Evidência

PEBE – Prática de Enfermagem Baseada na Evidência

PICOT – *Population, Intervention, Comparing, Outcome, Time*

PQCE/OE – Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem / Ordem dos Enfermeiros

PRISMA – *Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses*

QABPBE-26 – Questionário de Atitudes e Barreiras face à Prática Baseada na Evidência (26 itens)

QECPBE-20 – Questionário de Eficácia Clínica e Prática Baseada na Evidência (20 itens)

RMSEA – *Root Mean Square Error Approximation*

SIGARRA – Sistema de Informação para a Gestão Agregada dos Recursos e dos Registos Académicos

SRN/OE – Secção Regional do Norte da Ordem dos Enfermeiros

STROBE – *Strengthening the Reporting of Observational Studies*

UC – Unidade Curricular

URL – *Uniform Resource Locator*



## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 – Desenho geral da investigação .....	32
Figura 2 – Pilares de suporte à tomada de decisão baseada na evidência .....	46
Figura 3 – Enquadramento esquemático da estratégia europeia relativamente aos objetivos «Saúde 2020» .....	53
Figura 4 – Modelo sinérgico para intervenções baseadas na evidência.....	54
Figura 5 – Modelo de utilização da investigação de Ottawa.....	55
Figura 6 – «Ciclo do conhecimento à prática» .....	56
Figura 7 – PRISMA <i>flow</i> (Revisão integrativa da literatura).....	66
Figura 8 – Diagrama das associações observadas entre escalas / subescalas .....	128
Figura 9 – Centralidade da disseminação no ciclo da investigação .....	132
Figura 10 – Representação esquemática do fluxo dos participantes no estudo.....	135
Figura 11 – Integração da prática baseada na evidência como parte do processo de acreditação <i>Magnet</i> <sup>®</sup> .....	151
Figura 12 – Representação gráfica das associações observadas.....	155



## ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 – Conceitos de enfermagem e prática baseada na evidência: Análise de constructos .....	43
Quadro 2 – Síntese das tipologias de decisão clínica .....	47
Quadro 3 – Aplicação do modelo PI[C]OT para elaboração da questão de partida.....	63
Quadro 4 – Resumo dos estudos selecionados .....	67
Quadro 5 – Barreiras mais frequentes nos estudos selecionados.....	80
Quadro 6 – Sessões realizadas no âmbito da intervenção formativa .....	96
Quadro 7 – Caraterísticas dos participantes no estudo.....	103
Quadro 8 – Análise dos componentes principais (QABPBE-26) .....	104
Quadro 9 – Caraterização da amostra de acordo com o sexo, idade e tempo de graduação.....	107
Quadro 10 – Análise dos componentes principais (QECPBE-20) .....	108
Quadro 11 – Modelo trifatorial confirmatório do QECPBE-20.....	110
Quadro 12 – Distribuição da amostra de acordo com o sexo e a idade .....	111
Quadro 13 – Idade dos participantes .....	112
Quadro 14 – Formação profissional e qualificações académicas.....	112
Quadro 15 – Título profissional (atribuído pela Ordem dos Enfermeiros).....	113
Quadro 16 – Tempo de exercício profissional.....	113
Quadro 17 – Principal contexto de exercício profissional.....	113
Quadro 18 – Tipologia de instituição de ensino (formação pré-graduada) .....	114
Quadro 19 – Distrito onde exerce funções .....	114
Quadro 20 – Fontes de informação para apoiar a prática .....	115
Quadro 21 – Caraterização do acesso à <i>internet</i> em termos profissionais.....	115
Quadro 22 – Autoperceção da prática quotidiana baseada na evidência.....	116
Quadro 23 – Distribuição da amostra: Escala BRUS (“Caraterísticas do Enfermeiro”)..	117
Quadro 24 – Distribuição da amostra: Escala BRUS (“Caraterísticas da Organização”)118	
Quadro 25 – Distribuição da amostra: Escala BRUS (“Comunicação do Estudo”) ....	119
Quadro 26 – Distribuição da amostra: Escala BRUS (“Caraterísticas da Investigação”)119	
Quadro 27 – Hierarquia global: Escala BRUS.....	120
Quadro 28 – Matriz de respostas: QABPBE-26 .....	123
Quadro 29 – Hierarquia global: QABPBE-26 .....	124
Quadro 30 – Distribuição da amostra: QECPBE-20 (“Práticas”) .....	126
Quadro 31 – Distribuição da amostra: QECPBE-20 (“Atitudes”) .....	126
Quadro 32 – Distribuição da amostra: QECPBE-20 (“Conhecimentos/habilidades e competências”) .....	127

Quadro 33 – Estudo II: Síntese dos principais resultados..... 136

## ÍNDICE GERAL

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	27
<b>CAPÍTULO I – ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL E ESTADO DA ARTE</b> .....	37
1. ENFERMAGEM BASEADA NA EVIDÊNCIA: TERMOS E CONCEITOS .....	37
2. RECOMENDAÇÕES INSTITUCIONAIS E INTEGRAÇÃO DE EVIDÊNCIAS NA PRÁTICA CLÍNICA .....	49
<b>CAPÍTULO II – ATITUDES, BARREIRAS E PRÁTICAS EM RELAÇÃO À ENFERMAGEM BASEADA NA EVIDÊNCIA: REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA</b> .....	61
1. CONTEXTUALIZAÇÃO E PERTINÊNCIA .....	61
2. OBJETIVOS DA REVISÃO E QUESTÃO DE PARTIDA .....	62
3. METODOLOGIA E PROCEDIMENTOS .....	63
4. ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS ESTUDOS .....	77
4.1. Dimensão – Atitudes .....	77
4.2. Dimensão – Barreiras e facilitadores .....	79
4.3. Dimensão – Práticas .....	81
5. SÍNTESE CONCLUSIVA .....	84
<b>CAPÍTULO III – PERCURSO DE INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA</b> .....	87
1. CONTEXTUALIZAÇÃO .....	87
2. OBJETIVOS E QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO .....	88
3. INSTRUMENTOS DE RECOLHA DE DADOS .....	90
3.1. Escala de Barreiras à Utilização da Investigação .....	91
3.2. Questionário de Atitudes e Barreiras em relação à Prática Baseada na Evidência .....	93
3.3. Questionário de Eficácia Clínica e Prática Baseada em Evidências .....	94
4. PROCEDIMENTOS .....	95
5. PARTICIPANTES NO ESTUDO PRINCIPAL .....	95
6. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS .....	98
7. TRATAMENTO E APRESENTAÇÃO DOS DADOS .....	98
<b>CAPÍTULO IV – ESTUDOS METODOLÓGICOS</b> .....	101
1. CONTEXTUALIZAÇÃO .....	101
2. QUESTIONÁRIO DE ATITUDES E BARREIRAS EM RELAÇÃO À PRÁTICA BASEADA NA EVIDÊNCIA .....	101
3. QUESTIONÁRIO DE EFICÁCIA CLÍNICA E PRÁTICA BASEADA NA EVIDÊNCIA .....	106
<b>CAPÍTULO V – ESTUDO PRINCIPAL</b> .....	111
1. ESTUDO I – ATITUDES, BARREIRAS E PRÁTICAS .....	111
1.1. Caracterização dos participantes .....	111

1.2. Acesso e utilização da informação para apoio à prática .....	114
1.3. Atitudes, barreiras e práticas: descrições e inferências .....	116
1.3.1. <i>Barreiras à utilização da investigação</i> .....	116
1.3.2. <i>Atitudes e barreiras à prática baseada na evidência</i> .....	121
1.3.3. <i>Práticas, atitudes e conhecimentos/competências</i> .....	125
1.3.4. <i>Análise correlacional das barreiras, atitudes, conhecimentos e práticas</i> ..	128
2. ESTUDO II – AVALIAÇÃO DO IMPACTO DE UMA INTERVENÇÃO FORMATIVA	129
2.1. Âmbito e enquadramento do estudo.....	130
2.2. Material, métodos e procedimentos.....	133
2.3. Resultados .....	136
<b>CAPÍTULO VI – DISCUSSÃO, IMPLICAÇÕES E LIMITAÇÕES</b> .....	139
1. ESTRUTURA E MÉTODO .....	139
2. ANÁLISE SOCIOPROFISSIONAL E DEMOGRÁFICA DOS PARTICIPANTES....	139
3. PRINCIPAIS EVIDÊNCIAS .....	140
3.1. Estudo I.....	141
3.2. Estudo II.....	156
4. LIMITAÇÕES À INVESTIGAÇÃO .....	160
<b>CONCLUSÃO</b> .....	163
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	169
<b>ANEXOS</b> .....	181
Anexo I – Formulário de recolha de dados aplicado no Estudo I	
Anexo II – Comprovativo da dinamização das sessões formativas	
Anexo III – Parecer da Comissão de Ética e Investigação do Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto sobre o estudo (Projeto N.º 77/2014)	
Anexo IV – Termo de consentimento informado para participação no estudo	
Anexo V – Autorização de utilização da versão portuguesa da Escala de Barreiras à Utilização da Investigação (Vilelas & Basto, 2011)	
Anexo VI – Autorização de utilização e validação do <i>Attitudes to Evidence-Based Practice</i> (McKenna, Ashton & Keeney, 2004)	
Anexo VII – Autorização de utilização e validação do <i>Evidence-Based Practice Questionnaire</i> (Upton & Upton, 2006)	
Anexo VIII – Estudo Metodológico: Validação da Versão Portuguesa do Questionário de Eficácia Clínica e Prática Baseada na Evidência	
Anexo IX – Estudo Metodológico: Validação da Versão Portuguesa do Questionário de Atitudes e Barreiras em relação à Prática Baseada na Evidência	

Anexo X – Planificação da intervenção formativa e respetivos conteúdos programáticos (síntese e descritivo)

Anexo XI – Apresentação visual do formulário em linha aplicado para avaliação pós-intervenção





*O presente documento foi elaborado em concordância com a normalização prevista no novo Acordo Ortográfico. No entanto, por respeito aos autores mencionados ao longo do mesmo, optou-se em sede de referência direta pela manutenção integral da ortografia constante da(s) fonte(s) primária(s). Nas citações em língua estrangeira a opção metodológica foi manter o idioma de origem.*

*Reconhecendo a predominância das mulheres na profissão de enfermagem, optou-se na redação da presente tese pelo uso do(s) termo(s) «enfermeiro(s)». Neste âmbito, a sua utilização é totalmente neutra no que se relaciona com a identidade de género.*



## INTRODUÇÃO

Decorria o ano de 2008 quando fomos desafiados para uma proposta de trabalho que deixaria até à atualidade uma marca indelével no caminho percorrido no seio da disciplina de enfermagem, a saber, lecionar na unidade curricular (UC) de Prática Baseada na Evidência que se constituía na altura como uma das unidades estruturantes do tronco comum da formação pós-graduada e especializada em enfermagem da Escola Superior de Enfermagem do Porto. Em concreto, a nossa colaboração nesta UC aconteceria no contexto do Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem Comunitária, tendo como coordenadora a Professora Doutora Maria do Céu Barbieri de Figueiredo. Ao sermos confrontados com tamanha empreitada, iniciámos um desafiador percurso neste âmbito que desde então tem pautado os nossos interesses de investigação no domínio das ciências de enfermagem, reconhecendo hoje, quase uma década após o início desta caminhada, que tal será sempre um marco incontornável no percurso profissional, científico e académico que trilhamos desde 1996 em enfermagem.

Com efeito, o contacto em sede de orientações tutoriais com inúmeros enfermeiros, estudantes de pós-graduação a frequentar esta UC, posicionou-nos enquanto observadores privilegiados para duas realidades muito presentes e que nos motivaram desde logo para o aprofundamento do conhecimento nesta área: por um lado, uma predominante falta de apropriação da metodologia e constructos inerentes a uma prática baseada na evidência (PBE); por outro, o elencar substantivo de inúmeras barreiras e fatores dificultadores relativamente à PBE e à incorporação de resultados da investigação na prática clínica, nomeadamente em contexto da respetiva área de especialidade.

Posteriormente, já em 2010, ocorrem outros dois momentos igualmente centrais neste trajeto, o início do nosso programa de doutoramento em ciências de enfermagem e poucos meses após, o contacto pessoal com o Professor Doutor António Vaz Carneiro aquando de um *workshop* subordinado à temática da “Prática Baseada na Evidência” que dinamizámos conjuntamente na ilha da Madeira, na altura a convite da respetiva Secção Regional da Ordem dos Enfermeiros. Foi nesse momento que solicitámos ao Professor Vaz Carneiro orientação no âmbito

do nosso doutoramento sendo que desde então, temos procurado desenvolver um trabalho que culmina agora com a apresentação da presente dissertação, cuja estrutura pretende corporizar na essência, um relatório de investigação que traduza os aspetos mais relevantes deste já longo e preenchido percurso académico e formativo.

Pensar numa prática e numa enfermagem baseada na evidência (constructos que procuraremos distinguir nos próximos capítulos) é pois um enorme desafio e uma exigente tarefa porquanto implica equacionar a epistemologia das ciências de enfermagem na senda dos trabalhos exploratórios e pioneiros de Carper (1978) e posteriormente de Fawcett, Watson, Neuman, Walkers e Fitzpatrick (2001) que tipificaram este conhecimento em quatro grandes dimensões, a saber: empírico, pessoal, estético e ético e isto em conjugação com o primado da racionalidade técnica, articulando uma ciência aplicada com uma ciência humana prática (Queirós & Barbieri-Figueiredo, 2015). Gray em 1997, recorrendo à simplicidade aparente que caracteriza os autores de referência afirmou que uma prática baseada na evidência significa «fazer bem as coisas certas». Se esta é uma definição simplificadora (ainda que nada tenha de simplista), a mesma encerra em si própria toda a complexidade inerente a uma PBE, isto é, quão difícil será que, os profissionais de saúde em geral e os enfermeiros em particular, na sua prática diária aos mais diversos níveis e nos mais variados contextos, consigam «fazer bem as coisas certas»?

Num célebre editorial de 1996, o Professor Sackett e colaboradores, afirmam que, a propósito da medicina baseada na evidência, conceito moderno do qual emergiu numa perspetiva mais ampla e abrangente o constructo contemporâneo de PBE, esta se relaciona com a integração da *expertise* clínica individual com a melhor evidência externa, concretizando que esta mesma *expertise* é a proficiência e o julgamento que cada profissional a nível individual adquire através da experiência e da prática clínica enquanto que as evidências externas reportam-se à investigação clínica relevante, sobretudo centrada na investigação aplicada à prática, focada no paciente. Nesse contexto, os autores sistematizam e alertam para que sem esta *expertise* clínica, existem riscos da prática se submeter à “tirania” dos elementos de prova (evidências) pois mesmo considerando evidências externas de excelência, estas poderão ser inaplicáveis ou inadequadas numa

determinada situação individual. Por outro lado, sem recorrermos à melhor evidência disponível, incorremos no risco de manter práticas desatualizadas, com os inerentes prejuízos para as pessoas (Sackett, Rosenberg, Gray, Haynes & Richardson, 1996).

Num outro muito citado editorial («escrito para gerar o debate») relativamente ao primeiro número da Revista *Evidence-Based Nursing*, editada sob os auspícios do *British Medical Journal* (DiCenso, Cullum & Ciliska, 1998) clarifica-se que os enfermeiros, no contexto de uma PBE deverão decidir se as evidências são relevantes para uma determinado pessoa e que aqueles que entendem que uma enfermagem baseada na evidência (EBE) se configura como um mero «livro de receitas» estão equivocados. Estes autores também concluem que a finalidade última com que se confrontam os enfermeiros é a prestação dos melhores cuidados disponíveis aos pacientes. Em conformidade, refletindo sobre o mandato social da profissão, este explícita com clareza que os enfermeiros têm como dever “exercer a profissão com os adequados conhecimentos científicos e técnicos, com o respeito pela vida, pela dignidade humana e pela saúde e bem-estar da população, adoptando todas as medidas que visem melhorar a qualidade dos cuidados e serviços de enfermagem” (Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, 2015a, Artigo 97º, número 1, a), p. 78). Nesse sentido apercebemo-nos que aos enfermeiros a sociedade exige a capacidade de autonomamente, no seio da sua própria disciplina e / ou no contexto de equipas multidisciplinares, destes profissionais a cada momento, «fazerem bem, as coisas certas».

Numa sociedade centrada no conhecimento, a grande dificuldade dos profissionais não reside porém no acesso e disponibilidade da informação mas sim em saber distinguir entre evidências de elevada qualidade e passíveis de aplicação na prática em oposição a estudos de baixa qualidade científica, cuja aplicabilidade não é recomendada (DiCenso, Baley & Haynes, 2009). Nesse sentido tem sido construído um roteiro de acesso à designada «informação pré-processada», isto é, informação que já foi previamente sujeita a apreciação crítica, sendo categorizada em função da sua qualidade e relevância. Reconhecendo este esforço, a realidade é que cada vez mais são requeridos aos profissionais conhecimentos, competências e capacidades que possibilitem identificar, analisar e utilizar os resultados oriundos da melhor investigação produzida (Conselho Internacional de Enfermeiros, 2012) e

este é um desafio para todos os que, a este nível nomeadamente no contexto da docência e formação em enfermagem, detêm responsabilidades acrescidas (Fineout-Overholt & Johnston, 2005).

É portanto considerando um diversificado conjunto de razões que este trabalho encontra a sua génese mais profunda, procurando contribuir para melhores práticas, sobretudo se traduzidas em termos de futuros ganhos em saúde para as pessoas, indivíduos, famílias, grupos e ou comunidades alvo de atenção e intervenção dos enfermeiros. Este documento é pois um relatório de um percurso de investigação em contexto do Programa de Doutoramento em Ciências de Enfermagem promovido pelo Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto, desenvolvido com a finalidade de avaliar as atitudes, barreiras e práticas de um grupo de enfermeiros relativamente à enfermagem baseada na evidência, procurando deste modo contribuir para a construção de um suporte estrutural que permita uma definição de intervenções personalizadas e dirigidas a contextos específicos, visando a promoção de uma PBE entre os enfermeiros.

São múltiplas as referências às barreiras e atitudes relativamente à PBE que encontramos na literatura, quer nos profissionais de saúde de um modo alargado, quer no que se refere aos enfermeiros em particular (Chau, Lopez & Thompson, 2008; Kajermo, Undén, Gardulf, Eriksson, Orton, Arnetz & Nordström, 2008; Mehrdad, Salsali & Kazemnejad, 2008; Brown, Ecoff, Kim, Wickline, Rose, Klimpel & Glaser, 2010; Chien, 2010; Kocaman, Seren, Lash, Kurt, Bengu & Yurumezoglu, 2010; Breimaier, Halfens & Lohrmann, 2011; Majid, Foo, Luyt, Zhang, Theng, Chang & Mokhtar, 2011; Moreno-Casbas, Fuentelsaz-Gallego, Miguel, González-María & Clarke, 2011; Solomons & Spross, 2011). Muitos também procuraram avaliar os conhecimentos, capacidades e competências no âmbito de uma EBE (Hart, Eaton, Buckner, Morrow, Barrett, Fraser... Sharrer, 2008; Brown, Wickline, Ecoff & Glaser, 2009; Mills, Field & Cant, 2009; Breimaier, Halfens & Lohrmann, 2011; Majid et al., 2011; Dalheim, Harthug, Nilsen & Nortvedt, 2012). Em ambos os casos, estas dimensões são descritas enquanto vetores fundamentais de uma efetiva incorporação de evidências nos contextos da prática clínica. Também ao nível da formação e ensino da PBE encontramos trabalhos de diversos autores (Fineout-Overholt & Johnston, 2005, 2006; Kitson, Rycroft-Malone, Harvey,

McCormack, Seers & Titchen, 2008; Cheater, Baker, Gillies, Hearnshaw, Flottorp, Robertson...Oxman, 2009; Munten, van den Bogaard, Cox, Garretsen & Bongers, 2010; Young, Rohwer, Volmink & Clarke, 2014) que nos levam a sinalizar a importância destes processos enquanto catalisadores e mobilizadores dos profissionais para a PBE, nomeadamente dotando-os de recursos que os capacitem para responder a questões clínicas com base nos resultados das evidências criteriosamente selecionadas, sujeitas posteriormente a revisão crítica. Em suma, reconhece-se que ainda é grande a distância entre a produção do conhecimento e a posterior implementação de intervenções baseadas nas melhores evidências disponíveis (DiCenso, 2003; Grol & Grimshaw, 2003; Eastabrooks, Winther & Derksen, 2004; Fineout-Overholt, & Johnston, 2006; Boström, Ehrenberg, Gustavsson & Wallin, 2009; Squires, Hutchinson, Böstrom, O'Rourke, Cobban & Estabrooks, 2011b; Melnyk, Ford, Troseth & Wyngarden, 2014) e esta é uma realidade com que os profissionais se confrontam em permanência, de cariz complexo e com diversas etiologias, envolvendo vários níveis de decisão, espectros de intervenção e componentes que percorrem um gradiente que oscila entre uma dimensão estritamente individual até uma dimensão mais vasta de âmbito organizacional (Kitson et al., 2008; Lundmark, 2008; Kaplan, Zeller, Damitio, Culbert & Bayley, 2014; Melnyk, Ford, Troseth & Wyngarden; 2014).

Operativamente, o percurso a que anteriormente aludimos iniciou-se com um estudo de carácter exploratório intitulado «Barreiras à prática de enfermagem baseada em evidência no contexto comunitário: Um estudo de caso numa ULS do norte de Portugal», dinamizado no âmbito específico da atribuição, pela Secção Regional do Norte da Ordem dos Enfermeiros, da Bolsa de Investigação “Enfermeira Maria Aurora Bessa” em 2010. Este trabalho possibilitou-nos um primeiro contacto com esta área de estudo, permitindo perceber o interesse potencial que uma análise mais aprofundada da temática poderia aportar com vista à promoção da PBE entre os enfermeiros.

Posteriormente elaborámos uma revisão integrativa da literatura para sinalizar tendências a nível internacional relativamente às atitudes, barreiras e práticas dos enfermeiros face à EBE de um modo geral e à utilização da investigação no contexto das práticas em concreto. Paralelamente a este trabalho sistematizado de revisão desenvolveram-se sequencialmente dois estudos metodológicos que

pretenderam aferir as propriedades psicométricas de instrumentos de medida, permitindo posteriormente a sua disponibilização e utilização no âmbito dos estudos empíricos subsequentes. Destes estudos metodológicos emergiram dois instrumentos cuja adaptação e validade linguística e cultural para a realidade portuguesa foi demonstrada empiricamente. A realização destes estudos metodológicos impôs-se porquanto era manifestamente insuficiente o número de instrumentos previamente disponíveis para utilização no contexto português. Adicionalmente, só um uso combinado destes nos permitiria aceder à informação que pretendíamos de modo a explorar com maior profundidade e abrangência realidades tão diversas e multifacetadas.

Finalmente realizámos dois estudos empíricos que no seu conjunto adotam a designação genérica de «Estudo principal». O primeiro de desenho observacional, transversal e descritivo-correlacional que procurou avaliar numa amostra de enfermeiros um conjunto de atitudes, barreiras e conhecimentos, competências, capacidades e práticas relativamente à PBE. O segundo, na sequência e em complementaridade ao primeiro, baseado num desenho do tipo *quasi*-experimental em que se pretendeu avaliar o impacto de um programa formativo intensivo de curta duração centrado na temática da prática de enfermagem baseada na evidência.

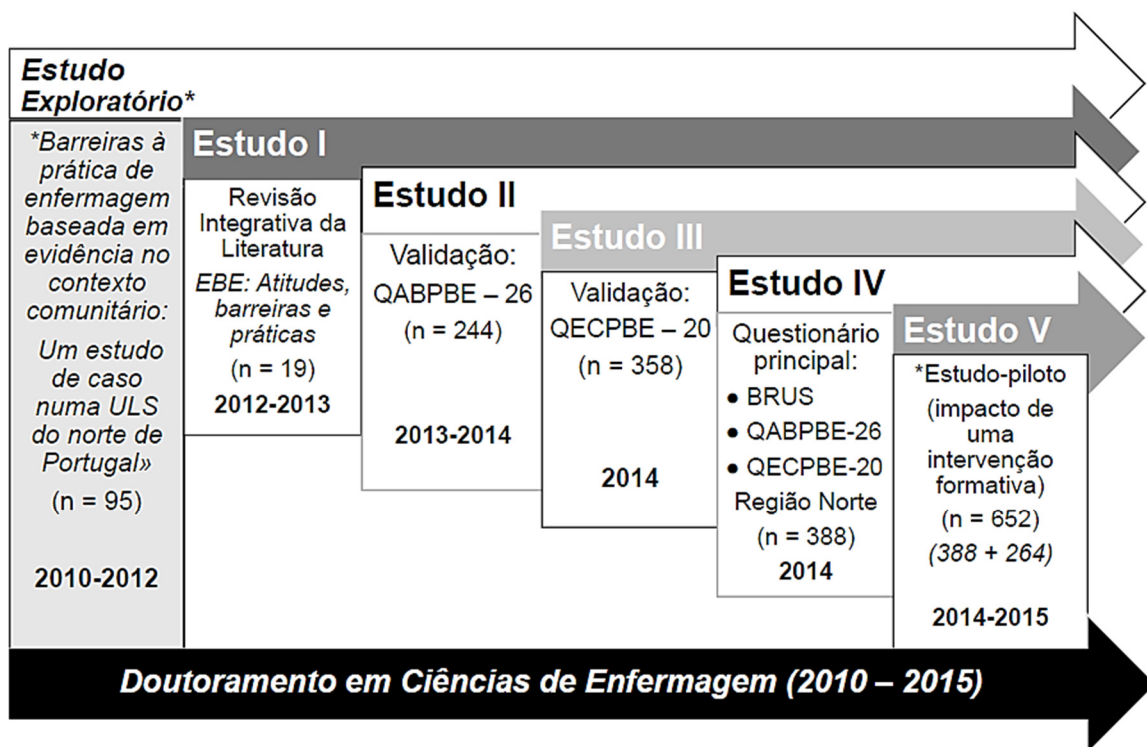


Figura 1 – Desenho geral da investigação



Em síntese, desenhámos um percurso de investigação que integrou, para além do estudo exploratório referido, um total de cinco estudos sequenciais, tal como representado esquematicamente na figura anterior (figura 1).

Relativamente à estruturação e redação da presente tese foram portanto considerados um total de seis capítulos. Em conformidade propomo-nos a sintetizar os aspetos mais relevantes que compõem no seu conjunto, o corpo desta dissertação.

Considerando os dois primeiros capítulos que a integram, estes procuraram enquadrar a problemática em estudo. No capítulo I, designado «Enquadramento conceptual e estado da arte», centrámo-nos num conjunto de termos e conceitos associados à PBE e à EBE e isto na perspetiva do exercício profissional dos enfermeiros. Por essa razão analisámos concomitantemente um conjunto diverso de recomendações institucionais à incorporação de evidências na prática clínica. No capítulo II intitulado «Atitudes, barreiras e práticas em relação à enfermagem baseada na evidência: revisão integrativa da literatura» procurámos com base numa metodologia sistemática, compilar diversos estudos relativamente a esta temática com a intenção de: sinalizar tendências a este nível, identificar os diversos instrumentos de medição utilizados e sistematizar um conjunto de resultados obtidos que nos possibilitassem posteriormente a disponibilização de diversos termos de comparação e análise.

Já no que concerne ao capítulo III, «Percurso de investigação empírica», após nota introdutória de contextualização e enquadramento da investigação, apresentamos de um modo sequencial os objetivos e questões de investigação, os participantes no estudo principal, os instrumentos de recolha de dados por nós selecionados e utilizados, os procedimentos adotados, as considerações éticas inerentes e ainda o tratamento e apresentação dos dados obtidos. A este propósito, destacamos as particularidades da população em estudo, concretamente, enfermeiros com responsabilidades institucionais distintas, quer ao nível hierárquico, quer ao nível da dinamização de diversos programas de melhoria contínua da qualidade dos cuidados, abrangendo diversas organizações hospitalares e unidades integradas em estruturas de cuidados de saúde primários da região norte de Portugal.

No capítulo IV intitulado «Estudos metodológicos», apresentamos uma versão síntese de ambos os estudos realizados com base em dois artigos publicados. Neste descrevemos sumariamente os processos metodológicos de validação linguística e adaptação cultural para a realidade nacional incluindo a avaliação das respetivas propriedades psicométricas.

O capítulo V que designámos por «Estudo principal» constitui-se a par do capítulo VI «Discussão, implicações e limitações» como o *core* desta tese e no qual se procura dar resposta à pergunta de investigação que norteou a sua estruturação. Em concreto e no primeiro destes capítulos, são reportados os resultados obtidos a dois níveis. Relativamente ao “Estudo I – Atitudes, barreiras e práticas”, procedemos à caracterização dos participantes e do acesso / utilização da informação para suportar a prática profissional. Posteriormente apresentamos as descrições e inferências relativas às atitudes, barreiras e práticas, incluindo a respetiva análise correlacional. No que concerne ao “Estudo II – Avaliação do impacto de uma intervenção formativa”, contextualizamos o respetivo âmbito e enquadramento, as questões metodológicas consideradas, os procedimentos adotados e os principais resultados obtidos. No capítulo VI procede-se à discussão e análise dos principais resultados equacionando-se as implicações predominantes que resultam das evidências obtidas dos estudos realizados, procurando apresentar algumas estratégias e dinâmicas que promovam uma mais significativa disseminação e incorporação de evidências na prática. Este último capítulo é finalizado com a disposição das limitações e principais constrangimentos ao desenvolvimento da investigação.

Finalmente, em sede de conclusão, sistematizam-se as principais ideias decorrentes do percurso dinamizado, equacionando um conjunto de considerações de ordem diversa, nomeadamente refletindo sobre questões de carácter individual e ou organizacional, relacionadas com a prática clínica e a gestão dos cuidados de enfermagem e ainda com as políticas e intervenções educativas e formativas no contexto da PBE. Ainda no contexto destas considerações finais, interpretando este percurso enquanto um meio e não um fim em si mesmo e reconhecendo-o sobretudo como um ponto de partida, ponderam-se um conjunto de desafios futuros no âmbito de uma EBE quer no que se relaciona com os profissionais de um modo estrito, quer no que concerne ao desenvolvimento da profissão de um modo mais

alargado e transversal, envolvendo domínios diversos como os da regulação profissional, da gestão, e ainda da conceção e prática dos cuidados.

Complementarmente são enunciadas as referências bibliográficas que suportaram a dissertação. É igualmente disponibilizado um conjunto de anexos que integram o percurso de investigação nos quais se ilustram diversos aspetos formais do mesmo, nomeadamente as necessárias autorizações e pareceres, os instrumentos aplicados e sobretudo a versão integral dos artigos originais publicados em consequência da produção científica decorrente do programa de doutoramento.

Por último, sublinhamos que este trabalho dada a sua natureza, não procura construir modelos preditores e ou explicativos das atitudes, barreiras e práticas relativamente à EBE. Tão pouco é nossa intenção apresentar um programa formativo que pretenda *per si*, colmatar a este nível lacunas várias, estruturais e ou conjunturais. Considerando a escassa produção científica existente relativamente a esta temática no nosso país, assumimos as limitações inerentes a este percurso, inclusivamente as insuficiências metodológicas, no entanto, com base nas abordagens e pedidos de utilização dos instrumentos por nós validados e na solicitação da nossa colaboração ao nível da formação e treino no domínio da PBE junto dos profissionais, estamos convictos de que este “primeiro olhar” poderá desencadear uma produção científica mais aprofundada e detalhada, centrada em intervenções concretas e em contextos bem definidos que promovam a excelência do cuidar em enfermagem.



## CAPÍTULO I – ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL E ESTADO DA ARTE

### 1. ENFERMAGEM BASEADA NA EVIDÊNCIA: TERMOS E CONCEITOS

Quando se procura conhecer a génese de uma enfermagem baseada em evidências, deparamo-nos com a figura incontornável de Florence Nightingale. Na realidade, como afirma McDonald (2013) à capacidade de organizar o pensamento de um modo sistemático, Florence associava a sua “paixão pela estatística” e deixou um vasto legado onde se demonstra verdadeiramente através de um conjunto de exemplos válidos, percorrendo um espectro vasto e transversal, o seu determinante papel naquilo que contemporaneamente se poderia designar a origem de uma EBE (McDonald, 2013). Desse legado, registam-se como exemplos a recolha sistematizada de dados, o estudo diferenciado da mortalidade entre subgrupos populacionais, os cuidados prestados por enfermeiros com treino específico e / ou sem formação, a investigação da mortalidade excessiva após o parto efetuado em contexto hospitalar e finalmente, enquanto pioneira e visionária, pela defesa do recurso às evidências enquanto vetor estruturante na determinação de políticas de saúde. Desta última dimensão é paradigmático o seguinte excerto que decorre da manifestação de desagrado por parte de Florence Nightingale no que ela entendia ser a não utilização de dados fiáveis para apoio à tomada de decisão por parte dos gabinetes ministeriais “(...) *We do not want a great arithmetical law; we want to know what we are doing in things which must be tested by results*” (McDonald, 2013, p.69).

Pese embora este importante legado histórico que nos ajuda a enquadrar o conceito de EBE, a realidade contemporânea impõe um olhar sistematizado e organizado sobre um conjunto de dimensões que possibilitam elencar de um modo padronizado conceitos e termos que são nucleares no que se refere à presente tese, ainda que este olhar nos possa remeter no imediato para uma perspetiva escolástica que, no contexto de uma formação avançada e da redação de um relatório de investigação, se poderá classificar de redundante ou até redutora porquanto procura delimitar num só capítulo matéria que daria para muitos volumes de literatura. Paralelamente, dir-se-ia que na realidade atual falar de enfermagem baseada na evidência é algo assimilado por todos os atores envolvidos, sendo

portanto desnecessário precisar o contexto e o referencial que norteia o presente relatório. No entanto e neste âmbito, assumimos e revemo-nos naquilo que afirmam Craig e Smyth:

“«Baseado na evidência» é um dos mais usados e, talvez, o menos compreendido adjectivo dos cuidados de saúde de hoje. (...) termos como «prática baseada em evidência» estão a tornar-se cada vez mais generalizados (...). Os enfermeiros, o maior grupo profissional que presta cuidados de saúde, têm estado na vanguarda ao reconhecer a necessidade de identificar, avaliar e aplicar a melhor evidência na sua prática clínica” (2004, p. XIV).

Da citação anterior decorrem duas ideias dominantes, o uso indistinto e pouco criterioso da adjectivação em apreço, mas também, a conduta dita “vanguardista” dos enfermeiros acerca esta realidade. Relativamente a esta última vertente, por apresentar uma intrincada relação com o objeto de estudo, debruçar-nos-emos sobre ela posteriormente, mas desde já importa clarificar o que está subjacente a esta tão disseminada expressão “baseado na evidência”. A este respeito e numa perspectiva semântica, afigura-se como particularmente esclarecedora a observação gizada pela Professora Nídia Salgueiro em sede da «nota da tradutora» da obra: *Fundamentos e etapas do processo de investigação* (Fortin, 2009), nomeadamente quando se refere aos capítulos dedicados à difusão dos resultados e transferência do conhecimento bem como à tomada de decisão sobre dados probantes. Nesta nota, somos brindados com a seguinte observação:

“O conceito de decisão fundada sobre os dados probantes, talvez gere alguma controvérsia e soe mal aos nossos ouvidos, habituados ao termo inglês «evidência». Foram-me sugeridas outras soluções, como «decisão fundada sobre a prova dos factos», «baseado na prova empírica» (...). No primeiro impacto, o termo probante ou provante desencadeia rejeição, depois de se explicar que ele existe na língua portuguesa (...) as pessoas põe em dúvida se devem ser usados outros termos” (2009, p. XXVIII).

Não enveredando pelo complexo mundo dos falsos cognatos bem como em análises substantivas em redor de aspetos semânticos ou linguísticos, a realidade é que muitas das vezes, a utilização da expressão «baseado na evidência» não decorre de forma objetiva, clara e assertiva mas sim porque «soa bem» e sobretudo porque está em voga no léxico profissional, constituindo-se por vezes como um útil chavão que disfarça análises e apreciações que de «probante» nada têm. Situamo-nos portanto numa subsequente exploração mais acentuada do termo chave do

conceito: «evidências» e como se poderá equacionar a sua leitura e utilização no que concerne à enfermagem.

Na procura de uma definição clássica, ainda que recusando respostas simples a questões complexas, optamos pela que nos propõe Lomas, Culyer, McCutcheon, McAuley & Law (2005) ao afirmarem que falar em «evidência» é referir-nos a factos do presente que apoiam determinadas conclusões. Green e Glasgow (2006) ao analisarem as diversas fontes de evidência referem que estas provêm de múltiplas origens, nomeadamente da evidência a partir da comunidade ou de base populacional, evidência que decorre de investigação etiológica, evidência resultante de estudos de eficácia e ainda o uso da teoria para preencher lacunas de conhecimento. Para estes autores, o relacionamento entre estes tipos de evidência, promove uma complementaridade mútua.

O conceito de evidência advém frequentemente das noções de corroboração e plausibilidade decorrentes de achados empíricos, no entanto, ao considerar a EBE, verifica-se uma determinada controvérsia quando se procura determinar o que constitui efetivamente evidência (Scott & McSherry, 2008). No caso específico da enfermagem, esta questão assume-se como particularmente sensível dado que na prática profissional dos enfermeiros, muitos dos aspetos associados ao cuidar são fortemente individualizados e de difícil avaliação em sede de ensaios clínicos aleatorizados e ou meta-análises. Acresce que muita da investigação produzida nesta disciplina do conhecimento é desenvolvida no âmbito de um paradigma qualitativo.

A este propósito, a seguinte transcrição afigura-se como particularmente acutilante ao equacionar que:

“(...) o saber em enfermagem permite dar respostas a uma prática e ao mesmo tempo estrutura-se nessa prática, através de tomadas de decisão clínica, em contexto de grande complexidade, variabilidade, imprevisibilidade e incerteza, só concretizável na mediação de processos reflexivos em ação, onde as evidências científicas são essenciais e resultantes de uma sólida formação científica de base, que se harmonizam com a «arte» - intuição, estética, ética, conhecimento processual e tácito, compreensão do ambiente e experiência no fazer.” (Queirós & Barbieri-Figueiredo, p. 16, 2015).

Esta realidade que à luz de uma visão positivista se poderia constituir como uma fragilidade do conhecimento gerado em enfermagem e da conseqüente limitação

na demonstração de evidências de elevada qualidade poder-se-á traduzir afinal numa significativa mais-valia, tal como advogam Roque, Bugalho e Vaz Carneiro (2007, p.22) ao referirem-se à elaboração de normas de orientação clínica (NOC): “Não se devem esquecer as fontes qualitativas, que fornecem evidência de grande valia não encontrada nas procedências tradicionais”. Estes autores concretizam clarificando que:

“A pesquisa em bases de dados qualitativos permite introduzir a perspectiva da vivência e interpretação da saúde e doença das populações, ou seja, a representação dum tipo de informação, por vezes não contemplado nas NOC tradicionais. (...) Com a inclusão deste tipo de estudos na elaboração de NOC, pretende-se alcançar uma complementaridade de conhecimentos, com a aproximação entre evidência científica e prática clínica” (2007, pp. 38-39).

Esta leitura é igualmente corroborada por outros autores que concluem assertivamente que a investigação qualitativa pode informar a prática clínica, ao ser capaz de examinar as questões que não podem ser respondidas usando métodos experimentais. Nessa medida, a combinação de métodos quantitativos e qualitativos aumenta grandemente a capacidade de produzir evidência clínica aplicável (Livta & Jacoby, 2004). Numa perspetiva ainda mais alargada e de base comunitária, Loureiro e Miranda (2010) postulam uma maior obtenção de êxito na tradução do conhecimento em práticas ao advogarem a participação de doentes, famílias e comunidades, bem como dos profissionais e prestadores de cuidados. Para estes autores isto sucede porque ao serem relevantes para a sua realidade, aumenta-se a possibilidade de converter resultados da investigação em ação. Também o Instituto Joanna Briggs (2014), centro de referência na área dos cuidados de saúde baseados na evidência, comprometeu-se com a utilização de todos os tipos de evidência desde que sujeitos a rigorosa apreciação crítica, subscrevendo igualmente a ideia de que a combinação de paradigmas se pode revestir de utilidade, traduzindo-se nas melhores práticas. É ainda de destacar o contributo dado por Rycroft-Malone e colaboradores (2004) ao sugerirem que para uma aplicação de uma EBE os profissionais deverão desenhar e integrar múltiplas fontes de conhecimento desde que informado por uma série de bases de evidências sujeitas a escrutínio público e análise crítica. Neste caso e para além dos resultados oriundos da investigação, considerar-se-iam três fontes adicionais de suporte baseado na evidência: a experiência clínica, as características dos clientes /



pacientes incluindo as diversas áreas de atenção / responsabilidade profissional e ainda o contexto e ambiente do exercício.

Face ao disposto anteriormente e considerando a massiva quantidade de literatura disponível associada aos conceitos de «baseado na evidência», nomeadamente e entre outros da «prática», da «enfermagem» e da «medicina», constata-se uma generalizada falta de confluência do que poderá então ser entendido como uma EBE e a subjacente dificuldade em aplicar evidências em contexto da prática. Para isso, partimos da análise de um artigo de revisão elaborado por Scott e McSherry (2008). Neste seleccionaram-se 83 de um total inicial de 496 artigos, tendo sido categorizados conceitos chave após um processo aprofundado de apreciação crítica. Verifica-se que a literatura perspetiva convergências face ao conceito de enfermagem baseada na evidência e que este para ocorrer, requer um entendimento por parte dos enfermeiros sobre o seu significado, o que é e o que se constitui como uma evidência científica, como se diferencia este conceito de outros sobreponíveis, nomeadamente da PBE e finalmente qual o processo a adotar para aplicar as evidências disponíveis. Para uma melhor apreciação, atente-se ao quadro apresentado na folha seguinte, no qual se elencam os conceitos analisados.



**Quadro 1 – Conceitos de enfermagem e prática baseada na evidência: Análise de constructos**

Definição	PBE / EBE	Autor(es) / Ano	Elementos presentes*										
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
A combinação da perícia individual, clínica ou profissional com a melhor evidência externa de modo a conduzir a práticas que com maior probabilidade conduzirão a resultados positivos para o cliente ou paciente.	PBE	Joanna Briggs Institute (2004)				X				X			
Envolve a aplicação da melhor evidência disponível, frequentemente decorrente dos resultados da investigação, para o contexto clínico assegurando as melhores práticas.	PBE	Grimmer et al. (2004)	X		X	X							
A integração da melhor evidência disponível, perícia em enfermagem e os valores e preferências dos indivíduos, famílias e comunidades que são alvo de cuidados.	EBE	Sigma Theta tau (2004)	X	X	X	X	X			X	X	X	
Um processo concebido como forma de evitar vieses decorrentes de tomadas de decisão uniformizadas, através da orientação dos enfermeiros relativamente às melhores evidências.	EBE	Thompson (2003)			X	X			X		X		X
Incorporação da teoria, tomada de decisão clínica e juízo crítico sobre o conhecimento oriundo da investigação para aplicar a melhor, mais efetiva e útil evidência em aspetos específicos da prática.	PBE	Windell (2003)			X	X			X	X	X		
O uso consciente, explícito e criterioso decorrente da teoria e da informação baseada na investigação na tomada de decisão sobre sistemas de prestação de cuidados, tendo em consideração as preferências e necessidades internas e externas dos consumidores.	EBE	Ingersoll (2000)		X	X				X	X	X	X	X
A integração da melhor evidência disponível resultante da investigação de acordo com as preferências dos pacientes, o nível de experiência clínica e os recursos disponíveis para tomar decisões em relação aos cuidados.	PBE	Ciliska et al. (2001)			X	X			X	X		X	
O processo de tomada de decisão clínica, baseada na mais relevante e válida informação disponível no momento presente.	PBE	Pearson (2001)				X			X				X
O processo pelo qual os enfermeiros tomam decisões clínicas utilizando a melhor evidência disponibilizada pela investigação, a sua perícia clínica e as preferências do paciente.	EBE	Di Censo et al. (1998)				X			X			X	X
Um processo, que abrange o uso da melhor evidência disponível em paralelo com a experiência clínica e a perspetiva dos pacientes, para planear os cuidados, bem como avaliar o desempenho através de um processo de autorreflexão ou avaliação por pares.	EBE	Flemming (1998)			X	X	X			X		X	X
A incorporação de evidências da investigação, experiência clínica e as preferências do paciente nas decisões sobre a saúde dos indivíduos.	EBE	Mulhall (1998)	X	X	X					X		X	X
Uma abordagem ao processo de tomada de decisão no qual o pessoal clínico usa a melhor evidência disponível, para decidir com o paciente a opção que melhor se adapta ao indivíduo.	PBE	Muir-Gray (1997)				X			X			X	
Método de resolver problemas envolvendo a identificação de um problema clínica, pesquisando a literatura, avaliando a evidência proveniente da investigação e decidindo sobre a melhor intervenção.	PBE	White (1997)	X	X	X			X		X			

\*1 = Identificação da investigação; 2 = Avaliação da investigação; 3 = Aplicar a investigação na prática; 4 = Melhor evidência; 5 = Avaliação dos cuidados; 6 = Resolução de problemas; 7 = Tomada de decisão; 8 = Uso de experiência clínica / profissional; 9 = Orientado pela teoria; 10 = Envolvimento do paciente; 11 = Processo.

Adaptado de Scott e McSherry, (2008)



Da leitura do quadro anterior, decorrem uma série de conclusões que seguidamente elencamos. Desde logo a dificuldade em dissociar e diferenciar de um modo total dois conceitos que apresentam sobreposições e complementaridades várias. Paralelamente, a diversidade de elementos que os constituem, inibindo a adoção de um conceito unificador que possa ser alvo de utilização exclusiva na presente investigação. É com fundamento nesta última apreciação que no decurso desta tese se utilizarão os termos que, a cada momento e em cada contexto, julgamos serem os mais adequados, inclusivamente numa perspetiva de compromisso e que designaremos de prática de enfermagem baseada na evidência (PEBE). Por outro lado observaram-se ainda consensos em relação aos diversos elementos identificados e que, por valor de concordância analisado se apresentam na sequência seguinte de acordo com o gradiente de frequência (N = 13): Melhor evidência (n = 10); Aplicar a investigação na prática (n = 9); Uso de experiência clínica / profissional (n = 8); Envolvimento do paciente (n = 6); Processo (n = 6); Tomada de decisão (n = 6); Identificação da investigação (n = 4); Avaliação da investigação (n = 4); Orientado pela teoria (n = 4); Avaliação dos cuidados (n = 2); Resolução de problemas (n = 1).

Decorrente da apreciação anterior, afigura-se como útil e justificado um maior aprofundamento sobre o conceito associado de decisão baseada na evidência, nomeadamente tendo em conta a sua centralidade. Na realidade a metodologia associada à PEBE mais não procura do que apoiar e suportar tomadas de decisão clínica, não se substituindo ao julgamento profissional que a cada momento e em cada situação os enfermeiros são desafiados a fazer. Face ao exposto é de enfatizar que, apesar da sua indubitável relevância, uma PEBE tem como princípio fundamental que a procura de evidência isoladamente, nunca assegura uma tomada de decisão clínica. Os profissionais deverão ponderar sempre os riscos e benefícios, os inconvenientes e os custos associados, as estratégias alternativas de intervenção e, por essa via, considerar também os valores das pessoas (DiCenso, Guyatt & Ciliska, 2005).

Nesta linha, assumimos que não é nosso propósito analisar detalhadamente o enquadramento associado aos processos de tomada de decisão até porque esta é uma área particularmente complexa e distinta, alvo de estudo aprofundado e

meritório quer em Portugal (Jesus, 2006; Vaz Carneiro, 2009; Silva, 2011), quer por parte de diversos autores ao nível internacional (Benner, 1984; Carnevali & Thomas, 1993; Bandman & Bandman, 1995; Fonteyn, 1998; Thompson, Cullum, McCaughan, Sheldon & Raynor, 2004; Higgs, Jones, Loftus & Christensen, 2008). Julgamos no entanto, ser importante clarificar a ideia de que não se verifica uma linearidade entre a demonstração da prova e a prática clínica, porquanto esta é mediada por exigentes processos de raciocínio clínico que deverão revestir-se de tomadas de decisão adequadas a cada situação concreta. Paralelamente é importante clarificar que partimos de uma visão sobre decisão em saúde estruturada a três níveis distintos, nomeadamente o da prática clínica, o da gestão e administração e o da decisão política (Vaz Carneiro, 2009).

Deste modo, segundo Thompson e Learmonth (2002) ao equacionarmos um processo de tomada de decisão baseada na evidência encontramos quatro pilares fundamentais, cuja representação é esquematizada na figura seguinte.



**Figura 2 – Pilares de suporte à tomada de decisão baseada na evidência**

*Adaptado de Thompson e Learmonth (2002)*

É de salientar que estes pilares vão ao encontro da larga maioria dos constructos anteriormente analisados em sede dos conceitos de EBE e PBE, no entanto, a sua representação torna-se particularmente útil para permitir uma visualização

esquemática da complexidade inerente aos processos de tomada de decisão baseados na evidência. Paralelamente e em rigor, a nomenclatura subjacente reporta-nos não apenas para uma única tipologia de tomada de decisão, mas para um leque abrangente de classificações (quadro 2) que sumariamente podem ser designadas pelos seguintes tipos de decisão (Thompson et al., 2004): Intervenção / efetividade; Dirigida; Preventiva; Temporal; Referenciação; Comunicativa; Organizacional, prestadora e de gestão; Avaliativa; Diagnóstica; Procura de informação; Experiencial, compreensiva ou hermenêutica.

**Quadro 2 – Síntese das tipologias de decisão clínica**

<b>Tipos de decisão clínica</b>
<b>Intervenção / efetividade</b> (Decisões que envolvem escolher entre intervenções)
<b>Dirigida</b> (Subcategoria de “Intervenção / efetividade”, decidindo sobre qual o paciente que mais beneficiará da intervenção)
<b>Preventiva</b> (Decidindo qual a intervenção que com maior probabilidade prevenirá a ocorrência de um determinado resultado ou estado particular de saúde)
<b>Temporal</b> (Escolhendo o momento mais adequado para implementar a intervenção)
<b>Referenciação</b> (Decidindo a quem o paciente deverá ser referenciado em função de uma determinada intervenção e ou diagnóstico)
<b>Comunicativa</b> (Escolhendo sobre diferentes formas de recolher e prestar informação por parte das pessoas, famílias ou colegas. Muitas vezes estas decisões são especificamente relacionadas com a comunicação dos riscos e benefícios de diferentes intervenções)
<b>Organizacional, prestadora e de gestão</b> (Este tipo de intervenções concernem à configuração e ao processo inerente à prestação de cuidados)
<b>Avaliativa</b> (Decidindo que uma determinada avaliação é necessária ou ainda de que modo uma avaliação poderá ser usada)
<b>Diagnóstica</b> (Classificando sinais e sintomas como a base para a gestão estratégica dos cuidados)
<b>Procura de informação</b> (A escolha de procurar [ou não] informação adicional antes de tomar qualquer decisão clínica adicional)
<b>Experiencial, compreensiva ou hermenêutica</b> (Relacionada com a interpretação dos dados no complexo processo de cuidar)

*Adaptado de Thompson et al. (2004, p. 69)*

Classicamente, as etapas que constituem o processo metodológico subjacente à EBE / PBE podem configurar-se de variados modos (Simpson, 2004; Holleman,

Eliens, van Vliet, & van Achterberg, 2006; Parahoo, 2006). Encontramos em Thompson e colaboradores (2004) um modelo que nos tem acompanhado no nosso percurso de investigação e que foi alvo de utilização no trabalho empírico que abordaremos numa fase posterior. Por essa razão, é apresentado neste contexto como um referencial em termos das etapas constituintes do processo inerente à PBE:

- a) Definição de uma questão clinicamente significativa em resposta a uma necessidade de informação reconhecida.
- b) Procurar as evidências mais apropriadas.
- c) Apreçar criticamente as evidências selecionadas.
- d) Incorporar as evidências numa estratégia de ação e intervenção.
- e) Avaliar os efeitos de quaisquer ações e decisões tomadas.

Mais recentemente, Melnyk e colaboradores (2010) avançam com um modelo de sete etapas que aporta um elemento original e que a todos interpela. Para estes autores, poderemos admitir *a priori* uma «etapa zero» que passará por, de um modo permanente e contínuo, alimentar um espírito de questionamento face às práticas, naquilo que se considera ser um precursor obrigatório das etapas subsequentes.

Em síntese, apesar das dificuldades inerentes ao constructo de enfermagem baseada na evidência, parecem claras e objetivas as bases em que o mesmo assenta por parte da comunidade científica, académica e profissional. No ponto seguinte, em que abordaremos um conjunto de recomendações, tomadas de posição e disposições face à centralidade de se basear sistematicamente a prática clínica em evidências, continuaremos a analisar o que diversos autores e organizações preconizam a este respeito e ainda afloraremos conceitos associados e emergentes como o de cuidados de saúde baseados na evidência que são entendidos enquanto promotores de qualidade, equidade e custo eficaz no contexto dos serviços de saúde (Vaz Carneiro, 2009).



## 2. RECOMENDAÇÕES INSTITUCIONAIS E INTEGRAÇÃO DE EVIDÊNCIAS NA PRÁTICA CLÍNICA

Neste ponto, procuramos sobretudo recapitular um conjunto de recomendações que advogam a pertinência de basear a prestação de cuidados na melhor evidência, tendo como critérios subjacentes a relevância das entidades que as emitem, quer de cariz nacional, quer internacional e ainda o contexto em que surgem, atendendo a um planeamento da saúde estratégico, tático e ou operacional. Complementarmente, equacionaremos ainda o enquadramento e a integração das evidências na prática clínica, abordando as respetivas implicações e benefícios.

Ao nível português, a Ordem dos Enfermeiros (OE) surge inerentemente como entidade de referência porquanto regula o exercício profissional no nosso país, tendo como maior desiderato a promoção de cuidados de enfermagem seguros e de elevada qualidade aos cidadãos, famílias e comunidades (OE, 2012a). Nesse âmbito, em diversos contextos, momentos e órgãos, a OE explicitou e advogou uma prática profissional alicerçada nas melhores evidências científicas. Disso mesmo são exemplos significativos os que seguidamente se elencam. No contexto de «Tomada de Posição» relativamente à segurança do cliente (OE, 2006), reconhece-se que “uma prática baseada em evidência constitui um pré-requisito para a excelência e a segurança dos cuidados, assim como para a optimização de resultados de enfermagem”. Também o documento «Recomendações para a elaboração de guias orientadores da boa prática de cuidados» (OE, 2007) preconiza que as futuras “recomendações (...) devem ser elaboradas tendo em conta a evidência científica disponível”.

Mais recentemente, aquando da republicação das competências do enfermeiro de cuidados gerais (OE, 2012b) concretamente na abordagem ao domínio de competências no âmbito da «Prestação e gestão de cuidados», refere-se que a atuação do enfermeiro deverá ser “(...) fundamentada, mobilizando e aplicando os conhecimentos e técnicas adequadas, procurando realizar as melhores práticas assentes em resultados de investigação e outras evidências” (2012b, pp. 15-16). Para tanto, será considerado como «critério de competência» que o enfermeiro

“incorpora, na prática, os resultados da investigação válidos e relevantes, assim como outras evidências” (2012b, p. 16).

Por último, no que concerne às «Competências Comuns do Enfermeiro Especialista», no respetivo regulamento aprovado pela OE (2010), verifica-se que a unidade de competência «Suporta a prática clínica na investigação e no conhecimento, na área da especialidade» integra como critério de avaliação, de entre outros, que o enfermeiro “interpreta, organiza e divulga dados provenientes da evidência que contribuam para o conhecimento e desenvolvimento da enfermagem” (2010, p. 10). Ainda neste regulamento, no que se relaciona com a unidade de competência «Avalia a qualidade dos cuidados de enfermagem nas vertentes de Estrutura, Processo e Resultado» é esperado que os enfermeiros especialistas demonstrem ter competências para acederem “(...) à evidência científica e às normas necessárias para a avaliação da qualidade” (2010, p. 6).

Relativamente às orientações internacionais a este respeito, o Conselho Internacional dos Enfermeiros (CIE) em 2012 dedicou a temática comemorativa do Dia Internacional do Enfermeiro ao tema «Combater a Desigualdade: Da Evidência à Ação», culminando esta efeméride na publicação de um documento com título análogo. Nessa tomada de posição pública (CIE, 2012), exortam-se os enfermeiros de todo o mundo a defenderem esta causa, compreendendo a prática baseada na evidência, procurando fontes de evidência e avançando da evidência à ação. Em concreto, para além de outros aspetos a serem abordados posteriormente, o CIE sinaliza que:

“(...) o aumento da informação disponível pode significar que ao invés de tornar a procura de evidência mais fácil esta torna-se esmagadora. Hoje, mais que nunca, os enfermeiros precisam de aprender não apenas como adquirir evidência, mas também como utilizar esse conhecimento no seu dia-a-dia. Nem toda a evidência é robusta e confiável. Os enfermeiros precisam de aprender a identificar a melhor evidência disponível, considerando as necessidades e preferências dos utilizadores dos serviços de saúde, utilizando a sua própria experiência, competências e juízo clínico quanto à viabilidade da sua utilização no contexto local” (2012, p. 5)

Do processo anteriormente mencionado e que corresponde ao encadeado teórico já elencado, reforça-se que para o CIE, que persegue como objetivo a promoção e o apoio à PBE, os enfermeiros deverão assumir na sua prática, uma abordagem baseada em evidências. Ao efetuá-lo, reconhecem a necessidade de mudar

algumas práticas, e demonstram que utilizam boa informação para basear as suas decisões (CIE, 2012). Complementarmente é de salientar a forma como o CIE analisa esta questão e alerta os profissionais para os obstáculos inerentes ao processo, antevendo diversas dificuldades para as quais sensibiliza os enfermeiros. De entre estes obstáculos são particularmente destacados a questão da transferência do conhecimento em geral e a tão familiar resistência à mudança em particular. A este último propósito, recorremos a nova citação:

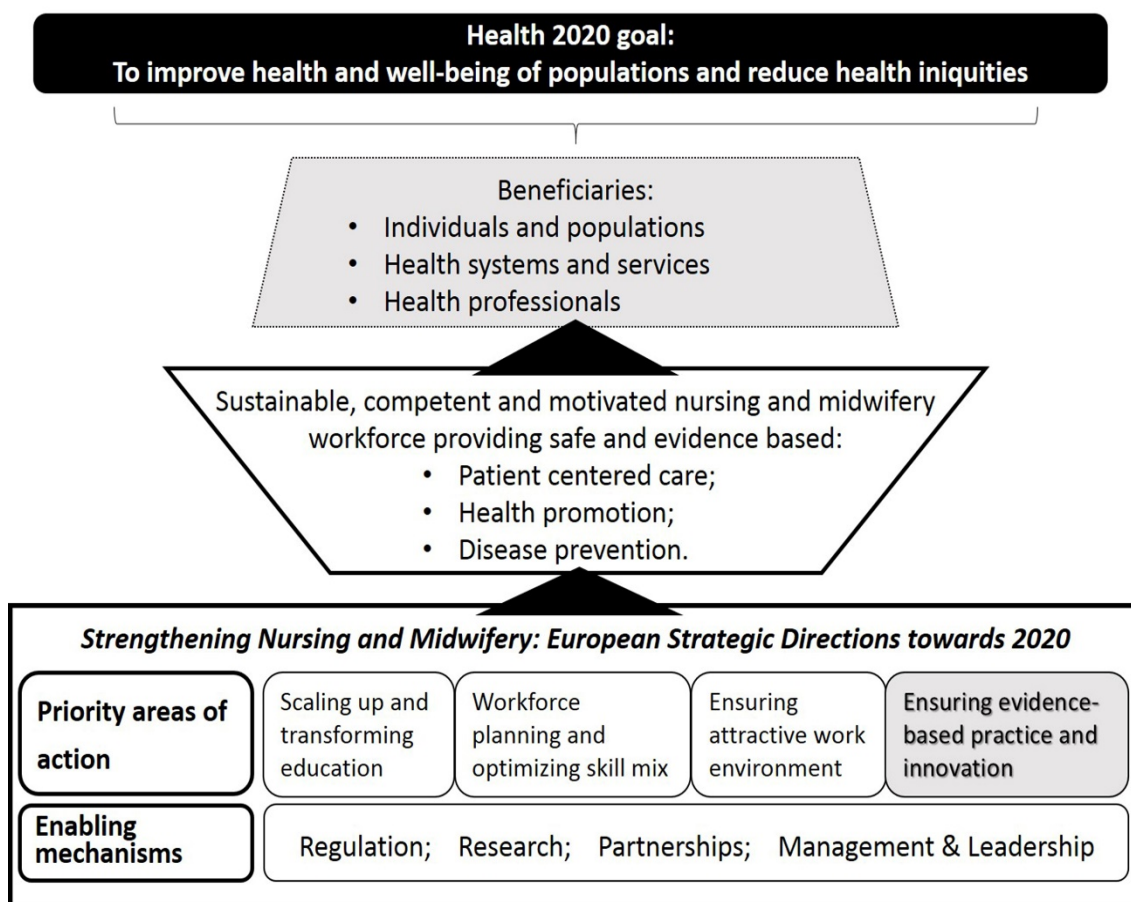
“Raramente as mudanças são fáceis de implementar dado que implicam alterar a forma como as pessoas e o sistema agem. A mudança é frequentemente confusa, demorada e poderá ter consequências imprevisíveis. Mas, ao mesmo tempo, poderá ser estimulante e motivadora. Perceber e planear o modo de tornar a evidência em prática, ou seja, acionar o conhecimento, é importante” (2012, p. 22).

Ainda neste documento (2012, p. 25), relativamente à implementação e manutenção das mudanças na prática o CIE retoma e adapta os trabalhos de Lewin e Lewin (1997) a propósito do seu modelo de análise e campo de força. Neste verifica-se que existem um conjunto de vetores que poderão equacionar-se e posicionar-se enquanto forças restritivas e ou facilitadoras da própria mudança, nomeadamente: recursos disponíveis, tradições, interesses investidos, estrutura organizacional, relações entre pessoas, tendências sociais ou organizacionais, atitude das pessoas, regulamentos, necessidades pessoais ou do grupo, práticas atuais ou passadas, políticas e normas institucionais, agências, valores, desejos, custos, pessoas e eventos. A sua exaustiva e extensa disposição induz-nos a uma compreensão imediata sobre a complexidade destes fenómenos, permitindo concluir desde já pela existência gradativa de diversos níveis que influenciam no seu todo a implementação de mudanças com base em evidências. Face a este último aspeto, atente-se ao modelo proposto por Munten e colaboradores (2010) que distinguem quatro níveis de implementação de evidências: a nível individual (pelos utilizadores: pessoas / leigos); a nível individual (pelos intermediários: profissionais de saúde e educadores); a nível organizacional (considerando: organizações prestadoras de cuidados de saúde, departamentos e serviços, instituições de ensino e equipas profissionais) e ainda ao nível da sociedade na sua globalidade (incluindo: sistemas de saúde e outros setores sociais).

Tendo em consideração estes aspetos, a Região Europeia da Organização Mundial de Saúde (OMS/RE) equaciona num documento de discussão a seguinte

proposta: «*Strengthening Nursing and Midwifery: European strategic directions towards Health 2020 goals*». Nesta, ponderam-se quatro áreas prioritárias de ação, bem como e conseqüentemente, quatro mecanismos principais que permitirão implementar esta estratégia de um modo bem-sucedido. No contexto deste trabalho, destaca-se a seguinte área de ação prioritária: «*Promoting evidence-based practice and innovation*». Concretamente e a este nível, considera a OMS/RE que esta área encerra dois objetivos fundamentais, de entre os quais se destaca: «*Facilitate the culture of evidence-based practice in nursing and midwifery*» (2014, p. 8). Posteriormente e ao desenvolver de modo mais detalhado esta estratégia, considera-se ser uma prioridade que nesta área: «*Healthcare should be delivered using the best available evidence to make decisions. This is important to promote the effectiveness of health services*» (2014, p. 12). É portanto por esta via que a OMS/RE preconiza que «*The goal is to provide the best possible care for patients and population on the basis of their needs. Furthermore, evidence based practice standardizes clinical care and strengthens the nursing and midwifery knowledge base*» (2014, p.12). Nesse sentido, propõe que a PBE deva ser uma temática que diga respeito a todos os enfermeiros e que esta deverá ser potenciada através do ensino e educação, investigação, liderança e acesso às fontes de evidência.

A observação da figura seguinte apresenta-nos na globalidade e de um modo esquemático a representação gráfica deste enquadramento estratégico que procura melhorar a saúde e o bem-estar das populações, numa perspetiva de mitigar as iniquidades e na qual a importância da PBE se encontra sublinhada. Paralelamente é digno de registo que tal se deverá repercutir posteriormente numa força de trabalho em enfermagem sustentável, competente e motivada, prestando cuidados seguros e baseados na evidência. Pela relevância desta estratégia e pela fundamentação que aporta à componente empírica desta tese, voltaremos futuramente a este esquema para apoiar a discussão dos resultados obtidos e para equacionar sugestões de intervenção futuras.

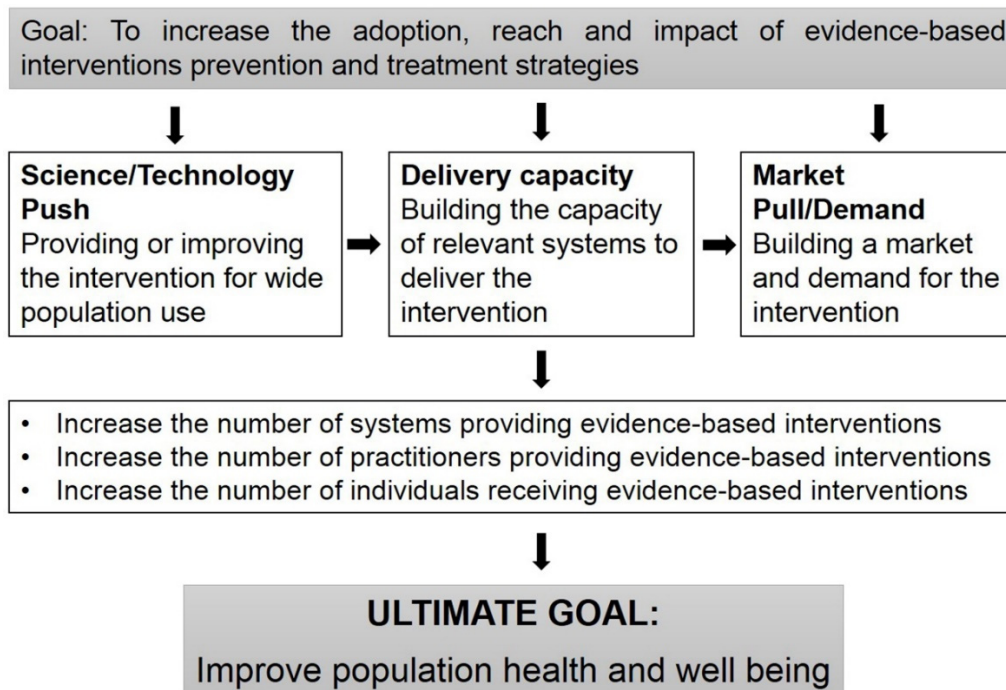


**Figura 3 – Enquadramento esquemático da estratégia europeia relativamente aos objetivos «Saúde 2020»**

*Adaptado de OMS/RE (2014, p. 7)*

Atendendo ao propósito deste ponto e numa lógica de complementaridade, abordamos agora dois modelos que visam a implementação de intervenções baseadas na evidência (IBE) e a promoção do fenómeno da translação, isto é, de transferir as evidências e os conhecimentos aportadas pela melhor investigação através da implementação de melhores práticas (Canadian Institute of Health Research, 2004).

Relativamente ao modelo sinérgico para as IBE, este foi apresentado em sede de um evento promovido pelo *National Institute of Health*, USA. Neste, Rimer (2004) retoma e adapta o modelo sinérgico apresentado na figura seguinte.



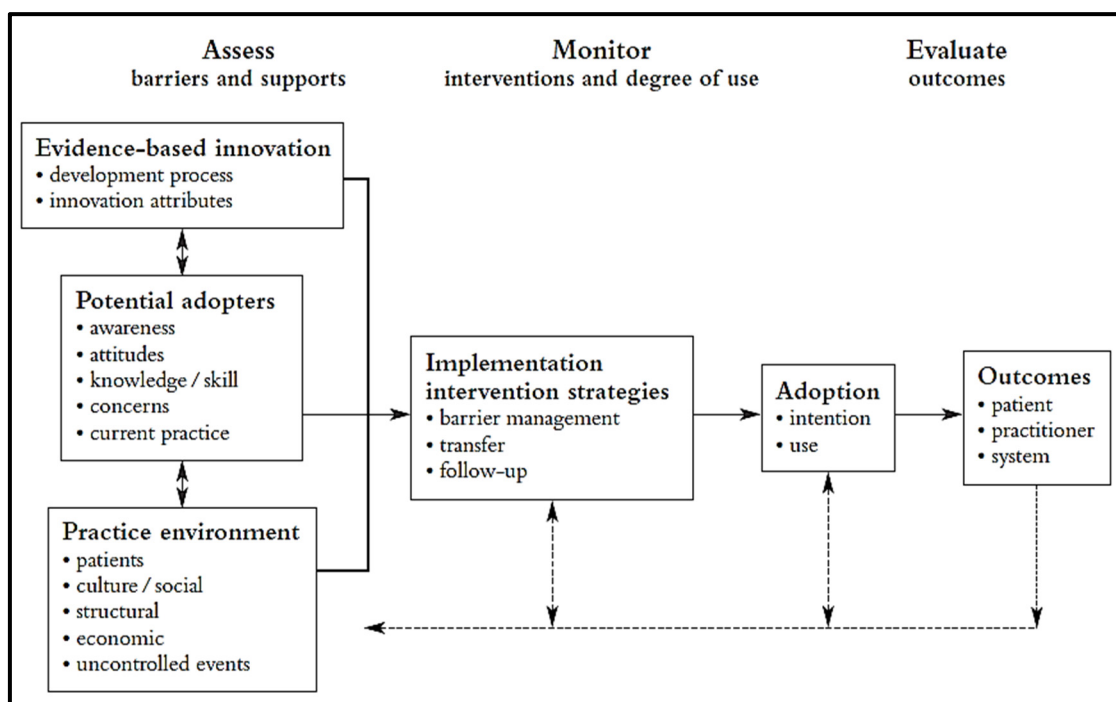
**Figura 4 – Modelo sinérgico para intervenções baseadas na evidência**

*Adaptado de Rimer, B. (2004, p.41)*

A finalidade será contribuir para a adoção, alcance e impacto de estratégias de prevenção e tratamento suportadas em intervenções baseadas na evidência, implicando melhorias quer nos sistemas de saúde quer nos profissionais, melhorias essas que se deverão repercutir num número mais elevado de indivíduos que recebem IBE. Tratando-se de um macro sistema, o mesmo deverá ser apoiado por mecanismos de transferibilidade do conhecimento que permitam com pragmatismo operacionalizar efetivas translações de evidências. Também Melnyk e Fineout-Overholt (2010) apresentam um modelo avançado para a implementação de evidências no contexto da prática clínica. Neste verificamos que a avaliação de forças e barreiras à PBE se constitui enquanto um aspeto central, avançando como principais ordens de barreiras a falta de mentores e peritos em PBE, um conhecimento e competências inadequadas face à PBE e ainda lacunas relativamente à valorização da própria PBE.

Anteriormente, Graham e Logan (2004) propuseram um modelo que adotou a designação de «Modelo de utilização da investigação de Ottawa» (figura 5) no qual se abordam três componentes-chave sequenciais para o uso e incorporação de evidências na prática clínica: avaliar barreiras e suportes, monitorizar as

intervenções e o seu grau de utilização e finalmente avaliar os resultados e ganhos registados e isto quer nos utilizadores, quer nos profissionais e ainda nos próprios sistemas.

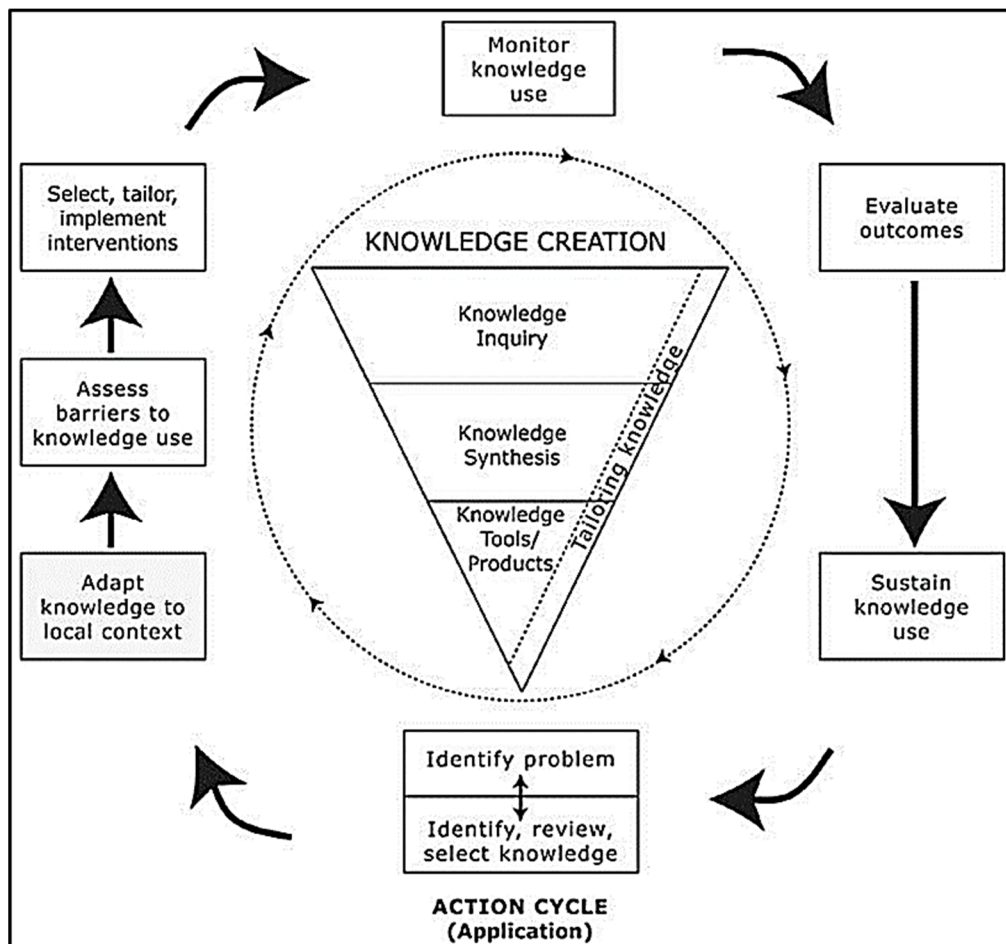


**Figura 5 – Modelo de utilização da investigação de Ottawa**  
*Adaptado de Graham e Logan (2004, p. 94)*

No contexto deste estudo, destaca-se novamente, a par da inovação baseada na evidência e da valorização do ambiente e contexto da prática profissional, a centralidade de se proceder a uma rigorosa avaliação das barreiras à utilização da investigação no contexto da prática clínica e de esta ser feita considerando diferentes âmbitos e categorias, nomeadamente e por parte dos potenciais utilizadores, a sua consciencialização, as atitudes, os conhecimentos e capacidades, as preocupações e as práticas atualmente em uso.

Operativamente, o consórcio canadiano para a promoção da translação do conhecimento «KT Clearinghouse» promovido pelo Canadian Institutes of Health Research (CIHR) preconiza a adoção do modelo apresentado por Graham, Logan, Harrison, Straus, Tetroe, Caswell & Robinson (2006) que visa a implementação de intervenções baseadas na evidência e a promoção da translação sob a designação: «Ciclo do conhecimento à prática». Este decorre da identificação de diversas etapas-chave no que se refere ao complexo processo de traduzir o

conhecimento em ação, resultando da revisão e agregação de mais de 60 teorias, quadros de referência e modelos de planejamento da ação. Atendendo à sua abrangência e extensão, optamos por reproduzi-lo na íntegra na figura infra apresentada. Posteriormente e pela sua importância, procuraremos abordar sumariamente, os aspectos mais relevantes associados a cada uma das suas etapas e componentes.



**Figura 6 – «Ciclo do conhecimento à prática»**

Graham, I. et al. (2006, p. 19)

O ciclo integra sete etapas fundamentais que gravitam em torno daquilo a que os autores designam de «funil do conhecimento» (Identificar lacunas na intervenção, sinalizando, revendo e selecionando o melhor conhecimento; adaptar o conhecimento ao contexto local; avaliar barreiras ao uso do conhecimento; selecionar intervenções adaptadas para implementação; estratégias de intervenção; monitorizar o uso do conhecimento; avaliar os resultados / ganhos e ainda o uso sustentável do conhecimento). Quanto ao «funil do conhecimento»,



este é composto por três diferentes níveis (Questionar o conhecimento; síntese do conhecimento e produtos e instrumentos de conhecimento). Nas próximas linhas destacar-se-ão os elementos fundamentais que constituem cada etapa e nível tendo em conta o postulado pelo consórcio «KT Clearinghouse» (CIHR, s.d.).

#### *Identificar as lacunas em termos de conhecimento para intervir*

Implica avaliar as necessidades de conhecimento constituindo-se como um ponto de partida do processo. Deverá utilizar métodos e instrumentos rigorosos e a avaliação será condicionada à sua finalidade e de acordo com diversas perspectivas (da população, dos prestadores e da própria organização).

#### *Adaptar o conhecimento ao contexto local*

Apesar de as diretrizes (*guidelines*) disponibilizarem evidência para alicerçar a prática, estas deverão ser adaptadas ao contexto de utilização. Esses processos poderão contribuir para melhor aceitação e adesão contornando obstáculos diversos como a falta de competências e perícia dos profissionais, a falta de recursos e ainda fatores de ordem variada relativamente à população abrangida, como por exemplo questões culturais.

#### *Avaliar barreiras ao uso do conhecimento*

Esta etapa é particularmente relevante para a investigação empírica que se apresentará subsequentemente neste relatório, sendo portanto alvo de posterior aprofundamento, considerando a sua extensão e abrangência. Desde já sublinha-se a sua centralidade no que se refere à posterior implementação do conhecimento. A sua avaliação poderá ser efetuada com recurso a variados métodos, sendo que são exemplos dos diversos domínios de complexidade associados a estas barreiras os seguintes:

- Do conhecimento (falta de consciencialização e ou de familiaridade);
- Associadas às atitudes e à motivação (falta de concordância, dificuldades na aplicabilidade, baixas expectativas de mudança);
- Comportamentais;
- Barreiras externas (associadas aos pacientes, ao uso do próprio conhecimento, fatores organizacionais).

### *Selecionar intervenções adaptadas para implementação*

Uma translação do conhecimento implica uma adaptação das intervenções de modo a contornar barreiras. Estas poderão recorrer a intervenções educativas (passivas e ativas), intervenções junto dos contextos de prática e tomada de decisão, direcionadas e centradas para os pacientes e ainda intervenções de carácter institucional e organizacional.

Como exemplos de áreas de intervenção considerando as barreiras identificadas, poder-se-á atuar nos seguintes domínios associados à translação: conhecimento, atitudes/motivação, comportamentos, interação nas equipas profissionais, estruturação de redes de profissionais, organizacionais (estruturas, processos e recursos), fatores de âmbito societário e ainda incentivos financeiros.

### *Estratégias de intervenção*

Implica selecionar e adaptar as intervenções de forma a direcioná-las considerando as barreiras anteriormente elencadas e os diversos públicos-alvo. As estratégias poderão ser de grupo ou individuais, promovendo a consciencialização e a implementação do conhecimento. Coerentemente, de entre as possíveis estratégias destacam-se as seguintes intervenções: educativas, articuladas e de intercâmbio, com recurso a *feedback*, a tecnologias de informação, mediadas pelos pacientes e ainda de âmbito organizacional.

### *Monitorizar o uso do conhecimento*

Considerando os diferentes tipos de uso do conhecimento: conceptual, instrumental e estratégico e monitorizando o seu uso quer pelos pacientes, quer pelos profissionais.

### *Avaliar os resultados / ganhos*

O impacto associado ao uso do conhecimento deverá ser medido considerando os resultados junto dos pacientes, dos profissionais e da própria organização. Esta medição deverá recorrer a diferentes métodos, de acordo com cada um destes destinatários.

### *Uso sustentável do conhecimento*

Torna-se uma questão sensível porquanto não se pretendem mudanças conjunturais mas antes de cariz estrutural, isto é, de carácter permanente ao longo do tempo. Dependerá por um lado da capacidade dos profissionais e por outro da própria adaptação organizacional à mudança e isto num contexto de permanente tensão entre a rotina face ao instalado e as inovações futuras. A sustentabilidade em termos globais decorre do conjunto de fatores abordado nas etapas precedentes.

Incidindo agora a apreciação sumária sobre o *core* do ciclo «Do conhecimento à prática», analisamos os três níveis que constituem o já mencionado «funil do conhecimento» que representa um processo de refinamento do conhecimento desde a sua produção original até aos utilizadores finais, designadamente os profissionais de saúde e os decisores políticos.

### *Questionar o conhecimento*

Esta inquirição reporta-se ao designado «conhecimento de primeira geração» composto por um volume inimaginável de estudos primários, dirigidos a questões particulares e num estado natural, maioritariamente pouco refinados. O acesso a estes faz-se através de bases de dados (e.g. PubMed; CINAHL).

### *Síntese do conhecimento*

Habitualmente entendido como o «conhecimento de segunda geração», agregando o conhecimento existente promovendo as sínteses dos estudos relativamente a questões específicas. Implica portanto a aplicação de métodos reprodutíveis, válidos e rigorosos que possibilitem minimizar enviesamentos (e.g. revisões sistemáticas, meta-análises e meta-sínteses). Estas sínteses são asseguradas por diversos consórcios e disponibilizadas em bases de dados específicas. A Colaboração Cochrane é um exemplo de uma organização independente e não lucrativa dedicada a disponibilizar de modo atualizado este tipo de conhecimento em todo o mundo.

### *Produtos e instrumentos de conhecimento*

Associado ao «conhecimento de terceira geração», compostos por sinopses de conhecimento apresentadas de forma clara, concisa e num formato inteligível. Estas constituem-se como recomendações explícitas que preenchem as necessidades dos diversos *stakeholders*, influenciando o que estes fazem. São exemplo destes instrumentos de apoio à tomada de decisão as NOC. Para o seu desenvolvimento e entre outras, poderão ser utilizadas ferramentas como o AGREE (*Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation*).

Numa nota de síntese relativamente ao ponto em apreço, verifica-se por um lado que são diversas e relevantes as recomendações que advogam uma PEBE de modo generalizado e sustentado. Paralelamente, encontra-se bem documentado a sua importância e centralidade estratégica, dispondo todos os envolvidos de um quadro conceptual de suporte que possibilite uma estruturada e rigorosa aplicação aos mais diversos níveis. Torna-se por isso determinante avaliar o que percebem os profissionais, neste caso os enfermeiros a este respeito.

## **CAPÍTULO II – ATITUDES, BARREIRAS E PRÁTICAS EM RELAÇÃO À ENFERMAGEM BASEADA NA EVIDÊNCIA: REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA**

### **1. CONTEXTUALIZAÇÃO E PERTINÊNCIA**

Recentemente, o CIE (2012) advogou que o recurso à melhor evidência científica para informar a prática clínica constitui-se como um meio fundamental para otimizar a performance dos sistemas de saúde, sendo que o maior desafio que hoje se coloca aos profissionais vai para além da mera aquisição da evidência, implicando sobretudo a utilização desse conhecimento na prática clínica diária. Paralelamente observam-se um conjunto de mudanças na sociedade que se traduzem em significativas implicações ao nível dos serviços de saúde. De entre estas, destaca-se uma maior exigência dos utilizadores e o aumento da complexidade dos seus problemas, requerendo portanto cuidados com maior rigor, segurança e qualidade (Jesus, 2006).

A prestação de cuidados de saúde seguros e de qualidade implica necessariamente a construção de uma enfermagem baseada no conhecimento e este tem-se constituído como um enorme desafio à profissão no sentido de, por via dessa construção, os enfermeiros corresponderam a três desideratos fundamentais: responder ao mandato e matriz social da profissão, manter e aumentar a credibilidade entre as diversas disciplinas na área da saúde e argumentar a necessidade de mudanças políticas junto dos decisores (DiCenso, 2005).

Institucionalmente, tal como abordado no capítulo anterior, advoga-se a necessidade da prática clínica dos enfermeiros se alavancar em complexos processos de tomada de decisão baseados em evidências, consubstanciando um pré-requisito para a excelência e a segurança dos cuidados, bem como “uma base estrutural importante para a melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros” (OE, 2012, p. 14). Atendendo a que a segurança dos cuidados prestados está fortemente intrincada com uma prática baseada na evidência esta é uma questão que a todos concerne, sendo por isso reconhecido

o seu enquadramento numa política de melhoria da qualidade em saúde (Solomons & Spross, 2011; OE, 2012).

Apesar da produção científica exponencial registada ao nível da prática de enfermagem baseada na evidência, verifica-se uma dificuldade em sistematizar informação no que se refere às atitudes, barreiras e práticas por parte dos profissionais, nomeadamente pela dispersão dos estudos realizados no que concerne às questões de investigação formuladas, aos diferentes tipos e desenhos dos estudos e à qualidade dos mesmos ainda que, para autores como Melnyk e Fineout-Overholt (2010) a construção de um modelo avançado para a implementação de evidências no contexto da prática clínica implique obrigatoriamente a avaliação de forças e barreiras relativamente à PBE.

Numa análise bibliométrica (Eastabrooks et al., 2004) foram identificados 630 artigos publicados entre 1972 e 2001 relativos à utilização efetiva de evidências obtidas através da investigação na prática de enfermagem. Os autores concluíram que, apesar do interesse crescente no estudo das barreiras e dos facilitadores para a utilização dos resultados da investigação, esta era uma área de estudo ainda subdesenvolvida, justificando um investimento adicional nomeadamente no que concerne ao desenvolvimento de um enquadramento conceptual e de suporte. Paralelamente, em Portugal é escassa a produção a este nível, sendo residual o número de publicações sobre esta temática (Ferrito, 2007; Pereira et al., 2012). Neste contexto, a metodologia de revisão integrativa da literatura (Wittemore & Knafl, 2005; Mendes, Silveira & Galvão, 2008), afigura-se como a mais adequada porquanto contempla uma abertura e pluralidade face aos diversos estudos que, não abdicando do rigor metodológico de análise, melhor poderá ajudar a subsidiar desenvolvimentos futuros no que se relaciona quer com a prática clínica, quer com processos de investigação posteriores.

## 2. OBJETIVOS DA REVISÃO E QUESTÃO DE PARTIDA

Para a elaboração da pergunta de partida, recorreu-se ao modelo PI[C]OT de acordo com o explicitado no quadro seguinte.

### Quadro 3 – Aplicação do modelo PI[C]OT para elaboração da questão de partida

<b>P</b> – Enfermeiros em contexto do exercício profissional / prática clínica
<b>I</b> – Atitudes, barreiras e práticas face à PEBE
<b>[C]</b> ---
<b>O</b> – Principais atitudes, barreiras, facilitadores e práticas por parte de enfermeiros relativamente à PEBE.
<b>T</b> – 2008 – 2012

Em conformidade é finalidade desta revisão procurar responder à seguinte questão:

*Quais as atitudes, barreiras e práticas dos enfermeiros face à prática de enfermagem baseada em evidências?*

Em termos operativos, pretendeu-se avaliar:

- As atitudes mais frequentes por parte dos enfermeiros em relação a uma PBE e a utilização da investigação em contexto do exercício profissional;
- As principais barreiras e facilitadores à incorporação dos conhecimentos oriundos da investigação na prática clínica;
- Em que medida as práticas e ou gestão dos cuidados / serviços de enfermagem são influenciadas pela utilização da melhor evidência científica disponível;
- Quais os instrumentos predominantemente utilizados na avaliação das atitudes, barreiras e práticas face à PBE.

### 3. METODOLOGIA E PROCEDIMENTOS

Foram estabelecidos os seguintes critérios de inclusão e exclusão dos estudos:

- Estudos publicados nos últimos 5 anos – contados à data da realização da pesquisa (a partir de maio de 2008 inclusive);
- Artigos disponíveis em acesso aberto (*open access*);
- Estudos com desenho experimental, não experimental e de revisão;

- Incidindo obrigatoriamente sobre enfermeiros a exercerem prática clínica ou em contexto de gestão dos cuidados / serviços de saúde;
- Publicações em língua inglesa e ou com acesso ao título, resumo e descritores / palavras-chave em inglês;

Os termos de pesquisa utilizados foram definidos de acordo com a base dos *Medical Subject Headings* (MeSH) e ou dos Descritores Virtuais em Ciências da Saúde (DeCS) sendo utilizados para efeitos desta revisão os seguintes:

- *“attitudes”*;
- *“barriers”*;
- *“practice”*;
- *“evidence-based nursing”*;
- *“evidence-based practice”*.

Os operadores booleanos e truncaturas usados estão discriminados nas expressões de pesquisa: *“evidence-based nurs\*”* OR *“evidence-based practice”* AND *attitude#* OR *barrier#* OR *practice#*.

A consulta dos artigos decorreu entre 1 de junho a 31 de julho de 2013 tendo numa primeira fase alcançado um somatório de 29.412 registos. A pesquisa foi efetuada nas seguintes bases de dados (acesso URL Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto – via SIGARRA), recorrendo aos filtros infra discriminados:

EBSCOHost:

CINAHL Plus (*with Full Text*); MEDLINE (*with Full Text*); Cochrane Database of Systematic Reviews; MedicLatina; Academic Search Complete; Psychology and Behavioral Sciences Collection.

- Pesquisa original = 2.641
- Filtro por título principal (apenas periódicos científicos) = 319
- Título e resumo = 67



## SCOPUS:

Pesquisa por documentos; Título, resumo e palavras-chaves; Publicados desde 2008 até 2012; Tipo de documento: artigo ou revisão.

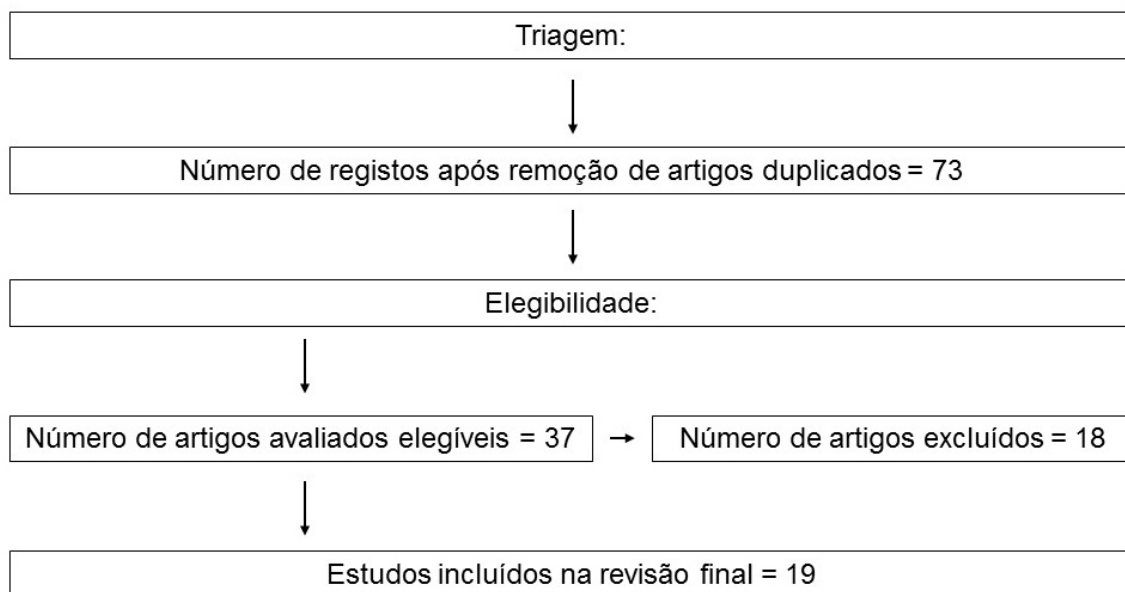
- Pesquisa original (área: Ciências da Saúde) = 26.602
- Filtro por área de enfermagem (apenas periódicos de enfermagem) = 134
- Seleção apenas pelo título = 12

## ISI Web of Knowledge:

- Pesquisa inicial pelo título (*Web of Science*) = 169
- Categorias – *nursing*; tipo de documentos – artigos e revisões; seleção de títulos dos periódicos = 40
- Artigos após exclusão pela leitura do título e palavras-chave = 26
- Seleção após exclusão pela não disponibilização de artigo em acesso livre ao texto integral = 19

A análise do fluxo esquematizado na página seguinte (figura 7) permite concluir que após rejeição de duplicações foi possível sujeitar a uma primeira apreciação crítica (através da leitura de título, resumo e palavras-chave / descritores) 73 artigos. Destes foram selecionados para inclusão na segunda fase da revisão 37, tendo sido alvo de leitura integral. Após esta leitura foram selecionados para efeitos da presente revisão um total de 19 artigos tendo sido excluídos 18 artigos. As razões da exclusão destes foram as seguintes: Artigos focados exclusivamente em enfermeiros docentes / investigadores (2); Artigo teórico de revisão de conceitos (1); Estudos qualitativos (3); Estudos com baixa consistência / qualidade (4); Projeto de investigação a desenvolver (1); Revisão sistemática da literatura de baixa qualidade (1); Estudo de validação de instrumento (1); Estudos com baixa taxa de resposta / amostra reduzida (3).

Os artigos selecionados reportam 17 estudos observacionais resultantes de investigação primária (um estudo de coorte; um estudo quasi-experimental; 15 estudos transversais, descritivos/correlacionais) e ainda 2 artigos de revisão (uma revisão sistemática da literatura e uma atualização de revisão sistemática da literatura).



**Figura 7 – PRISMA flow (Revisão integrativa da literatura)**

Para apreciação crítica dos artigos recorreu-se ao preconizado pelo consórcio EQUATOR (*Enhancing The Quality and Transparency of Health Research*), nomeadamente através da utilização das *checklists* propostas pelos instrumentos PRISMA (*Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses*) de Moher, Liberati, Tetzlaff & Altman (2009) e STROBE (*Strengthening the Reporting of Observational Studies*) de von Elm, Altman, Egger, Pocock, Gotsche, & Vandembroucke (2007).

Visando uma sistematização da informação obtida, foram elaborados os quadros-resumo que se apresentam nas próximas páginas.

Quadro 4 – Resumo dos estudos selecionados

ESTUDOS OBSERVACIONAIS				
Primeiro autor, Ano, País	Contexto / Finalidade(s)	Amostra	Desenho do estudo & Instrumento(s)	Principais resultados / conclusões
<b>Chau, 2008</b> <b>China</b>	<p>Enfermeiros a exercer em hospitais públicos e privados em Hong Kong.</p> <p>Identificar barreiras e facilitadores face à utilização da investigação na prática de enfermagem na perspetiva dos enfermeiros em Hong Kong e analisar as associações entre as barreiras percebidas e as características dos enfermeiros (individuais e organizacionais) que condicionam a utilização da investigação.</p>	<p>n = 1.487</p> <p>(Taxa resposta / questionários válidos = 30%).</p> <p>Amostragem probabilística: amostragem sistemática.</p>	<p>Estudo descritivo/correlacional e transversal.</p> <p><i>Research Utilization Questionnaire</i> (Desenvolvido a partir da combinação da escala <i>Barriers to Using Research in Practice</i> (Funk et al. 1991) e da <i>Facilitator Scale</i> (Hutchinson &amp; Johnston 2004)</p>	<p>As três principais barreiras foram a inadequação das instalações; a falta de autoridade para alterar as práticas e ainda a falta de tempo. Os principais facilitadores identificados foram o encorajamento e suporte para a investigação por parte dos gestores da organização; providenciar uma rede de suporte e a promoção de formação avançada para aumentar o conhecimento de base sobre investigação.</p>
<b>Hart, 2008</b> <b>EUA</b>	<p>Enfermeiros a exercer num sistema integrado de cuidados de saúde agregando 5 hospitais.</p> <p>Efetuar uma avaliação inicial das perceções face aos conhecimentos, atitudes e nível de competência dos enfermeiros relacionados com a prática baseada em evidências e a utilização de investigação.</p>	<p>n = 744</p> <p>(Taxa resposta / questionários válidos = 28,46%).</p> <p>Amostragem não probabilística: conveniência / acidental</p>	<p>Estudo descritivo com desenho quasi-experimental com um grupo de intervenção e avaliação pré-intervenção e pós-intervenção.</p> <p><i>Evidence-Based Nursing Questionnaire</i> (Nagy et al. 2001).</p>	<p>(Para efeitos da presente revisão consideraram-se os resultados obtidos na fase pré-intervenção do estudo)</p> <p>Conhecimento: Mais da metade (55,8%) acreditava estar confiante na compreensão da linguagem em artigos de pesquisa. Os enfermeiros relataram menos confiança (46,5%) sobre suas habilidades de compreensão das análises estatísticas utilizadas em artigos de investigação.</p> <p>Atitudes: Uma esmagadora maioria 93,9% acreditava na importância de incorporar uma prática baseada na evidência. Os enfermeiros acreditavam que a investigação em enfermagem e as atividades com base na PBE eram importantes para a melhoria da qualidade da assistência ao paciente (90,5%). Os participantes também acreditam que a pesquisa ajudou enfermeiros nos processos de tomada de decisão (75,8%).</p>

				Competências: Mais de 58% estavam confiantes na sua capacidade de avaliar e obter informação dos relatórios de pesquisa. No entanto, 59,8% referiram precisar de mais competências na avaliação de pesquisa antes de a poderem mudar as suas práticas. Mais de metade (63,4%) estavam confiantes de que tinham as habilidades necessárias para realizar uma pesquisa de literatura com recurso ao computador.
<b>Kajermo, 2008 Suécia</b>	<p>Enfermeiros a exercer no Huddinge University Hospital em Estocolmo.</p> <p>Identificar preditores das barreiras auto reportadas pelos enfermeiros à utilização de investigação na prática clínica.</p>	<p>n = 833</p> <p>(Taxa resposta / questionários válidos = 51%).</p> <p>Amostragem probabilística: conveniência / não / acidental.</p>	<p>Estudo descritivo/correlacional e transversal.</p> <p><i>Barriers to Using Research in Practice</i> Funk et al. (1991); <i>Quality Work Competence Questionnaire</i> (Arnetz 1996, 1997, 2001; Thomsen et al. 1998) &amp; <i>Huddinge University Hospital Model Questionnaire</i> (desenvolvido neste estudo).</p>	<p>A insatisfação com o apoio das chefias para a participação em projetos de investigação e / ou de desenvolvimento; a qualificação académica a níveis inferiores e objetivos de trabalho pouco claros e irrealistas foram identificados como fatores que aumentam o risco de percecionar maiores barreiras à utilização dos resultados da investigação na prática clínica.</p> <p>Os resultados implicam que as chefias e lideranças em enfermagem e da saúde devem criar estratégias para apoiar o desenvolvimento profissional dos enfermeiros com possibilidades acrescidas de implementar os resultados da investigação na prática clínica.</p>
<b>Koehn, 2008 EUA</b>	<p>Enfermeiros a exercer no contexto de um centro médico urbano de grande dimensão (Região Midwestern).</p> <p>Avaliar as perceções, atitudes e conhecimentos / competências associadas a uma prática baseada na evidência.</p>	<p>n = 422</p> <p>(Taxa resposta / questionários válidos = 40,9%).</p> <p>Amostragem probabilística: conveniência / não / acidental.</p>	<p>Estudo descritivo/correlacional e transversal.</p> <p><i>Evidence-based Practice Questionnaire</i> (Upton &amp; Upton, 2006)</p>	<p>Registaram-se valores moderados sobre as práticas e as atitudes em relação à prática baseada em evidências. Os conhecimentos / competências obtiveram valores médios a um menor nível. As diferenças estatisticamente significativas foram encontradas ao nível das atitudes entre aqueles com formação superior.</p> <p>As duas barreiras mais citadas para a implementação de práticas baseadas em evidências foram o tempo e os conhecimentos.</p> <p>Os resultados sugerem o valor de uma avaliação sistematizada quanto ao desenvolvimento de um plano sustentado para a implementação de uma cultura organizacional baseada na evidência.</p>

<p><b>Mehrdad, 2008</b> <b>Irão</b></p>	<p>Enfermeiros e docentes de enfermagem a exercer em hospitais escola do serviço nacional de saúde do Irão e em escolas de enfermagem afiliadas da Tehran Medical Sciences University</p> <p>Identificar barreiras e facilitadores face à utilização da investigação na prática de enfermagem na perspetiva dos enfermeiros.</p>	<p>n = 410 (375 enfermeiros da prática clínica e 35 docentes de enfermagem)</p> <p>Taxa de resposta = 70%</p> <p>Amostragem probabilística: aleatória estratificada.</p>	<p>Estudo descritivo e transversal.</p> <p><i>Barriers to Using Research in Practice</i> (Funk et al. 1991)</p>	<p>Os enfermeiros não dispõem de tempo para ler estudos de investigação; as instalações não são adequadas para a implementação e não sentem autoridade suficiente para alterar os cuidados prestados. Registaram-se diversos facilitadores que foram globalmente categorizados em duas dimensões: recursos humanos e fatores individuais / organizacionais.</p>
<p><b>Boström, 2009</b> <b>Suécia</b></p>	<p>Estudo de âmbito nacional, monitorizando uma coorte de enfermeiros a exercer em múltiplos contextos e que iniciaram a formação em enfermagem em 2002. Os dados foram recolhidos 2 anos após a conclusão da formação de base.</p> <p>Avaliar a aplicação de PBE por parte de enfermeiros 2 anos após a formação de base em enfermagem e explorar se a aplicação de PBE difere tendo em conta os contextos de prática clínica onde os enfermeiros exercem.</p>	<p>n = 1.256</p> <p>(Taxa resposta / questionários válidos = 76%).</p> <p>Amostragem não probabilística: quotas.</p>	<p>Estudo descritivo/correlacional e transversal.</p> <p>Questionário construído para efeitos do estudo estruturado em seis itens baseados no processo associado à PBE e complementado por indicadores sociodemográficos.</p>	<p>Cerca de 20% dos enfermeiros formularam questões clinicamente relevantes para basear uma pesquisa baseada em evidências, recorrendo para esse efeito a bases de dados.</p> <p>Mais de 50% dos enfermeiros utilizam outras fontes de informação para identificar conhecimento oriundo da investigação.</p> <p>Aproximadamente 33% avaliam o conteúdo dos artigos e outros estudos, bem como, participaram em processos de mudança/implementação da prática clínica.</p> <p>O contexto onde o maior número de enfermeiros reportou aplicar a metodologia PBE foi no âmbito do exercício em gerontologia, comparando com outros contextos. Estas diferenças verificaram-se concretamente nas seguintes dimensões: “uso de outras fontes de informação; compreensão e apreciação crítica dos estudos; participação na mudança de práticas e avaliação das práticas.”</p>
<p><b>Kocaman, 2009</b> <b>Turquia</b></p>	<p>Enfermeiros a exercer num hospital universitário.</p> <p>Identificar a auto percepção das barreiras à utilização da investigação pelos enfermeiros;</p>	<p>n = 336</p> <p>(Taxa resposta / questionários válidos = 58%).</p> <p>Amostragem não probabilística:</p>	<p>Estudo descritivo/correlacional e transversal.</p> <p><i>Barriers to Using Research in Practice*</i> Funk et al. (1991) &amp;</p>	<p>A falta de tempo para implementar novas ideias foi identificada como a barreira mais frequente (84,5%), seguida da dificuldade em ler artigos em inglês*. As seis barreiras mais identificadas eram todas relacionadas com o contexto e a organização.</p> <p>Adicionalmente, os enfermeiros com uma atitude proativa face à utilização da investigação assumiram que a</p>

	Avaliar se o envolvimento em atividades está relacionado com as barreiras percebidas.	conveniência / acidental.	Questionário sociodemográfico.  * <i>Introduzido um item adicional relativo ao domínio da língua inglesa.</i>	dificuldade em interpretar os resultados da investigação e estar isolado de colegas com conhecimentos de pesquisa era mais relevante face a essa utilização em detrimento do tempo disponível para o fazer.
<b>Mills, 2009 Austrália</b>	Enfermeiros generalistas a exercer em contexto de cuidados de saúde primários no estado de Victoria.  Determinar a valorização das evidências e do conhecimento para a prática clínica entre enfermeiros de cuidados gerais.	n = 590  (Taxa resposta / questionários válidos = 33%).  Amostragem não probabilística: conveniência / acidental	Estudo descritivo e transversal.  <i>Development of Evidence-Based Practice Questionnaire</i> (Gerrish et al. 2007).	A falta de tempo para aceder ao conhecimento para suportar a prática é uma barreira predominante. As oportunidades de educação e formação em serviço foram classificadas como a principal fonte de conhecimento para os enfermeiros. A aprendizagem e interações com clientes, colegas, médicos e enfermeiros especializados também foram considerados fontes muito importantes de conhecimento. As revistas científicas foram classificadas a nível muito inferior à aprendizagem com base na experiência e interações pessoais. Os participantes avaliaram a um nível inferior suas habilidades em termos de aplicar na prática. Os enfermeiros mais jovens eram mais propensos para a avaliarem-se como competentes no uso da biblioteca e <i>internet</i> para localizar evidências do que os enfermeiros mais velhos.
<b>Brown, 2010 EUA</b>	Enfermeiros a exercer em 4 organizações hospitalares no sul da Califórnia (1 - Centro Médico Académico; 1 - Hospital Governamental; 1 - Hospital Comunitário e 1 - Hospital Pediátrico)  Explorar as relações entre as barreiras percebidas na utilização da investigação e a implementação de PBE entre enfermeiros a exercer em hospitais; investigar as barreiras percebidas na utilização da investigação e os preditores da implementação de PBE.	n = 974  (Taxa resposta / questionários válidos = 30%).  Amostragem não probabilística: conveniência / acidental.	Estudo multicêntrico, descritivo/correlacional e transversal.  <i>Barriers to Using Research in Practice</i> Funk et al. (1991a) & <i>Evidence-based Practice Questionnaire</i> (Upton & Upton, 2006)	As barreiras à utilização da investigação percebidas predisseram apenas 2,7%; 2,4% e 4,5% das práticas, atitudes e conhecimentos/habilidades e competências associadas à PBE. Era inesperado que estas barreiras fossem preditores tão pouco significativos das práticas, atitudes e conhecimentos/habilidades e competências associadas à PBE. As barreiras parecem ter uma influência mínima na implementação de PBE na maioria dos enfermeiros a exercer em hospitais.

<p><b>Chien, 2010</b> <b>China</b></p>	<p>Enfermeiros a exercer em 2 hospitais gerais e 2 hospitais psiquiátricos da autoridade hospitalar em Hong Kong.</p> <p>Avaliar barreiras à utilização da investigação por enfermeiros na comunidade autónoma de Hong Kong.</p>	<p>n = 710</p> <p>(Taxa resposta / questionários válidos = 88,8%).</p> <p>Amostragem probabilística: aleatória estratificada.</p>	<p>Estudo descritivo/correlacional e transversal.</p> <p><i>Barriers to Using Research in Practice</i> Funk et al. (1991).</p>	<p>As três principais barreiras foram: “o enfermeiro não sente autoridade suficiente para alterar as práticas de cuidados” (73%); “Não há tempo suficiente no trabalho para implementar novas ideias” (70%); “O enfermeiro não sente capacidade para avaliar a qualidade da investigação”;</p> <p>Os enfermeiros com níveis académicos inferiores e com menos experiência clínica perceberam um maior número de barreiras e a níveis mais elevados. Enfermeiros iniciados (<i>novice</i>), especialmente aqueles com diploma ou grau académico associado, apresentavam maiores constrangimentos de tempo e competências de investigação para implementar uma PBE. Em oposição, os enfermeiros mais experientes, tendem a sobrevalorizar a PBE percebida.</p> <p>As barreiras mais frequentes situam-se nos domínios do suporte organizacional para a PBE (diminuído) e competências limitadas de investigação para suporte de uma PBE / percepção do papel e valor da investigação entre os enfermeiros.</p>
<p><b>Breimaier, 2011</b> <b>Áustria</b></p>	<p>Enfermeiros a exercer em contexto hospitalar (centro académico e universitário) no sudoeste da Áustria.</p> <p>Identificar e descrever as necessidades/expectativas, conhecimentos e atitudes em relação à investigação em enfermagem, bem como as barreiras percebidas e os facilitadores à utilização da investigação na prática de enfermagem.</p>	<p>n = 1.023</p> <p>(Taxa resposta / questionários válidos = 56%).</p> <p>Amostragem não probabilística: conveniência / accidental.</p>	<p>Estudo descritivo e transversal.</p> <p>Versão modificada do <i>Questionnaire on Utilisation of Nursing Research</i> (Parahoo, 1998)</p>	<p>Relativamente às expectativas dos enfermeiros no que concerne à implementação da investigação, a maioria indicou o acesso à informação adequada, a disponibilidade de estruturas de apoio e suporte profissional / organizacional. Os principais focos de interesse relacionavam-se com fenómenos de atenção e intervenções em enfermagem.</p> <p>As necessidades dos enfermeiros relacionados com a educação em enfermagem e investigação foram indicados como sendo predominantemente numa fase inicial.</p> <p>Globalmente verificou-se uma atitude negativa em relação à PBE sendo as três principais barreiras à utilização da investigação a falta de tempo (69,9%), falta de informação / conhecimento (45,4%) e falta de interesse (25,9%).</p>

<p><b>Majid, 2011</b> <b>Singapura</b></p>	<p>Enfermeiros (RN) a exercerem em 2 hospitais públicos.</p> <p>Avaliar a consciencialização dos enfermeiros relativamente aos conhecimentos e atitudes em relação à PBE e fatores suscetíveis de encorajar ou criar barreiras para a sua adoção.</p>	<p>n = 1.486</p> <p>(Taxa resposta / questionários válidos = 70,8%).</p> <p>Amostragem não probabilística: conveniência / acidental</p>	<p>Estudo descritivo e transversal.</p> <p>Questionário desenvolvido com base nos instrumentos já existentes pela Nanyang Technological University integrando enfermeiros do National University Hospital.</p>	<p>Mais de 64% dos enfermeiros expressaram uma atitude positiva em relação à PBE. No entanto a carga de trabalho dificulta uma atualização permanente com base em novas evidências. No que diz respeito à perceção de autoeficácia das competências relacionadas com a PBE, os enfermeiros referiram deter níveis moderados. O treino/formação em PBE, a disponibilidade de tempo e o aconselhamento por enfermeiros com experiência em PBE, encorajaria os enfermeiros a implementar uma prática baseada na evidência. As três principais barreiras para a adoção da PBE foram a falta de tempo, a incapacidade de compreender termos estatísticos e uma inadequada compreensão da linguagem própria utilizada em artigos de pesquisa.</p>
<p><b>Moreno-Casbas, 2011</b> <b>Espanha</b></p>	<p>Enfermeiros investigadores a exercerem em escolas de enfermagem afiliadas em universidades que receberam financiamento público para pelo menos um projeto de investigação entre 1988 e 2004 e enfermeiros a exercer em hospitais e centros de saúde, tanto ao nível da gestão como da prática clínica.</p> <p>Examinar as atitudes em relação à pesquisa, as barreiras percebidas e os facilitadores da utilização da investigação em sede da prática clínica numa amostra de enfermeiros espanhóis.</p>	<p>Enfermeiros com experiência enquanto investigadores: n = 69</p> <p>(Taxa resposta / questionários válidos = 80%).</p> <p>Amostragem não probabilística: conveniência / acidental.</p> <p>Enfermeiros a exercer na prática: n = 843</p> <p>(Taxa resposta / questionários válidos = 83%).</p> <p>Amostragem probabilística: amostragem aleatória estratificada.</p>	<p>Estudo transversal, descritivo/correlacional.</p> <p><i>Attitudes towards nursing research</i> (Bjorkstrom &amp; Hamrin, 2001)</p> <p><i>Barriers to Using Research in Practice</i> Funk et al. (1991)</p>	<p>Globalmente os aspetos relacionados com a qualidade da investigação foram classificados como as maiores barreiras à utilização da investigação, seguidos de barreiras organizacionais, barreiras envolvendo a comunicação do estudo e finalmente barreiras associadas às características dos enfermeiros.</p> <p>Verificam-se atitudes mais favoráveis em relação à investigação quando associadas a níveis inferiores de perceção das barreiras. Neste sentido, os enfermeiros com experiência na condução da investigação demonstraram melhores resultados do que aqueles que não detinham essa experiência. Face à investigação é fundamental o envolvimento no duplo papel “produtor” e “consumidor”.</p>



<p><b>González-Torrente, 2012</b> <b>Espanha</b></p>	<p>Enfermeiros a exercerem em contexto de cuidados de saúde primários num total de 57 centros de saúde do Serviço Público de Saúde das ilhas Baleares.</p> <p>Avaliar os fatores que influenciam uma prática clínica baseada na evidência entre profissionais de enfermagem em contexto de CSP.</p>	<p>n = 377</p> <p>(Taxa resposta / questionários válidos = 60,9%).</p> <p>Amostragem probabilística: conveniência / não / acidental.</p>	<p>Estudo multicêntrico, descritivo/correlacional e transversal.</p> <p><i>Evidence-based Practice Questionnaire</i> (Upton &amp; Upton, 2006)</p> <p><i>Nursing Work Index – Versão espanhola</i> (Pedro-Gómez et al. 2009)</p>	<p>Na avaliação de competências e conhecimentos, obteve-se um valor médio de 66,6%. Este resultado foi maior entre os enfermeiros que detêm menor experiência profissional.</p> <p>Existem diferenças estatisticamente significativas no que se refere ao fator “atitudes” favoráveis aos enfermeiros com responsabilidades de gestão em oposição aos enfermeiros da prática clínica.</p> <p>A análise multivariada demonstrou uma relação positiva significativa entre o <i>Nursing Work Index</i> e o nível de prática baseada na evidência.</p> <p>Observando-se que a liderança assume um papel central na transferência do conhecimento para a prática clínica, deverá existir uma reflexão das organizações sobre a falta de competências dos enfermeiros seniores relativamente à PBE, mesmo considerando a maior experiência profissional.</p>
<p><b>Dalheim, 2012</b> <b>Noruega</b></p>	<p>Enfermeiros a exercer num hospital central e universitário.</p> <p>Examinar os fatores que influenciam a implementação da PBE entre os enfermeiros no contexto estudado.</p>	<p>n = 407</p> <p>(Taxa resposta / questionários válidos = 62%).</p> <p>Amostragem probabilística: conveniência / não / acidental.</p>	<p>Estudo descritivo e transversal.</p> <p><i>Development of Evidence-Based Practice Questionnaire</i> (Gerrish et al. 2007).</p>	<p>Os enfermeiros suportam maioritariamente a sua prática no conhecimento baseado na experiência a partir das suas próprias observações, partilha com colegas e outros colaboradores. A utilização de evidências oriundas da investigação é utilizada raramente.</p> <p>As principais barreiras foram a falta de tempo e de competências para encontrar e utilizar evidências resultantes da investigação produzida. A idade, tempo de exercício e anos decorridos após a graduação em enfermagem influenciam o uso de fontes de conhecimento e as barreiras auto percebidas.</p> <p>Verifica-se uma associação positiva entre as competências auto percebidas de procura e revisão de diferentes fontes de evidência e a utilização de evidências provenientes de estudos de investigação e uma menor percepção de barreiras à PBE.</p>
<p><b>Rudman, 2012</b> <b>Suécia</b></p>	<p>Enfermeiros a exercer em múltiplos contextos.</p> <p>Examinar prospectivamente a extensão com que os</p>	<p>Coorte (EX2004) n = 1.207</p> <p>Coorte (EX2006) n = 1.227</p>	<p>Estudo longitudinal observacional, com recolhas de dados anuais ao longo de cinco anos.</p>	<p>A extensão da prática baseada em evidências foi estável entre os dois grupos e ao longo do tempo. As diferenças individuais existiram e mantiveram-se igualmente estáveis. No entanto, a extensão da prática dos diferentes componentes associados a uma prática baseada em</p>

	<p>enfermeiros na Suécia utilizam uma PBE ao longo dos primeiros cinco anos de prática clínica após a formação inicial.</p>		<p>Os dados foram colhidos em duas coortes de âmbito nacional (EX2004 e EX2006). A coorte EX2006 foi seguida anualmente durante os três primeiros anos após a formação inicial. A coorte EX2004 foi escrutinada anualmente entre os três e os cinco anos após a conclusão da formação graduada. Todos os participantes concluíram um curso superior de enfermagem com a duração de três anos e trabalhavam principalmente em contextos de internamento.</p> <p>A recolha de dados foi efetuada através de questionários anuais de autopreenchimento. A prática baseada em evidências foi concebida como um processo e medida com um instrumento incluindo seis itens.</p>	<p>evidências variou consideravelmente numa base mensal de 10% dos enfermeiros (avaliando relatórios de investigação) a 80% (usando outras fontes de informação e de bases de dados de pesquisa para aceder ao conhecimento). Parece importante para melhorar a prática baseada em evidências entre os enfermeiros recém-formados uma maior contribuição ao nível do ensino pré-graduado e as condições associadas aos contextos de trabalho.</p>
--	---	--	---	---

<p><b>Yip, 2013*</b> <b>Singapura</b></p> <p><i>*Artigo aceite para publicação em 2012. Recolha de dados em 2008.</i></p>	<p>Enfermeiros a exercer num hospital de agudos.</p> <p>Explorar o conhecimento e atitudes dos enfermeiros face à PBE e os fatores facilitadores da sua adoção.</p>	<p>n = 1.144</p> <p>(Taxa resposta / questionários válidos = 75,4%).</p> <p>Amostragem não probabilística: conveniência / acidental.</p>	<p>Estudo descritivo e transversal.</p> <p>Questionário de autopreenchimento desenvolvido a partir de questões integrantes dos seguintes instrumentos e domínios de avaliação: Atitudes e Conhecimentos (McColl, Smith, White &amp; Field, 1998; Upton &amp; Lewis, 1998). Recursos de informação (Adams &amp; Barron, 2010; Titler, Hill, Matthews &amp; Reed, 1999). Barreiras (Gerrish et al., 2007).</p>	<p>Cerca de metade dos participantes revelaram uma atitude favorável à PBE, sendo a atitude mais positiva entre os enfermeiros detentores de posições hierárquicas mais elevadas, nomeadamente ao nível da gestão ou que frequentaram formação específica ao nível da PBE. No entanto, 75% assumiram a falta dos conhecimentos e competências necessárias para utilizar a metodologia PBE. Muitos enfermeiros não dispõem de tempo para ler os artigos, impedindo-os deste modo de adotarem uma PBE.</p> <p>O treino e a provisão de orientação dirigida (<i>mentorship</i>) foram identificados como fatores importantes enquanto facilitadores da adoção de PBE. Outras estratégias incluíram a consciencialização dos benefícios da PBE e respetivo suporte por parte da organização. Para contornar constrangimentos relativos à disponibilidade de tempo deverão ser exploradas formas alternativas de apresentar informação baseada na evidência em formatos mais acessíveis para os enfermeiros.</p>
---	---	--	--	---

#### ESTUDOS DE REVISÃO

<p><b>Squires a), 2011</b> <b>Multinacional</b></p>	<p>Atualização de revisão sistemática sobre os determinantes individuais relativos à utilização da investigação pelos enfermeiros.</p>	<p>Um total de 42.770 artigos foram identificados, dos quais, 501 foram pré-selecionados. Destes, 45 preencheram os critérios de seleção: Artigos que avaliam a utilização da investigação em geral (n = 39) ou diferentes tipos de utilização da investigação através de inquéritos de autoavaliação (n = 6).</p>	<p>Revisão sistemática da literatura com os seguintes critérios de inclusão face ao tipo de estudos: Ensaios clínicos randomizados, ensaios clínicos com grupo de controlo, ensaios clínicos e ainda estudos com desenho observacional que avaliavam a associação entre as características individuais e a utilização da investigação. A seleção de estudos</p>	<p>Foram identificadas relações positivas, com significância estatística, na utilização da investigação em geral nas seguintes quatro categorias: crenças e atitudes, procura da informação, educação e características profissionais. A única característica avaliada em número suficiente de estudos com resultados consistentes para o tipo de utilização foi a atitude em relação à investigação. Esta característica apresentou uma associação positiva com a utilização da investigação e o recurso a instrumentos para esse efeito.</p> <p>Complementarmente verifica-se que participar em conferências e outros eventos científicos, deter uma formação pós-graduada em enfermagem, exercer num contexto diferenciado/especializado, desempenhar funções de liderança e ter uma maior satisfação profissional com o trabalho foram identificados como</p>
---	--	--	---	---

			restringiu-se aos artigos publicados nos seguintes idiomas: inglês, dinamarquês, sueco e norueguês.	importantes características individuais para a utilização da investigação.
<b>Squires b), 2011 Multinacional</b>	Revisão sistemática sobre a extensão do uso da investigação na prática clínica.	Após exclusão de artigos duplicados, um total de 12.418 artigos foram identificados, dos quais, 133 foram pré-selecionados. Destes, 55 preencheram os critérios de seleção abrangeram o desenho do estudo, os participantes e os resultados obtidos. No total, foram selecionados estudos transversais / inquéritos (N = 51) e estudos quasi-experimentais (N = 4), abrangendo o período de 1987 até 2007.	Revisão sistemática da literatura, cuja seleção de estudos se restringiu a artigos em língua inglesa ou escandinava. Os critérios de inclusão utilizados foram: relatórios de investigação associados a estudos de investigação primária que avaliaram a utilização ao nível profissional pelos enfermeiros da investigação na prática clínica. A classificação da extensão do uso da investigação classificou os resultados ( <i>scores</i> ) obtidos em quartis, com a seguinte denominação: baixa; moderadamente baixa; moderadamente elevada ou elevada.	A maioria dos estudos reportaram uma utilização da investigação a um nível moderadamente elevado, tendo esta permanecido relativamente consistente desde o ano 2000. No entanto os problemas metodológicos inerentes aos estudos selecionados poderão transparecer uma avaliação demasiado otimista no que se refere à extensão do uso da investigação na prática clínica. Existe uma necessidade identificada de desenvolver a utilização de instrumentos de avaliação padronizados, devidamente validados, bem como de estudos com desenhos mais robustos e adequados que possibilitem avaliar não só a utilização da investigação pelos enfermeiros mas também o impacto desta utilização a diferentes níveis em termos de ganhos para as pessoas ( <i>patient</i> ). É de considerar como plausível o enviesamento associado ao uso de instrumentos de autopreenchimento e auto percepção, nomeadamente no que se refere aos efeitos de desejabilidade social.

#### 4. ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS ESTUDOS

Os estudos selecionados apresentam uma proveniência geográfica que nos permite observar realidades muito distintas, desde o Continente Americano (Estados Unidos da América e Canadá), passando pela Europa (Noruega, Suécia, Espanha, Áustria), Próximo Oriente (Turquia), Médio Oriente (Irão), Ásia (Hong Kong, China e Singapura) e Oceânia (Austrália). Apesar do desenho dos estudos que cumpriram na íntegra os critérios de inclusão não ser de cariz experimental, a dimensão significativa das amostras estudadas e o rigor metodológico adotado permitem tomar como válidas estas realidades que, embora se apresentem de um modo predominante como convergentes, são também idiossincráticas, ou seja, refletem fatores de origem local e ou regional. A título ilustrativo salientam-se de entre outras, as diferenças na formação académica, as diversas estruturas organizacionais, os fatores de ordem cultural e laboral e ainda os contextos do exercício.

Sendo este um processo de revisão integrativa, não se pretendiam identificar consensos mas sim, sinalizar tendências e procurar informação que nos providenciasse em cada contexto, explicações consistentes de uma realidade que, pela sua natureza simultaneamente intrínseca (caraterísticas individuais) e extrínseca (caraterísticas das organizações) é marcadamente heterogénea ainda que caracterizada por diversas sobreposições.

Procurando a extração dos dados/resultados evidenciados pelos diferentes estudos selecionados, optou-se pela sua categorização em três dimensões centrais decorrentes da questão de revisão e respetivos objetivos. Neste âmbito, apresentamos de um modo esquemático e sintético as principais informações obtidas.

##### 4.1. Dimensão – Atitudes

De entre os estudos que se debruçam especificamente sobre as atitudes dos enfermeiros relativamente à utilização da investigação para apoiar a prática clínica e a uma prática baseada na evidência (Hart et al., 2008; Koehn & Lehman, 2008; Breimaier, et al., 2011; Majid et al., 2011; Moreno-Casbas et al., 2011; Squires,

Estabrooks, Gustavsson & Wallin, 2011a; Dalheim et al., 2012; González-Torrente, Pericas-Beltrán, Bennasar-Veny, Adrover-Barceló, Morales-Acensio & Pedro-Gómez, 2012; Yip, Mordiffi, Shen, Kim, Zhang & Majid 2013) apenas um destaca uma atitude claramente negativa, marcada entre outros aspetos dificultadores, pela falta de interesse na investigação por parte dos profissionais (Breimaier, et al., 2011). Na generalidade há uma abertura e sentimento positivo, denotando o reconhecimento da sua importância para o exercício profissional. No entanto, a perspectiva favorável à PBE, manifesta-se de diferentes formas e relacionada com variáveis distintas, as quais procurámos sistematizar.

Duas das vertentes abordadas são os ganhos em saúde para os clientes e a melhoria dos cuidados prestados (Hart et al., 2008). Por outro lado, também é reconhecida a importância no âmbito do apoio e suporte aos processos de tomada de decisão, nomeadamente quando alicerçada na pesquisa. Parecem reunir consenso algumas conclusões associadas a uma atitude positiva face à PBE, nomeadamente de ter formação superior e pós-graduada (Kajermo et al., 2008), experiência na condução de processos de investigação (Moreno-Casbas et al., 2011), exercer funções num patamar hierárquico mais elevado, nomeadamente no âmbito da gestão e liderança (Yip et al., 2013) em detrimento da prática clínica (González-Torrente et al. 2012) e ser detentor de formação específica no domínio da PBE (Yip et al., 2013).

Um dos estudos demonstra a existência de uma associação positiva entre as competências auto percebidas de procura e revisão de diferentes fontes de evidência e a utilização e incorporação de evidências provenientes de estudos de investigação (Dalheim et al., 2012).

Num estudo de revisão, evidenciam-se relações positivas entre as atitudes e a utilização da investigação em geral, embora outras variáveis também se associem a estas mesmas relações positivas, nomeadamente, as crenças, a necessidade de procurar informação, a formação realizada e ainda as características profissionais. Por outro lado, esta atitude favorável parece estar associada ao recurso a instrumentos de apoio à utilização da investigação (Squires et al., 2011a).

#### 4.2. Dimensão – Barreiras e facilitadores

Relativamente às barreiras, estas não se apresentam ou deverão ser entendidas em oposição aos facilitadores, porquanto a sua determinação não permite construir evidência de que o seu contrário promova uma PBE no entanto, considerando os dados extraídos, far-se-á uma análise dicotómica entre uns e outros, permitindo deste modo uma melhor organização da informação.

Começando por uma perspetiva favorecedora, observam-se vários estudos (Chau et al., 2008; Mehrdad et al., 2008; Mills et al., 2009; Yip et al., 2013) que identificam explicitamente fatores facilitadores à PBE os quais se poderão categorizar em duas dimensões principais, de índole individual e ou de natureza coletiva e organizacional (Mehrdad et al., 2008). Relativamente à primeira dimensão, destaca-se o encorajamento e suporte para a investigação por parte dos gestores da organização (Chau et al., 2008) e a aprendizagem e interações com clientes, colegas, médicos e enfermeiros enquanto fontes importantes de conhecimento (Mills et al., 2009). Também o treino e uma orientação dirigida por mentores foram identificados como fatores importantes enquanto facilitadores da adoção da PBE (Yip et al., 2013). Em reforço destes facilitadores, regista-se igualmente as oportunidades de educação e de formação em serviço enquanto fontes principais de conhecimento para os enfermeiros (Mills et al., 2009).

Paralelamente também se encontram nestes facilitadores um conjunto de estratégias que a investigação produzida identifica como propensores de uma prática clínica centrada nas evidências e nos conhecimentos provenientes da investigação. Destas estratégias, destacam-se a construção de redes de suporte e a promoção de formação avançada para aumentar o conhecimento de base sobre investigação (Chau et al., 2008), o envolvimento dos líderes, gestores e responsáveis organizacionais na promoção da incorporação da investigação na prática clínica (Kajermo et al., 2008) e ainda a necessidade e o valor associado a uma avaliação sistematizada quanto ao desenvolvimento de planos sustentados para a implementação de uma cultura organizacional baseada na evidência (Kajermo et al., 2008). Em síntese, parece ser necessário um trabalho estruturado que promova a consciencialização dos benefícios decorrentes da PBE e respetivo suporte por parte das organizações (Yip et al., 2013).

A identificação de barreiras à PBE e à utilização dos resultados da investigação tem merecido particular atenção pelo que foi sem surpresa que se encontraram vários estudos que as reportam. A este facto, certamente se associa a existência de múltiplos instrumentos devidamente validados e cujos constructos foram amiúdes vezes testados. No seu todo, apesar da variabilidade geográfica e organizacional, observam-se de forma padronizada barreiras que predominam nas diversas avaliações. O quadro seguinte, procura sistematizar esta informação, baseando-se nos três itens predominantes em cada estudo reportando as barreiras mais sinalizadas.

**Quadro 5 – Barreiras mais frequentes nos estudos seleccionados**

<b>Barreira</b>	<b>Artigos (Autor/ano)</b>
<b><i>Falta de tempo</i></b>	Chau et al., 2008; Koehn & Lehman, 2008; Mehrdad et al., 2008; Mills et al. 2009; Chien, 2010; Kocaman et al., 2010; Majid et al. 2011; Dalheim et al., 2012; Yip et al., 2013.
<b><i>Falta de conhecimentos, capacidades e competências no âmbito da PBE</i></b>	Koehn & Lehman, 2008; Chien, 2010; Kocaman et al., 2010; Majid et al. 2011; Dalheim et al., 2012; Yip et al., 2013.
<b><i>Falta de autoridade para alterar as práticas</i></b>	Chau et al., 2008; Mehrdad et al., 2008; Mills et al., 2009; Chien, 2010.

A leitura deste quadro deverá ser efetuada considerando que se procuraram categorizar aspetos sobreponíveis, originando deste modo dimensões que integrassem os aspetos centrais em cada barreira. Esta realidade advém do facto de ser diversificado o conjunto de instrumentos utilizados para avaliação de barreiras levando a que seja complexa a comparação linear de resultados. Adicionalmente, verificaram-se dados relevantes que ajudam a caracterizar com maior precisão os aspetos dificultadores. Desde logo, o risco de percecionarmos maiores barreiras à utilização dos resultados da investigação na prática clínica poderá estar associado à falta de suporte organizacional ou ainda a níveis de qualificação académica inferiores (Kajermo et al., 2008). O fator experiência e a partilha de opiniões com base na interação pessoal ainda se sobrepõe à pesquisa e leitura de artigos no âmbito do suporte à prática (Mills et al., 2009). No que concerne à idade, os enfermeiros mais jovens e com menor experiência percecionam um maior número de barreiras e a um nível mais elevado, paralelamente, os enfermeiros mais experientes tendem a sobrevalorizar a PBE percecionada (Chien, 2010). Um outro estudo também alude à influência da idade, do tempo de exercício e anos decorridos após a graduação inicial em enfermagem



como fatores que influenciam o uso de fontes de conhecimento e as barreiras auto percebidas (Dalheim et al., 2012).

É interessante constatar que, em estudos que isolaram grupos de enfermeiros detentores de experiência de investigação (Kocaman et al., 2010; Moreno-Casbas et al., 2011; Dalheim et al., 2012), esse facto se assume como revelador da percepção de barreiras a um outro nível. Desde logo, deter uma atitude proativa face à utilização da investigação associa-se a dificuldades em interpretar os resultados da investigação e estar isolado de colegas com conhecimentos de pesquisa é mais relevante face a essa utilização em detrimento do tempo disponível para o fazer (Kocaman et al., 2010). A própria qualidade da investigação foi classificada como uma barreira maior do que as componentes ligadas às características da organização e ou do próprio enfermeiro (Moreno-Casbas et al., 2011). Existe igualmente uma associação positiva entre a utilização de evidências provenientes de estudos de investigação e uma menor percepção de barreiras à PBE (Dalheim et al., 2012).

Finalmente, deverão ser merecedores de atenção os resultados de um estudo multicêntrico (Brown et al., 2010) que revelaram que o valor preditivo das barreiras face à prática, às atitudes e aos conhecimentos / competências associados à PBE era pouco significativo. Para estes autores, as barreiras parecem ter uma influência mínima na implementação de PBE na maioria dos enfermeiros a exercer num conjunto de hospitais.

#### 4.3. Dimensão – Práticas

Sendo mais objetivo e pragmático definir e avaliar atitudes, barreiras e facilitadores, a dimensão práticas contém uma diversidade de aspetos que a constituem como o elemento detentor de maior heterogeneidade, cuja realidade patente nos artigos seleccionados procuraremos espelhar em seguida. Na verdade, abordar práticas é ter em conta comportamentos mas também conhecimentos, competências, necessidades e expectativas na utilização e incorporação dos resultados da investigação. Por outro lado, convém enfatizar que, tal como mencionado anteriormente, o método associado a uma prática clínica baseada na

evidência estrutura-se em torno de processos de tomada de decisão sempre complexos, considerando os recursos, a experiência clínica e os valores das pessoas.

Relativamente aos conhecimentos, um dos artigos (Hart et al., 2008) descreve que mais da metade dos enfermeiros acreditavam estar confiantes na compreensão da linguagem em artigos de pesquisa. Inversamente e no mesmo estudo, menos de metade denotavam confiança na compreensão das análises estatísticas utilizadas em artigos de investigação. Outra pesquisa (Koehn & Lehman, 2008) denota que as práticas apresentavam valores moderados, sendo estes ainda menores no que concerne aos conhecimentos. Um estudo em contexto de cuidados de saúde primários (González-Torrente et al. 2012) determinou que os enfermeiros avaliavam os seus conhecimentos com um valor médio de 66,6%, sendo este resultado maior de entre os enfermeiros com menor experiência profissional.

Atendendo à vertente competências, as perceções relatadas revelam confiança na capacidade de avaliar e obter informação dos relatórios de pesquisa (Hart et al., 2008). No entanto uma maioria refere precisar de mais competências na avaliação da investigação produzida antes de mudar as suas práticas. Quase dois terços (63,4%) estavam confiantes de que tinham as habilidades necessárias para realizar uma pesquisa de literatura com recurso ao computador. Também se verificaram valores médios de competências noutras investigações (Koehn & Lehman, 2008) sendo que, uma vez mais, se observam relações inversas ente maiores níveis de competência e menor experiência profissional (González-Torrente et al. 2012). Este último estudo relata igualmente uma relação positiva e significativa entre a avaliação das condições de trabalho e o nível de prática baseada na evidência.

Relativamente a alguns domínios da prática, observa-se num dos estudos (Boström et al., 2009) um baixo nível de formulação de questões clinicamente relevantes que desencadearam posteriormente pesquisas em bases de dados. Mais de metade dos enfermeiros utilizam outras fontes de informação para identificar conhecimentos oriundos da investigação e apenas 33% avaliam o conteúdo dos artigos e outros estudos bem como, participaram em processos de

mudança / implementação da prática clínica. Ainda neste estudo, verificam-se modificações a este nível associadas aos contextos de prática sendo que a área da gerontologia foi a que registou uma maior aplicação da metodologia de PBE (Boström et al., 2009). Uma outra investigação retrata uma realidade mais adversa a este nível, sendo entre os estudos selecionados o único a fazer uma avaliação relativamente à PBE por parte dos enfermeiros claramente negativa (Dalheim et al., 2012). Neste, os profissionais de enfermagem suportam maioritariamente a sua prática no conhecimento baseado na experiência a partir das suas próprias observações, partilha com colegas e outros colaboradores, sendo rara a utilização de evidências oriundas da investigação.

Ainda ao nível das práticas, a leitura dos resultados do único estudo longitudinal selecionado permite-nos constatar que a extensão da prática baseada em evidências foi estável entre as duas *coortes* avaliadas durante cinco anos (Rudman, Gustavsson, Ehrenberg, Boström & Wallin, 2012). As diferenças individuais existiram e mantiveram-se ao longo do tempo. No entanto, a extensão da prática dos diferentes componentes associados a uma PBE variou consideravelmente numa base mensal de 10% dos enfermeiros (avaliação de relatórios de investigação) a 80% (utilização de outras fontes de informação e de bases de dados de pesquisa para aceder ao conhecimento).

Finalmente, nos estudos de revisão sistemática (Squires et al., 2011a, b) verifica-se que foram identificadas relações positivas e com significância estatística na utilização da investigação em geral nas seguintes quatro categorias: crenças e atitudes, procura da informação, educação e características profissionais (Squires et al., 2011a) e que a maioria dos estudos reportaram uma utilização da investigação a um nível moderadamente elevado, tendo este permanecido num patamar relativamente consistente desde o ano 2000, embora problemas de cariz metodológico inerentes aos estudos selecionados transparecessem avaliações demasiado otimistas no que se refere à extensão do uso da investigação na prática clínica (Squires et al., 2011b).

Por último, considerando dimensões associadas a uma maior agilização e favorecimento de uma PBE, elencam-se algumas das conclusões apontadas nos estudos. Por um lado, relativamente às expectativas dos enfermeiros no que

concerne à implementação da investigação, a maioria indicou o acesso adequado à informação, a disponibilidade de estruturas de apoio e o suporte profissional / organizacional (Breimaier et al., 2011). Ainda nesta investigação, as necessidades relacionadas com a educação / formação em enfermagem e a investigação foram indicadas como sendo predominantes, sobretudo numa fase inicial da atividade profissional. Parece ser igualmente relevante deter alguma experiência na condução da investigação, sendo que uma forma de ultrapassar esta desigualdade será integrar relativamente à própria investigação um duplo estatuto, isto é, não só o de consumidor mas também o de (co)produtor (Moreno-Casbas et al., 2011). Entre os enfermeiros recém-formados, um contributo acrescido por parte do ensino pré-graduado e as condições associadas aos contextos de trabalho assumem-se como fatores que interferem ao nível de uma maior dinamização da PBE (Rudman et al., 2012). Por outro lado e em termos concretos, a exploração de formatos alternativos na apresentação de informação baseada na evidência, sobretudo de um modo mais acessível aos enfermeiros também se afigura como positiva (Yip et al., 2013).

Em suma, será também pertinente equacionar a importância de em todos estes processos de avaliação, se defender o recurso e a utilização de instrumentos de avaliação padronizados, devidamente validados bem como, da realização de estudos com desenhos mais robustos e adequados que possibilitem avaliar não só a utilização da investigação pelos enfermeiros mas também o impacto desta utilização a diferentes níveis em termos de ganhos para as pessoas (Squires et al., 2011b). Qualquer análise efetuada a este nível, independentemente da sua sistematização e método, deverá igualmente considerar como plausível o enviesamento associado ao uso de instrumentos de autopreenchimento e auto perceção, nomeadamente no que se refere aos efeitos de desejabilidade social (Squires et al., 2011b).

## 5. SÍNTESE CONCLUSIVA

Os enfermeiros genericamente valorizam uma prática baseada na evidência, percecionando-a como relevante para a melhoria do seu exercício profissional e obtenção de ganhos em saúde junto das pessoas. A incorporação de evidências

na prática clínica diária é ainda uma realidade que ocorre a níveis moderados, apesar de serem frequentes as percepções otimistas do uso do conhecimento para apoiar a prática clínica.

As barreiras a uma PBE têm sido recorrentemente estudadas embora tal não pareça ter influenciado ou modificado as práticas no sentido destas incorporarem os resultados da investigação. Relativamente às dimensões em que se enquadram, confirma-se que predominam as vertentes organizacionais e ou pessoais, profissionais, académicas e científicas. Em termos objetivos, merece uma particular atenção a questão da «falta de tempo». Pela sua frequência e transversalidade, esta percorre uma larga maioria das investigações produzidas. Num estudo que procurou analisar a relação entre a utilização da investigação face à ocupação profissional dos enfermeiros, verificou-se que a questão da falta de tempo se refere a uma representação mental do mesmo, bem como da energia requerida para utilizar os resultados da investigação e ainda uma cultura profissional de “estar ocupado” e não à quantidade de tempo cronológico efetivamente necessário (Thompson, O’Leary, Jensen, Scott-Findlay, O’Brien-Pallas & Estabrooks 2008). Segundo os seus autores, os enfermeiros e as organizações mantêm enraizada uma cultura profissional em que estar ocupado é valorizado e recompensado. Esta mesma cultura não valoriza aqueles que ocupam o seu tempo lendo e refletindo sobre os resultados da investigação, embora premeie sobremaneira aqueles que passam o tempo a desenvolver tarefas e procedimentos de grande visibilidade junto dos seus clientes.

Existem ainda diversas variáveis que condicionam as práticas e a presente revisão demonstrou que só uma visão multidimensional poderá integrar todas as componentes que condicionam a adoção numa base regular da PBE. Os conhecimentos, as competências e capacidades dos profissionais, a sua formação e o apoio organizacional disponibilizado, o acesso à informação, os contextos e as condições do exercício determinam no seu conjunto e em boa parte, uma prática que se centre em processos de tomada de decisão baseados na investigação. Parece óbvio que a formação no domínio da investigação e apropriação desta como uma das dimensões permanentes que suportam a prática clínica serão aspetos centrais que poderão determinar no futuro uma alteração

sustentada e estruturada da prestação dos cuidados, baseados no conhecimento e nas evidências científicas.

Da revisão efetuada emergem portanto, diversas implicações para a prática clínica bem como para futuras investigações. Por um lado, estas não se deverão restringir apenas a um diagnóstico de situação, devendo procurar estudar e apontar caminhos que assegurem uma alteração do *status quo* dominante. Nesse âmbito, assumem particular relevo as dimensões educativa e ou formativa. Paralelamente, qualquer mudança futura deverá envolver sempre as organizações, assumindo nestas e de um modo particular, os responsáveis e líderes um especial relevo porquanto deverão estimular, apoiar e dinamizar culturas organizacionais baseadas na evidência, valorizando a incorporação de resultados da investigação e procurando criar e ou desenvolver condições futuras para que a dimensão da investigação seja mais enfatizada e reconhecida no contexto da prática profissional.

Da leitura e avaliação desta revisão, deverão ser ainda equacionadas algumas limitações que condicionam uma generalização dos achados. Desde logo, a qualidade da investigação revista, pautada sobretudo por estudos observacionais em detrimento de estudos experimentais aleatorizados. Por outro lado, as limitações aportadas pela determinação das amostras utilizadas nos estudos observacionais, na sua maioria não aleatorizadas e de conveniência, limitando a extrapolação dos resultados. Por fim, a ausência quase total de estudos realizados em Portugal, desconhecendo-se a realidade do exercício profissional dos enfermeiros no país, o que se constitui como uma lacuna *major*, mas simultaneamente uma oportunidade e uma justificação para alicerçar o desenvolvimento de investigações posteriores, visando em concreto a realidade portuguesa.

## **CAPÍTULO III – PERCURSO DE INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA**

### **1. CONTEXTUALIZAÇÃO**

A prática de enfermagem baseada na evidência afigura-se, tal como enquadrado anteriormente, como uma forma rigorosa, metódica e estruturada de promover práticas profissionais que, em regra, assumir-se-ão como as mais adequadas e seguras, otimizando os recursos disponíveis, considerando o envolvimento e participação de todos os intervenientes nos complexos processos terapêuticos e de tomada de decisão (Pereira, Peixoto & Martins, 2012). Subsequentemente são expectáveis ganhos em saúde e melhores resultados para as pessoas, para os profissionais e ainda para as próprias organizações.

No entanto são reconhecidas uma série de barreiras e fatores dificultadores e ou facilitadores à sua adoção e implementação, sendo esta uma centralidade no que se refere à tradução do conhecimento em intervenções baseadas na evidência. Paralelamente, tem sido também avaliadas diversas atitudes, competências, capacidades e práticas dos profissionais face à EBE, dimensões essas que se constituem como fatores que influenciarão decisivamente a incorporação de evidências.

Em Portugal é residual a produção a este nível, nomeadamente de estudos que procurem avaliar atitudes, barreiras e práticas profissionais em relação à EBE. As explicações para esta realidade poderão ser diversas, mas nesta fase limitamo-nos a registar que de entre os diversos instrumentos de medida existentes e dos quais falaremos com maior detalhe posteriormente, apenas em 2011 se processou a validação de uma destas escalas para a realidade portuguesa (Vilelas & Basto) sendo que para se sustentar a presente investigação, se verificou a necessidade de se validarem adicionalmente outros dois instrumentos, constituindo-se estes processos como estudos prévios para a efetivação do estudo principal.

Aquando do desenvolvimento do estudo exploratório «Barreiras à prática de enfermagem baseada em evidência no contexto comunitário: Um estudo de caso numa ULS do norte de Portugal» (Pereira et al., 2012) encontraram-se dados sensíveis e indicadores de diversas particularidades na amostra então estudada

face aos dados disponíveis internacionalmente. No entanto, os constrangimentos metodológicos desse estudo, nomeadamente a utilização de um instrumento não validado para a população portuguesa, a limitada dimensão amostral (n = 95) e ainda a especificidade do contexto de exercício dos participantes composto exclusivamente por enfermeiros a exercer nos cuidados de saúde primários (CSP), inibiram extrapolações de resultados. Foi no entanto um trabalho precursor muito importante na medida em que acentuou a nossa determinação em investigar com maior profundidade esta complexa e multidimensional realidade e em simultâneo, contribuiu para estruturar a investigação empírica desenvolvida ao longo deste programa doutoral.

Deste modo, considerando as diferentes dimensões presentes no enquadramento conceptual elaborado incluindo a revisão da literatura efetuada, bem como os argumentos adicionais agora elencados, justifica-se na nossa perspetiva a realização do estudo que desenvolvemos, que teve como principal finalidade caracterizar, numa população específica de enfermeiros a exercer no norte de Portugal, as atitudes, barreiras, competências e práticas relativamente à EBE, procurando determinar o seu grau de relação e interdependência, constituindo assim, não só um aprofundado diagnóstico de situação face a esta problemática mas também a construção de uma base de conhecimento que apoie a estruturação de estratégias e intervenções que promovam entre os enfermeiros uma maior e efetiva implementação e disseminação da PBE, contribuindo deste modo para, num cenário pluridisciplinar e multiprofissional, disponibilizar cuidados de saúde baseados nas melhores evidências científicas.

## 2. OBJETIVOS E QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO

Na presente investigação, pretendeu-se responder em termos operativos à seguinte pergunta de partida:

***Relativamente à enfermagem baseada na evidência, quais as atitudes, barreiras, competências e práticas num grupo de enfermeiros do norte de Portugal?***



Na sequência da questão formulada, definiram-se os seguintes objetivos para o estudo:

- Descrever as práticas, atitudes e conhecimentos/competências dos enfermeiros em relação à EBE;
- Avaliar as barreiras à utilização da investigação na prática profissional;
- Verificar as possíveis relações entre as barreiras, as atitudes, os conhecimentos, competências / capacidades e ainda as práticas profissionais em relação à EBE.

Como questões orientadoras para o estudo, enunciaram-se as seguintes:

- Quais as barreiras face à EBE com que se confrontam estes enfermeiros?
- Qual a natureza das barreiras identificadas?
- Em que medida os contextos de exercício favorecem ou dificultam o estabelecimento de uma EBE?
- Que atitudes por parte dos profissionais condicionam ou agilizam a adoção da EBE?
- Como é percecionada na prática profissional a implementação das diversas etapas associadas à EBE?
  - Serão regularmente formuladas questões clinicamente relevantes?
  - Com que frequência ocorre o acesso a fontes de evidência disponíveis?
  - A investigação selecionada é alvo de apreciação crítica?
  - Em que medida são incorporadas na prática as evidências encontradas?
  - Qual a autoavaliação sobre a incorporação de evidências no exercício profissional?
  - Qual o nível de partilha da informação decorrente de novas evidências?

As perguntas anteriormente elencadas surgem como uma especificação dos objetivos definidos, procurando plasmar o que se pretende obter como informação (Fortin, 2009). Para esta autora a especificidade desta opção metodológica é sustentada pois advoga a utilização de questões de investigação para situações em que o estado do conhecimento é menos avançado, sendo o seu uso restrito a

estudos de desenho observacional, mais concretamente estudos descritivos-correlacionais.

Procurando responder às questões enunciadas e conseqüentemente alcançar os objetivos a que nos propusemos, desenvolvemos um estudo de cariz observacional, transversal e do tipo descritivo-correlacional. Metodologicamente a opção por um estudo desta natureza decorre naturalmente dado que este assume o desenho mais apropriado para explorar e descrever relações entre variáveis, desconhecendo-se à partida as associações que possam existir entre as mesmas (Fortin, 2009). Adicionalmente atente-se a esta clarificadora citação relativamente às características dos estudos descritivo-correlacionais, nestes:

“(...) são as questões de investigação que guiam o estudo e não as hipóteses. Do mesmo modo, não há razão para variáveis dependentes e independentes neste tipo de estudo. (...) Os dados são colhidos junto de participantes com a ajuda de escalas e questionários. A amostra deve ser bastante alargada e representativa da população-alvo. Análises de correlações permitem colocar as variáveis em relação umas com as outras” (Fortin, 2009, p. 244).

Em complementaridade a este estudo, efetuámos um segundo estudo do tipo *quasi-experimental* com avaliação antes e após intervenção cuja descrição dos procedimentos adotados e a respetiva apresentação dos resultados será detalhada de um modo autónomo no capítulo V.

### 3. INSTRUMENTOS DE RECOLHA DE DADOS

Aquando da elaboração da revisão da literatura efetuada, foram identificados um conjunto de instrumentos de cariz quantitativo que possibilitavam a avaliação de determinadas características dos enfermeiros em relação à PBE (Funk, Champagne, Wiese & Tornquist, 1991; Parahoo, 1998; Bjorkstrom & Hamrin, 2001; Nagy, Lumby, McKinley & Macfarlane, 2001; Hutchinson & Johnston 2004; Upton & Upton, 2006; Guerrish et al., 2007). A opção por escalas e questionários como já referido, decorre naturalmente no contexto dos estudos de cariz descritivo-correlacional ao permitir recolher informação factual sobre atitudes, conhecimentos e opiniões, entre outras dimensões. Já no que se refere às escalas, estas são formas de autoavaliação, sendo ainda mais precisas de que os questionários Fortin (2009).

Em conformidade, utilizaram-se as versões portuguesas dos seguintes instrumentos para a recolha de dados: «*Barriers to Research Utilization Scale*» (Funk, Champagne, Wiese & Tornquist, 1991); «*Attitudes to Evidence-Based Practice Questionnaire*» (Mckenna, Ashton & Keeney, 2004) e o «*Evidence-Based Practice Questionnaire*» (Upton & Upton, 2006) cujas descrições sumárias se apresentam em seguida. Dado que, de entre estes instrumentos apenas um havia sido alvo de processo prévio de validação para a realidade portuguesa, foram por nós desenvolvidos dois estudos metodológicos que permitissem obter a validação para a realidade nacional do «*Attitudes to Evidence-Based Practice Questionnaire*» e do «*Evidence-Based Practice Questionnaire*» respetivamente. Estes estudos que foram publicados em revistas internacionais com revisão por pares serão alvo de reporte no capítulo seguinte. Relativamente à validade e fiabilidade dos instrumentos utilizados recorreu-se à determinação da consistência interna através do valor de alfa de *Cronbach*, sendo que esta medida é determinada “com base na média das intercorrelações entre todos os itens do teste” (Ribeiro, 2008, p. 93).

Em complementaridade a estes instrumentos, recorreu-se à aplicação de dois blocos de questões designados genericamente por “Acesso e utilização da informação para suporte à prática clínica” e “Caraterização socioprofissional”. Do primeiro bloco constavam as fontes de informação utilizadas para apoiar a prática diária, a caraterização do acesso profissional aos recursos de informação na *internet* e ainda a estimativa / autoperceção da prática clínica que os participantes consideram ser baseada na evidência. No que concerne à caraterização socioprofissional, avaliou-se a idade, o sexo, a formação académica, o título profissional e a área de especialização, o tempo de exercício, o contexto de exercício profissional predominante e ainda a tipologia de instituição de ensino onde foi realizada a formação pré-graduada.

### 3.1. Escala de Barreiras à Utilização da Investigação

A Escala de Barreiras à Utilização da Investigação (BRUS) é um questionário autoaplicável composto por 29 itens desenvolvida através da realização de pesquisas sobre o comportamento dos enfermeiros relativamente à investigação,

bem como, pela utilização dos resultados da investigação no exercício da enfermagem e ainda pelos dados recolhidos junto dos enfermeiros (Funk et al. 1991). O instrumento utiliza uma escala do tipo *Likert* de quatro pontos: 1 – Nada significativa, 2 – Pouco significativa, 3 – Moderadamente significativa e 4 – Muito significativa. Adicionalmente inclui uma hipótese de resposta 5 – Sem opinião. Operativamente, a escala BRUS encontra-se dividida em quatro subescalas que sumariamente se descrevem adiante. No estudo de validação para a realidade portuguesa (Vilelas & Basto, 2011) obtiveram-se os seguintes valores de alfa de *Cronbach* por subescala: “Comunicação do estudo”  $\alpha = 0.65$ ; “Caraterísticas do enfermeiro”  $\alpha = 0.8$ ; “Caraterísticas da investigação”  $\alpha = 0.72$  e “Caraterísticas da organização”  $\alpha = 0.8$ . No nosso estudo foram obtidos os seguintes valores de alfa por subescala: “Caraterísticas da organização”  $\alpha = 0.74$ ; “Comunicação do estudo”  $\alpha = 0.62$ ; “Caraterísticas do enfermeiro”  $\alpha = 0.8$  e “Caraterísticas da investigação”  $\alpha = 0.74$ . O resultado global para a escala foi de 0.90.

A subescala «*características da organização*» contempla oito itens sobre as barreiras e limitações da investigação associadas ao ambiente de trabalho, numa perspetiva abrangente. Integra e procura refletir o suporte de recursos estruturais e humanos das organizações de saúde que globalmente irão contribuir para uma dinâmica de mudança resultante da implementação dos resultados da investigação.

Na subescala «*características da comunicação do estudo*», observam-se sete itens que visam avaliar a acessibilidade da investigação. Este fator liga-se em concreto às qualidades da investigação e às potencialidades dos resultados associados à realização da investigação, refletindo dúvidas dos enfermeiros sobre a confiabilidade e validade dos resultados e conclusões dos estudos elaborados.

Na subescala «*características do enfermeiro*» composta por um total de oito itens, avaliam-se os valores, capacidades e conhecimento dos enfermeiros face à investigação, centrando-se nas características dos profissionais, estando ainda associada às crenças sobre a própria investigação produzida e às limitações que os enfermeiros detêm face à pesquisa.

A subescala «*características da investigação*» contempla um total de seis itens referentes às características, formas de comunicação e acesso aos resultados

decorrentes da investigação e à compreensão das respetivas implicações na prática. As questões integradas nesta subescala procuram avaliar as barreiras organizacionais face ao acesso à informação e às barreiras decorrentes da própria pesquisa.

A opção pela escala BRUS decorreu de duas ordens de fatores, ser o instrumento mais utilizado internacionalmente em termos do estudo de barreiras à utilização de resultados da investigação por parte dos enfermeiros, permitindo aferir com grande fiabilidade da sua validade e reprodutibilidade (Kajermo, Boström, Thompson, Hutchinson, Estabrooks & Wallin, 2010). Por outro lado, a existência prévia de uma versão portuguesa (Vilelas & Basto, 2011) o que permitiu um acesso facilitado à sua utilização para a realização deste estudo.

### 3.2. Questionário de Atitudes e Barreiras em relação à Prática Baseada na Evidência

O Questionário de Atitudes e Barreiras à Prática Baseada na Evidência (QABPBE-26) é um questionário de autoaplicação, unidimensional que contempla um total de 26 itens. Estes são avaliados com recurso a uma escala do tipo *Likert* que compreende o valor 1 – Discordo totalmente, 2 – Discordo, 3 – Não tenho a certeza, 4 – Concordo e 5 – Concordo Totalmente. No seu conjunto apresenta diversas atitudes e barreiras face à PBE tendo a sua construção inicial sido originada a partir do contexto de exercício dos profissionais em cuidados de saúde primários. O questionário é ainda complementado por dois grupos distintos de dados, o acesso à informação e uma caracterização sociodemográfica. Na presente investigação, adotou-se parte da componente relativa ao acesso e utilização da informação para apoiar a prática profissional. A opção pela utilização deste instrumento decorreu do facto de o mesmo ter sido por nós previamente utilizado em sede do trabalho de investigação exploratório, tendo nesse contexto revelado uma fácil aplicação em termos da realidade estudada.

No caso do QABPBE-26, obteve-se um valor de  $\alpha = 0.66$ . Para a determinação deste resultado, foi necessário excluir da análise o item de resposta “3 – Não tenho a certeza” (considerados e interpretados nesta escala como uma manifestação de desconhecimento) pois o mesmo, como se demonstrará no âmbito da

apresentação de resultados, denota em 22 itens (num total de 26 que constituem a escala) valores de resposta  $\geq 10\%$ .

### 3.3. Questionário de Eficácia Clínica e Prática Baseada em Evidências

O Questionário de Eficácia Clínica e Prática Baseada em Evidências (QECPBE-20) é um instrumento de autopreenchimento, cuja versão portuguesa contempla 20 itens avaliados através de uma escala de diferencial semântico, organizada em três dimensões. O primeiro componente avalia as “Práticas” e recorre a uma escala do tipo *Likert*, que oscila entre 1 (nunca) e 7 (frequentemente), integrando seis itens. Nesta primeira dimensão pretende-se avaliar, considerando a prática clínica e os cuidados prestados aos doentes (clientes) no último ano, com que frequência e em consequência de uma lacuna identificada no conhecimento se procedeu às etapas genericamente associadas a uma PBE, desde a formulação de uma pergunta clinicamente relevante, passando pela localização e apreciação crítica das evidências até à mudança das práticas, respetiva avaliação e partilha de informação junto dos pares.

No segundo componente avaliam-se as “Atitudes”, através do posicionamento de proximidade adotado para cada par de questões, num total de três itens. Nestes, procura-se avaliar a atitude face à PBE bem como a abertura ao escrutínio e questionamento associado às práticas profissionais em uso.

Finalmente o terceiro componente pretende avaliar “Conhecimentos / habilidades e competências” através de uma escala do tipo *Likert*, que oscila entre 1 (pior) e 7 (melhor) num somatório de 11 itens. Esta subescala compreende questões entendidas como pré-requisitos em termos de competências e capacidades individuais que possibilitam uma efetiva PBE.

O QECPBE-20 revelou por subescala os seguintes valores: “Práticas”  $\alpha = 0.92$ ; “Atitudes”  $\alpha = 0.73$  e “Conhecimentos / habilidades e competências”  $\alpha = 0.93$ . Globalmente, o QECPBE-20 registou um valor de  $\alpha = 0.91$ .

#### 4. PROCEDIMENTOS

O formulário utilizado no estudo principal foi constituído por um conjunto de cinco partes com a seguinte designação genérica e sequencial: I – Atitudes e Barreiras em relação à Prática Baseada na Evidência; II – Eficácia Clínica e Prática Baseada em Evidências; III – Barreiras e Facilitadores à Utilização da Investigação; IV – Acesso e Utilização da Informação para Suporte à Prática Clínica; V – Caracterização Socioprofissional (Anexo I). Este foi aplicado diretamente junto dos participantes em suporte de papel tendo a recolha de dados antecedido uma intervenção formativa que decorreu no âmbito dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem da Ordem dos Enfermeiros (PQCE/OE), tendo esta assumido formalmente a seguinte designação: «Prática de Enfermagem Baseada na Evidência: Uma estratégia de construção da melhoria contínua». A recolha dos dados ocorreu entre setembro e dezembro de 2014 em todos os distritos do norte do país à exceção de Viana do Castelo. Posteriormente foram lançados os dados obtidos em matriz informática a partir do aplicativo *MedQuest*, disponibilizado para efeitos do estudo pelo Centro de Investigação em Tecnologias e Sistemas de Informação em Saúde da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto (CINTESIS/FMUP).

#### 5. PARTICIPANTES NO ESTUDO PRINCIPAL

Foi selecionada uma metodologia de amostragem não-aleatória por conveniência, entre uma população de 414 enfermeiros que participaram num programa formativo de curta duração promovido no contexto dos PQCE/OE cuja estruturação será apresentada em seguida. De entre estes, constituiu-se uma amostra acidental composta por todos os sujeitos que voluntariamente aceitaram participar no estudo, num total de 388 indivíduos. Deste modo, obteve-se uma taxa de resposta de 93,7%. A este respeito é de salientar que a escolha por este tipo de amostragem decorre da facilidade em aceder aos participantes, respondendo estes a características e critérios precisos de seleção.

Os participantes provinham de diversas organizações prestadoras de cuidados de saúde localizadas no norte de Portugal e exerciam em contexto hospitalar e ou de cuidados de saúde primários. Em cada instituição os sujeitos eram formalmente

responsáveis locais pela dinamização de projetos de melhoria contínua da qualidade no contexto do programa dos PQCE/OE e ou responsáveis institucionais locais compreendendo enfermeiros responsáveis, coordenadores, chefes, supervisores e diretores das organizações que a norte do país aderiram e dinamizam de modo voluntário este programa.

A realização desta formação e conseqüente procedimento amostral surgiu por acordo entre o investigador responsável e a Secção Regional do Norte da Ordem dos Enfermeiros (SRN/OE). Os participantes / formandos, após divulgação pública pela SRN/OE inscreveram-se livremente numa das diversas sessões agendadas e que abrangeram todas as regiões geográficas do Norte do país, nomeadamente Douro Litoral, Minho e Trás-os-Montes e Alto Douro. No total, foram dinamizadas seis sessões (Anexo II) de acordo com o exposto no quadro seguinte, tendo participado enfermeiros de todos os distritos abrangidos pela SRN/OE exceto Viana do Castelo pois neste distrito não existiam à data da recolha, instituições parceiras dos PQCE/OE.

**Quadro 6 – Sessões realizadas no âmbito da intervenção formativa**

<b>Sessão</b>	<b>Local</b>	<b>Concelho / Distrito</b>	<b>Data</b>	<b>Participantes</b>
<b>1<sup>a</sup></b>	Secção Regional do Norte OE	Porto	18/09/2014	28
<b>2<sup>*</sup></b>	Hospital Pedro Hispano	Matosinhos / Porto	21/10/2014	92
<b>3<sup>a</sup></b>	Hospital de Macedo Cavaleiros	Macedo Cavaleiros / Bragança	04/11/2014	34
<b>4<sup>a</sup></b>	Hospital S. Pedro	Vila Real	18/11/2014	99
<b>5<sup>a</sup></b>	Hospital de Braga	Braga	25/11/2014	97
<b>6<sup>a</sup></b>	Hospital Eduardo Santos Silva	Vila Nova Gaia / Porto	02/12/2014	64
<b>Total</b>				<b>414</b>

No contexto dos procedimentos e para uma melhor caracterização da população estudada, nomeadamente dos respetivos dinamizadores e interlocutores locais, impõe-se uma apreciação sumária aos PQCE/OE. Estes assumem-se como a materialização da defesa e da promoção da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados aos cidadãos e às comunidades, cumprindo deste modo o mandato social da profissão e constituindo-se “como um referencial à luz do qual



os enfermeiros se envolvem num processo de reflexão, tomada de decisão e desenvolvimento do seu exercício profissional” (OE, 2014).

Os padrões decorrem de um enquadramento conceptual estruturado em torno de seis enunciados descritivos que, no seu conjunto, se constituem como uma base padronizada da qualidade dos cuidados a que os enfermeiros devem ser sensíveis na sua prática. Genericamente, os conceitos base abordados são a Saúde; a Pessoa; o Ambiente e os Cuidados de Enfermagem. Relativamente aos enunciados descritivos, estes contemplam a Satisfação do Cliente; a Promoção da Saúde; a Prevenção de Complicações; o Bem-estar e o Autocuidado; a Readaptação Funcional e a Organização dos Cuidados de Enfermagem (OE, 2012a).

De referir ainda que estes participantes, por via da sua ligação aos PQCE/OE assumem o seu envolvimento paralelo num conjunto de atividades de carácter operacional e formativo das quais e no contexto do presente estudo se destaca a seguinte área temática: Importância e construção de programas de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem visando a obtenção de ganhos em saúde por parte dos cidadãos.

Refira-se que a opção por esta população específica (dinamizadores locais e ou responsáveis organizacionais) surgiu por diversas ordens de razão que entendemos explicitar. Por um lado verificou-se a oportunidade de se aceder diretamente à população efetivamente estudada, com a possibilidade de se proceder à aplicação do formulário inicial de recolha de dados de um modo próprio e “em mão”, assegurando deste modo a recolha dos dados. Em simultâneo, constatou-se que esta população específica detinha particulares responsabilidades em termos da EBE, quer pelo nível destacado de funções, quer pelo estatuto formal assumido nas diversas organizações o que, em linha com a revisão da literatura efetuada, se reveste de interesse acrescido no que se refere à incorporação de evidências na prática. Finalmente, esta possibilidade traduziu-se numa maior coerência de todo um percurso de investigação empírica desenvolvido neste âmbito, porquanto todos os estudos prévios efetuados (estudo exploratório inicial e estudos metodológicos para avaliação de propriedades

psicométricas dos instrumentos utilizados) ocorreram em contextos e organizações do norte do país.

## 6. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

O estudo principal foi alvo de parecer favorável pela Comissão de Ética e Investigação do Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto (Projeto N.º 77/2014 – Anexo III), sendo que todos os participantes que aceitaram responder ao formulário de recolha de dados fizeram-no após leitura e assinatura do “Consentimento Informado, Livre e Esclarecido para Participação em Projetos de Investigação” (Anexo IV). Aos participantes foi garantido o anonimato e confidencialidade dos dados colhidos, bem como o seu uso exclusivo no âmbito da presente investigação e ainda o caráter voluntário da respetiva participação.

Previamente, nas instituições onde se desenvolveram os estudos metodológicos, foram igualmente obtidos pareceres favoráveis pelos respetivos Conselhos de Administração, ouvidas as Comissões de Ética e Investigação em Saúde. Também foi assegurada numa fase preliminar a autorização para serem utilizados os instrumentos aplicados, quer no caso da versão portuguesa já existente, quer pelos autores dos instrumentos originais no caso dos instrumentos submetidos a estudos de validação (Anexos V, VI e VII).

## 7. TRATAMENTO E APRESENTAÇÃO DOS DADOS

Para a realização da análise dos dados recorreu-se ao programa IBM® SPSS® *Statistics* versão 20.0. Os dados obtidos foram analisados com recurso a estatística descritiva e a estatística inferencial. A estatística descritiva foi efetuada numa fase inicial com recurso a medidas de tendência central, de dispersão e frequências. No que se refere à estatística inferencial utilizaram-se as correlações de Pearson para avaliar a força de associação das variáveis contínuas, de Spearman para avaliar a associação entre variáveis ordinais, o teste *t* Student para comparação de médias entre amostras independentes e a análise da variância (ANOVA) para comparar três ou mais grupos independentes com variáveis

intervalares. Consideraram-se níveis de significância (*P value*), valores inferiores a 0,05.

Relativamente à correlação de Pearson, sendo uma medida de associação linear entre variáveis quantitativas, esta indica que os fenómenos não estão indissoluvelmente ligados, embora a intensidade de um esteja tendencialmente ligada à intensidade do outro apresentando-se ou no mesmo sentido ou em sentido contrário (Pestana & Gageiro, 2003). Embora com algum grau de variabilidade de acordo com diferentes autores, atendemos numa primeira fase à classificação proposta por Pestana e Gageiro (2003). Nesta, coeficientes de correlação inferiores a 0.3 indicam associação fraca, valores entre 0.4 e 0.7 correlação moderada e acima deste valor indicam correlação forte. Para outros autores, nomeadamente no âmbito das ciências sociais e humanas, dada a possibilidade de ocorrer uma menor expressividade das relações entre as variáveis, sugerem-se outras leituras que tivemos igualmente em conta, em concreto considerando respetivamente como correlações fracas, moderadas e fortes valores de referência de 0.1 de 0.3 e de 0.5 (Green, Salkind & Akey, 1997; Pallant, 2001). Atendendo à flexibilidade destas classificações, na leitura dos resultados da investigação empírica utilizaram-se como critérios de correlações fracas, moderadas e fortes, valores de 0.2, 0.4 e 0.6 respetivamente.

Na apresentação dos resultados provenientes da análise estatística inferencial, apesar de se ter estudado um conjunto vasto de possíveis inter-relações entre variáveis optou-se por reportar exclusivamente as associações e correlações cujos valores demonstraram significância estatística. Relativamente aos dados apresentados nomeadamente sob forma de quadro, em função da existência ou não de valores omissos, ocorrem diferenças no número total de participantes.



## CAPÍTULO IV – ESTUDOS METODOLÓGICOS

### 1. CONTEXTUALIZAÇÃO

Neste capítulo apresentam-se em síntese os percursos metodológicos que conduziram à validação para a realidade portuguesa dos instrumentos posteriormente utilizados em sede do estudo principal. Com efeito, estes estudos dinamizados em contextos distintos, enquadram-se neste percurso de investigação enquanto estudos prévios, fundamentais para disponibilizar meios que suportassem com rigor e validade metodológica a investigação subsequente.

O seu desenvolvimento implicou a elaboração de dois artigos publicados em revistas internacionais com revisão por partes pelo que se entendeu ser pertinente introduzir no corpo deste trabalho uma súmula destes percursos. Os artigos originais (*full length papers*) integram em anexo este documento (Anexos VIII e IX). Para uma melhor elucidação, apresentam-se as respetivas referências:

- Pereira, R. P. G., Guerra, A. C. P., Cardoso, M. J. S. P. O., Santos, A. T. V. M. F., Figueiredo, M. C. A. B., & Vaz Carneiro, A. (2015). Validation of the Portuguese version of the evidence-based practice questionnaire. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 23(2), 345-351. Disponível em <https://dx.doi.org/10.1590/0104-1169.0367.2561>
- Pereira, R. P. G., Cardoso, M. J. S. P. O., Martins, M. A. C. S., Santos, A. T. V. M. F., Figueiredo, M. C. A. B., & Vaz Carneiro, A. (2015). Validação da versão portuguesa do questionário de atitudes e barreiras em relação à prática baseada na evidência. *Evidentia*, 12(49), 1-7. Disponível em <http://www.index-f.com/evidentia/n49/ev4901r.php>

### 2. QUESTIONÁRIO DE ATITUDES E BARREIRAS EM RELAÇÃO À PRÁTICA BASEADA NA EVIDÊNCIA

Através de uma amostragem de conveniência desenvolveu-se um estudo metodológico numa unidade local de saúde do norte de Portugal, envolvendo enfermeiros que exerciam a sua prática clínica em diferentes contextos quer no âmbito dos cuidados de saúde primários, quer em cuidados diferenciados. A

seleção da amostra teve em consideração a proximidade e acessibilidade ao contexto organizacional por um lado, mas também o facto de na instituição se verificar a existência de critérios rigorosos de certificação externa das práticas, independentemente dos diversos níveis de cuidados: cuidados de saúde primários e ou cuidados hospitalares. Paralelamente, ao abranger um vasto leque de contextos de prestação de cuidados, incluindo colaboradores com diversos percursos e perfis socioprofissionais, mas também cuidados a níveis muito diversos e dirigidos a uma vasta comunidade populacional, considerou-se uma alargada diversidade cultural de análise que se afigura como pertinente num trabalho desta natureza. Distribuíram-se 380 questionários para serem autopreenchidos, tendo sido devolvidos 244 documentos válidos. Deste modo, obteve-se uma taxa de reposta de 64,2%. Os participantes (n = 244) aceitaram voluntariamente participar no estudo, sendo que o envio válido do questionário preenchido foi considerado como o consentimento informado para o mesmo.

Para analisar a validade do constructo recorreremos à Análise dos Componentes Principais com uma rotação ortogonal *Varimax*. Seguindo os critérios definidos (Hair, Anderson, Tatham & Black, 2007) para a seleção de fatores: *eigenvalues or specific > 1* e excluindo cargas fatoriais inferiores a 0,30. Os valores omissos foram substituídos pelo valor da média. A fiabilidade do questionário foi avaliada com recurso ao alfa de *Cronbach*.

A amostra obtida (quadro 7) era maioritariamente constituída por enfermeiros do sexo feminino (85,8%), com idades compreendidas entre os 31 e os 40 anos (46,3%), seguidas por 21 a 30 anos (32,4%) e por 41 a 50 anos (17,6). Em termos de categoria profissional predominavam os enfermeiros graduados (36,4%), seguindo-se os enfermeiros de cuidados gerais (33,2%), os especialistas (26,6) e os enfermeiros chefes (2,9%). No que concerne ao vínculo laboral a maioria era detentora de um contrato de trabalho por tempo indeterminado (66%).

Dos participantes 80,7% completaram um programa graduado de formação em enfermagem com a duração de quatro anos letivos a tempo integral (licenciatura). Em termos de qualificação pós-graduada (Mestrado e/ou Doutoramento), 12,3% já a detinham e 15% encontrava-se em programas de formação. Aproximadamente 48,5% possuíam qualificação especializada em enfermagem

com predomínio da enfermagem comunitária (15,6%), seguida das áreas de enfermagem médico-cirúrgica e saúde infantil e pediátrica com 11,5% e 10,7% respetivamente. Finalmente, observou-se que 26,3% dos enfermeiros haviam estado envolvidos, com estatutos variáveis e heterogéneos, em diversos projetos de investigação.

**Quadro 7 – Características dos participantes no estudo**

Sexo	Masculino		Feminino		Total	
	n	%	n	%	n	%
	32	13	212	85,8	244	100
<b>Idade (anos)</b>						
	n = 32		n = 212		n = 244	
21-30	14	43,8	65	30,7	79	32,4
31-40	16	50,0	97	45,8	113	46,3
41-50	2	6,3	41	19,3	43	17,6
51-60	0	0	6	2,8	8	3,3
<b>Categoria profissional</b>						
	n = 32		n = 212		n = 244	
Enfermeiro de Cuidados Gerais	13	40,6	68	32,1	81	33,2
Enfermeiro Graduada	15	46,9	73	34,4	88	36,1
Enfermeiro Especialista	3	9,4	62	29,2	65	26,6
Enfermeiro Chefe	0	0	7	3,3	7	2,9
Outros	0	0	1	,5	1	,4
<b>Qualificações académicas</b>						
	n = 32		n = 212		n = 244	
Bacharelato (3 anos)	1	3,1	14	6,6	15	6,1
Licenciatura (4 ou 5 anos)	29	90,6	168	79,2	197	80,7
Mestrado	2	6,3	26	12,3	28	11,5
Doutoramento	0	0	2	,9	2	,8
<b>Especialização em enfermagem</b>						
	n = 32		n = 212		n = 244	
Sem especialização	22	68,8	104	49,1	126	51,6
Saúde Comunitária / Saúde Pública	4	12,5	34	16,0	38	15,6
Médico - Cirúrgica	2	6,3	26	12,3	28	11,5
Reabilitação	2	6,3	11	5,2	13	5,3
Saúde Infantil e Pediátrica	1	3,1	25	11,8	26	10,7
Saúde Materna e Obstétrica	0	0	9	4,2	9	3,8
Saúde Mental e Psiquiatria	1	3,1	3	1,4	4	1,6
<b>Frequência de formação pós-graduada</b>						
	n = 32		n = 212		n = 244	
Sim	8	25,0	28	13,2	36	14,8
Não	24	75,0	184	86,8	208	85,2

Os dados recolhidos explicitaram que o QABPBE-26 apresentou uma consistência interna, avaliada através do coeficiente alfa de *Cronbach*  $\alpha = 0.60$ . Contudo, se

eliminássemos o item “Acho que as chefias apoiam a utilização da PBE” o valor de alfa aumentaria para  $\alpha = 0.63$ . Visto ser um item que consideramos importante no questionário, atendendo aos objetivos do mesmo e ao valor de alfa não apresentar por essa via uma diferença substancial, optou-se pela sua não eliminação. Uma boa consistência interna deverá corresponder a um coeficiente de alfa de *Cronbach* de 0.80 no entanto, em escalas com um número reduzido de itens (Ribeiro & Ponte, 2009), poderão ser aceitáveis valores superiores a  $\alpha = 0.60$ . Tendo em conta o número de itens consideramos o valor do coeficiente de alfa encontrado razoável. O valor do coeficiente de alfa de *Cronbach* identificado pelos autores da escala original (McKeena et al., 2004) foi de  $\alpha = 0.74$ .

**Quadro 8 – Análise dos componentes principais (QABPBE-26)**

Item	Componentes							
	1	2	3	4	5	6	7	8
5.	-,696							
9.	,649							
10.	,547							
17.	,413							
21.	,377							
1.		,719						
12.		,733						
15.		,697						
2.			,686					
3.			,458					
8.			-,526					
20.			,566					
7.				,498				
13.				,594				
14.				,793				
19.					,737			
23.					,576			
26.					,645			
22.						,675		
24.						,601		
25.						,375		
6.							-,589	
11.							,764	
4.								-,389
16.								,644
18.								,653
$\alpha$	0,25	0,64	0,19	0,52	0,25	0,21	0,03	

Originalmente, o referido questionário é apresentado como unidimensional. Ao efetuarmos a análise dos componentes principais pelo método *Varimax*, foram



diferenciados oito componentes que explicavam 55,7% da variância total. Como explicitado, a análise fatorial efetuada sugere oito dimensões. Apesar dos autores apresentarem o QABPBE como unidimensional, seria interessante procedermos a um estudo de validade convergente e perceber se o instrumento poderia ser trabalhado por dimensões (quadro 8), no entanto tal não se apresentou como um objetivo desta investigação e nessa medida, optámos por seguir as indicações dos autores (McKeena et al., 2004) e apresentar os dados através de uma escala global e composta por uma única dimensão. Perante os dados observados e anteriormente descritos, concluímos que o QABPBE-26 apresenta evidência empírica que atesta a validade e fiabilidade da sua utilização, nomeadamente no que concerne à validade do constructo bem como à análise da fiabilidade das variáveis latentes.

Observando alguns estudos (Gerrish, Ashworth, Lacey, Bailey, Cooke, Kendall & McNeilly, 2007; Brown et al., 2009; Kajermo et al. 2010; Moreno-Casbas, Fuentelsaz-Gallego, Gonzáles-María & Miguel, 2010) relativos a instrumentos e à avaliação da prática baseada em evidência o QABPBE-26 apresenta-nos limitações sobretudo no que se relaciona com as bases de conhecimento sobre a prática clínica, a mudança da prática sustentada na evidência, os facilitadores para a mudança e ainda as habilidades. Inversamente valoriza muito as atitudes e barreiras face à PBE, considerando-as um peso significativo na incorporação de uma efetiva enfermagem baseada em evidências, seja por via de fatores pessoais, profissionais, académicos e sobretudo organizacionais (Pereira et al., 2012).

Relativamente à opção pela utilização deste instrumento, verificámos que o domínio do mesmo seria um fator válido em termos operativos. Também a sua abrangência e a capacidade de avaliar duas das vertentes estruturais do estudo, isto é, as atitudes e as barreiras face à PBE, influenciaram a nossa tomada de decisão.

### 3. QUESTIONÁRIO DE EFICÁCIA CLÍNICA E PRÁTICA BASEADA NA EVIDÊNCIA

O *Evidence-Based Practice Questionnaire* foi desenvolvido por Upton e Upton (2006) e a sua conceção procurou reunir informações e opiniões sobre o uso de práticas com base em evidências por parte de profissionais de saúde, sendo pertinente proceder à sua validação de forma a poder ser utilizado de um modo generalizado uma vez que, a sua utilização é atualmente recorrente em múltiplos contextos, estando disponível para além da versão original em inglês uma versão validada para o contexto espanhol. A tradução e validação linguística e cultural para o contexto português do QECPBE-20 teve por base o reconhecimento da aplicabilidade deste instrumento no que concerne à prática de enfermagem desenvolvida em Portugal, possibilitando uma melhor avaliação de práticas, atitudes e ainda de conhecimentos / habilidades e competências face à PBE.

O estudo desenvolvido de cariz transversal recorreu a uma amostragem acidental no contexto de um centro hospitalar universitário da região do Grande Porto. Tendo em conta a natureza do instrumento, foram envolvidos enfermeiros a exercerem prática clínica a tempo integral ou de um modo predominante face a outras vertentes do exercício profissional como a gestão, o ensino ou a investigação. Os departamentos e serviços do hospital central onde se colheram os dados foram os seguintes: Urgência Geral, Cuidados Intensivos, Medicina, Cirurgia, Cirurgia Vascular, Pediatria, Ortopedia, Urologia e Consulta Externa. Distribuíram-se 995 questionários de autopreenchimento, tendo sido devolvidos 358 válidos. Deste modo, obteve-se uma taxa de reposta de 36,0%. Os participantes (n = 358) aceitaram voluntariamente participar no estudo. A recolha de dados ocorreu entre dezembro de 2013 e março de 2014.

A fidelidade das subescalas foi avaliada através do coeficiente alfa de *Cronbach*, que fornece a medida de consistência interna da escala. A análise fatorial exploratória (AFE) efetuou-se através da Análise dos Componentes Principais, com recurso à rotação ortogonal segundo o método *Varimax*. A adequação dos dados para a utilização desta análise foi verificada pelos critérios de *Kaiser-Meyer-Olkin* (KMO) e pelo teste de Bartlett. Na confirmação do número de fatores foram seguidos os seguintes critérios (Goetz, Coste, Lemetayer, Rat, Montel, Recchia...

Guillemin, 2013): (i) *eigenvalues* > 1; (ii) exclusão das cargas fatoriais < 0,40; (iii) cada fator deve explicar no mínimo 5% da variância; (iv) aplicação dos princípios de descontinuidade. A validade fatorial foi avaliada através da Análise Fatorial Confirmatória (AFC) com recursos ao AMOS (versão 21, SPSS-IBM®). A existência de *outliers* foi avaliada pela distância quadrada de *Mahalanobis* e a normalidade avaliada pelo coeficiente de assimetria e curtose uni e multivariadas. Considerou-se como entrada a matriz de covariância, adotando-se o método ML (*Maximum Likelihood*) de estimação. A qualidade do ajustamento do modelo foi efetuada de acordo com os índices e respetivos valores de referência (Maroco, 2010; Kline, 2011). O ajustamento local foi avaliado pelos pesos fatoriais e pela fiabilidade individual dos itens. Considerou-se o *Goodness-of-fit index* (GFI), o *Adjusted goodness-of-fit index* (AGFI), o *Comparative Fit Index* (CFI) e a *Root Mean Square Error Approximation* (RMSEA). O GFI, AGFI e CFI devem ser próximos de 0,90, enquanto o RMSEA recomendado é de até 0,08 (Maroco, 2010; Kline, 2011). O ajustamento do modelo assumiu para além dos índices de modificação as considerações teóricas.

A maioria dos participantes no estudo (quadro 9) era do sexo feminino (78,0%) predominando o escalão etário 30 – 39 anos (48,0%), tendo 49% concluído a sua formação graduada em enfermagem (licenciatura) há menos de quatro anos (ano de formação < 2011).

**Quadro 9 – Caraterização da amostra de acordo com o sexo, idade e tempo de graduação**

Sexo	Masculino		Feminino		Total	
	n	%	n	%	n	%
<b>Total</b>	79	22,0	279	78,0	358	100
<b>Idade</b>	<b>n</b>		<b>%</b>			
20-29	79		22			
30-39	172		48			
40-49	75		21			
50-59	32		9			
<b>Total</b>	358		100			
<b>Conclusão da formação graduada</b>						
<b>Ano de graduação</b>	<b>n</b>		<b>%</b>			
≤ 2000	126		35			
2001 – 2010	57		16			
≥ 2011	175		49			
<b>Total</b>	358		100			

Sendo o instrumento composto no total por 24 itens de avaliação, admitindo em cada um destes sete possibilidades de resposta, obtivemos um número de participantes que preenche por completo os requisitos de dimensão da amostra, cumprindo critérios de potência e fiabilidade (Bonett, 2002).

A versão original do QECPBE (Upton & Upton, 2006) apresenta 24 itens e três subescalas: Práticas ( $\alpha = 0.85$ ); Atitudes ( $\alpha = 0.79$ ); Conhecimentos / Habilidades e Competências ( $\alpha = 0.91$ ) e teve uma consistência interna global de  $\alpha = 0.87$ . A análise dos componentes principais por nós efetuada sugere cinco dimensões que explicam 65,78% do total da variância, sendo o valor alfa de *Cronbach* encontrado de  $\alpha = 0.84$ . No entanto, forçando a três dimensões, na linha do que propõem os autores do questionário original e rejeitando um item (7) por apresentar um comportamento anômalo de sobreposição nos componentes 1 e 2, obtemos um valor final de alfa de *Cronbach*  $\alpha = 0.74$  sendo neste caso explicada 55,86% do total da variância. Neste refinamento, obtivemos os seguintes valores de alfa de *Cronbach* para cada uma das dimensões analisadas: Práticas ( $\alpha = 0.74$ ); Atitudes ( $\alpha = 0.75$ ); Conhecimentos / Habilidades e Competências ( $\alpha = 0.95$ ).

**Quadro 10 – Análise dos componentes principais (QECPBE-20)**

Item	Componentes		
	1	2	3
6	-,003	<b>,580</b>	-,036
5	,122	<b>,652</b>	,039
4	-,002	<b>,692</b>	,043
3	,019	<b>,668</b>	,017
2	,007	<b>,718</b>	,044
1	,018	<b>,642</b>	,025
11	<b>,799</b>	,031	-,027
12	<b>,700</b>	,042	,002
13	<b>,798</b>	-,016	-,074
14	<b>,729</b>	-,092	-,065
15	<b>,834</b>	,038	-,029
16	<b>,732</b>	,067	,049
17	<b>,816</b>	,004	,011
18	<b>,865</b>	,026	,011
19	<b>,831</b>	-,022	-,021
20	<b>,843</b>	,037	,029
21	<b>,835</b>	,043	,010
22	<b>,725</b>	,088	,147
23	<b>,703</b>	,078	,110
24	<b>,744</b>	,054	,094
8	,051	-,031	<b>,770</b>
9	-,051	,028	<b>,853</b>
10	,079	,121	<b>,815</b>

O quadro anteriormente apresentado (quadro 10) reproduz a análise dos componentes principais na versão obtida com três dimensões. É de sublinhar que as dimensões apresentadas são sobreponíveis às propostas pelos autores do estudo original, sendo compostas pelos mesmos itens à exceção do excluído (7 – “A minha carga é demasiada para que eu me possa manter atualizado em relação a todas as novas evidências / As novas evidências são tão importantes que eu arranjo tempo no meu horário de trabalho”).

Com recurso à AFC testamos o modelo sugerido pela AFE que incluía três variáveis latentes e 23 variáveis observáveis, tendo sido obtido um ajustamento ao modelo insatisfatório. Através da leitura dos índices de modificação testamos um novo modelo com exclusão dos itens (22 – “Partilha de ideias e informação com colegas”; 23 – “Divulgação de novas ideias sobre os cuidados aos colegas”; 24 – “Capacidade de rever a sua própria prática”) obtendo assim um bom ajuste:  $\chi^2 (167) = 520,009$ ;  $p = 0,0001$ ;  $\chi^2 df = 3,114$ ; CFI = 0,908; GFI = 0,865; PCFI = 0,798; PGFI = 0,678; RMSEA = 0,077 (IC 90% = 0,07 - 0,08). Todas as cargas fatoriais entre as variáveis latentes e as variáveis observadas foram estatisticamente significativas.

No quadro seguinte (quadro 11) observamos os resultados do modelo trifatorial do QECPE-20. A sua leitura permite identificar os itens alocados a cada uma das dimensões e que serviram de base à versão portuguesa do QECPE. Perante os resultados verificados, o modelo trifatorial exposto do QECPE-20 apresenta evidência empírica para a sua utilização no contexto nacional, nomeadamente no que concerne à validade do constructo bem como à análise da fiabilidade das variáveis latentes, demonstrando uma robusta consistência interna. Confrontando a análise efetuada com o questionário original (Upton & Upton, 2006) e com a versão espanhola (Pedro-Gómez, Morales-Asencio, Abad, Veny, Roman & Ronda, 2009), verificamos uma sobreposição genérica de resultados sendo que no caso da versão portuguesa obtemos um instrumento com 20 itens e valores de significância estatística superiores aos da versão espanhola.

**Quadro 11 – Modelo trifatorial confirmatório do QECPBE-20**

Item	Componentes		
	<i>Conhecimentos /Habilidades, Competências</i>	<i>Práticas</i>	<i>Atitudes</i>
6		,578	
5		,653	
4		,693	
3		,670	
2		,718	
1		,643	
11	,817		
12	,723		
13	,805		
14	,762		
15	,853		
16	,702		
17	,835		
18	,871		
19	,849		
20	,850		
21	,823		
8			,776
9			,855
10			,822

Relativamente à utilização do QECPBE-20, esta possibilitou acompanhar os estudos mais recentes nesta área. A sua rápida aplicação e a transversalidade das dimensões avaliadas também contribuíram para a sua escolha em sede da nossa investigação, sobretudo por surgirem em complementaridade com a escala BRUS e o QABPBE-26. Acresce que, dos três instrumentos utilizados este é o mais recente, tendo a sua construção e validação ocorrido em 2006 ou seja, apenas quatro anos antes do início do presente programa de doutoramento.

## CAPÍTULO V – ESTUDO PRINCIPAL

### 1. ESTUDO I – ATITUDES, BARREIRAS E PRÁTICAS

Com recurso à aplicação dos instrumentos anteriormente descritos (BRUS, QABPBE-26 e QECPBE-20) apresentam-se os principais resultados verificados na amostra em estudo relativamente às atitudes, barreiras e práticas observadas face à PBE. São igualmente descritas as principais características sociodemográficas e profissionais dos participantes e as fontes de informação mais utilizadas para apoiar e suportar o exercício profissional.

#### 1.1. Caracterização dos participantes

A amostra relativa ao Estudo I compreende um total de 388 enfermeiros (quadro 12), sendo que a maioria é do sexo feminino (79,3%) havendo uma marcada heterogeneidade quanto à idade. O grupo mais representado situou-se entre os 31 e os 35 anos (20,8%), seguindo-se o grupo dos 46 aos 50 anos (18,4%) e dos 41 aos 45 anos (17,7%).

**Quadro 12 – Distribuição da amostra de acordo com o sexo e a idade**

Sexo	Masculino		Feminino		Total*	
	n	%	n	%	n	%
	80	20,7	307	79,3	387	100,0
<i>*casos omissos = 1</i>						
Idade						
Intervalo	n	%	n	%	n	%
27-30	8	7,9	24	10,0	32	8,3
31-35	16	20,0	64	21,0	80	20,8
36-40	12	15,0	44	14,4	56	14,5
41-45	11	13,8	57	18,7	68	17,7
46-50	15	18,8	56	18,4	71	18,4
51-55	14	17,5	46	15,1	60	15,6
56-59	4	5,0	14	4,6	18	4,7
<b>Totais*</b>	80	100,0	305	100,0	385	100,0
<i>*casos omissos = 3</i>						

Analisando a idade dos participantes, observa-se que a média é ligeiramente superior aos 42 anos (42,29), a moda 33 e o desvio-padrão é de 8,47. Sublinha-

se a amplitude de 32 anos de idade verificada na amostra, variando entre os 27 e os 59 anos.

**Quadro 13 – Idade dos participantes**

Respondentes	Média	Mediana	Moda	D. Padrão	Amplitude	Min.	Máx.	Casos omissos
385	42,29	43,0	33	8,47	33	27	59	3

Observando as qualificações académicas constata-se que no início da atividade profissional predominava a qualificação ao nível do bacharelato (41,3%), seguindo-se o curso geral de enfermagem (30,0%) e a licenciatura (28,7%). É de salientar que na sua grande maioria os participantes detinham o grau de licenciado como qualificação mais elevada em enfermagem (82,5%). Relativamente aos enfermeiros detentores do grau de mestre (24,2% do total da amostra), a área predominante era enfermagem (n = 62, 66%) seguindo-se outras disciplinas afins à enfermagem (n = 32, 34%).

**Quadro 14 – Formação profissional e qualificações académicas**

<i>Nível de formação ou grau académico no início do exercício profissional em enfermagem</i>							
Curso de Enfermagem Geral		Bacharelato		Licenciatura			
n	%	n	%	n	%		
116	30,0	160	41,3	111	28,7		
<i>Grau académico mais elevado obtido em enfermagem</i>							
Curso de Enfermagem Geral		Bacharelato		Licenciatura		Mestrado	
n	%	n	%	n	%	n	%
1	0,3	2	0,5	329	82,5	62	16,0
<i>Grau académico mais elevado obtido noutra área disciplinar</i>							
Licenciatura		Mestrado		Doutoramento			
n	%	n	%	n	%		
9	2,3	32	8,2	2	0,5		

Caraterizando a amostra em relação ao título profissional atribuído pela Ordem dos Enfermeiros (quadro 15) regista-se que a maioria (74,1%) é detentora de uma especialização em enfermagem, predominando de entre estas a área de especialidade em enfermagem médico-cirúrgica (31,0%).



**Quadro 15 – Título profissional (atribuído pela Ordem dos Enfermeiros)**

<b>Título Profissional:</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Enfermeiro	100	25,9
Enfermeiro Especialista	286	74,1
<b>Área de Especialidade:</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Médico-Cirúrgica	89	31,0
Reabilitação	52	18,1
Saúde Comunitária / Saúde Pública	51	17,8
Saúde Infantil e Pediátrica	50	17,4
Saúde Materna e Obstétrica	28	9,8
Saúde Mental e Psiquiatria	17	5,9
<b>Total (Enfermeiros Especialistas)</b>	286	100,0
<b>Totais*</b>	386	100,0
<i>*casos omissos = 2</i>		

Relativamente ao tempo de exercício profissional, verificamos que em média, os enfermeiros trabalhavam há mais de 19 anos, a moda era 20 e o desvio-padrão de 8,67. Tal como em relação à idade, regista-se a amplitude verificada no tempo de prática que oscilou entre o mínimo de 4 anos e o máximo de 38 anos.

**Quadro 16 – Tempo de exercício profissional**

<b>Respondentes</b>	<b>Média</b>	<b>Mediana</b>	<b>Moda</b>	<b>D. Padrão</b>	<b>Amplitude</b>	<b>Min.</b>	<b>Máx.</b>	<b>Casos omissos</b>
382	19,51	20,0	20	8,67	34	4	38	6

Considerando agora a área predominante do exercício profissional, a maioria dos enfermeiros (69,6%) trabalham em hospitais face aos que exercem no contexto dos cuidados de saúde primários (28,6%). Apesar da dimensão da amostra é marginal o número de enfermeiros que exercem de um modo predominante noutros contextos, verificando-se uma bipolarização dos contextos de exercício ainda que esta seja uma relação dicotómica claramente assimétrica em favor da área hospitalar.

**Quadro 17 – Principal contexto de exercício profissional**

<b>Área de atividade profissional onde exerce predominantemente prática clínica</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Hospitalar	268	69,6
Cuidados de Saúde Primários	110	28,6
Outra área	7	1,8
<b>Total*</b>	385	100,0
<i>*Casos omissos = 3</i>		

Relativamente à tipologia de instituições de ensino frequentadas no âmbito da formação inicial em enfermagem, os dados reportam uma dispersão significativa. As instituições de ensino superior não integradas registam 30,7%, seguindo-se as instituições privadas e ou de ensino concordatário com 29,4%, as instituições públicas integradas em universidades com 22,4% e as que estão integradas em institutos politécnicos com 13,7% da amostra.

**Quadro 18 – Tipologia de instituição de ensino (formação pré-graduada)**

<b>Tipologia de instituição de ensino onde realizou formação pré-graduada</b>		
	n	%
Instituição de Ensino Superior Público – Não Integrada	119	30,7
Instituição de Ensino Superior Privado / Concordatário	114	29,4
Instituição de Ensino Superior Público – Integrada em Universidades	87	22,4
Instituição de Ensino Superior Público – Integrada Institutos Politécnicos	53	13,7
Instituição de Ensino de Enfermagem no estrangeiro	3	0,8
<b>Total*</b>	376	100,0
<i>*Casos omissos = 12</i>		

Finalmente, no que concerne à proveniência geográfica da amostra por distritos, observam-se as seguintes distribuições: Porto (48,3%), Vila Real (20,9%), Braga (20,6%), Bragança (7,8%) e Viseu (2,3%). Relativamente ao distrito de Viseu, pertencente à região centro, este surge representado marginalmente por via do Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro – Unidade de Lamego.

**Quadro 19 – Distrito onde exerce funções**

<b>Distrito onde exerce funções de um modo predominante</b>		
	n	%
Porto	185	48,3
Vila Real	80	20,9
Braga	79	20,6
Bragança	30	7,8
Viseu	9	2,3
<b>Total*</b>	383	100,0
<i>*Casos omissos = 5</i>		

## 1.2. Acesso e utilização da informação para apoio à prática

Analisámos o acesso à informação, sobretudo na perspetiva de suporte ao exercício profissional e de tomada de decisão. Verifica-se que para apoiar a prática clínica no dia-a-dia os recursos mais referidos foram, com idêntica frequência, os guias de boas práticas e os protocolos (85,8%), seguindo-se as

circulares oficiais (71,4%) e a frequência de cursos (64,7%). O acesso a revistas / artigos científicos regista valores muito inferiores (44,6%), sendo suplantado pelo recurso a colegas (55,7%).

**Quadro 20 – Fontes de informação para apoiar a prática**

<b>Fontes de informação que utiliza para orientar a sua prática clínica no dia-a-dia</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Guias de boas práticas	333	85,8
Protocolos	333	85,8
Circulares oficiais	277	71,4
Cursos	251	64,7
Orientações de serviços centrais	231	59,5
Conferências	221	57,0
Colegas	216	55,7
Revistas / artigos científicos	173	44,6
Juízos próprios	94	24,2
Comunicação social	65	16,8
Representantes farmacêuticos	64	16,5
Outras fontes	6	1,5

No que se refere ao acesso à *internet* para efeitos profissionais, surge em primeiro lugar a procura por revistas de especialidade (59,5%), seguindo-se o recurso a bases de dados (47,7%) e a utilização de repositórios de acesso aberto (45,1%).

**Quadro 21 – Caracterização do acesso à *internet* em termos profissionais**

<b>Profissionalmente, a que é que acede na <i>Internet</i></b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Revistas da especialidade em linha	231	59,5
Bases de dados	185	47,7
Repositórios de acesso aberto	175	45,1
Sítios do governo	167	43,0
Sítios de projetos baseados em evidências	147	37,9
Outros	11	2,8

Ao procurarmos avaliar a medida da autoperceção relativamente à quantificação da prática profissional quotidiana que cada enfermeiro considera ser baseada em evidências, obtivemos um valor médio de 63,86% com um desvio-padrão de 18,1 sendo a moda de 75 e a mediana de 70. Acresce ainda a este registo uma amplitude entre o mínimo de 10% e o valor máximo de 100%.

**Quadro 22 – Autopercepção da prática quotidiana baseada na evidência**

<b>Aproximadamente, qual a percentagem da sua prática que considera ser baseada na evidência?</b>										
Respondentes		Média	Mediana	Moda	DP	Amplitude	Min.	Máx.	Casos omissos	
n	%	63,86	70	75	18,1	90	10	100	n	%
378	99,5								10	0,5

### 1.3. Atitudes, barreiras e práticas: descrições e inferências

Visando a organização de conteúdos e uma apresentação coerente e coordenada dos resultados, optou-se inicialmente pela sua apresentação indexada a cada um dos instrumentos específicos utilizados (BRUS, QABPBE-26 e QECPBE-20) sendo que posteriormente, apresentam-se as inter-relações observadas entre os componentes de cada questionário / escala. Procedeu-se de um modo idêntico no que se refere à metodologia de apresentação dos dados, isto é, numa primeira fase recorreu-se à estatística descritiva sendo posteriormente explorada a estatística inferencial.

Os resultados agora sistematizados refletem apenas os achados que revelaram significância estatística. Adotou-se como critério a não abordagem dos resultados de diversos testes realizados sempre que estes não apresentassem correlações estatísticas significativas, atendendo à redundância da apresentação destes dados. Procedeu-se no entanto a um exaustivo escrutínio de possíveis associações entre as escalas utilizadas e as variáveis que integravam a dimensão relativa ao acesso e utilização da informação e ainda as que permitiram a caracterização socioprofissional dos participantes, integradas de um modo respetivo nos grupos IV e V do instrumento final aplicado, sendo que nestes casos, salvo algumas exceções que serão alvo de reporte, não se observaram correlações significativas.

#### 1.3.1. Barreiras à utilização da investigação

Analisando os dados relativos à escala BRUS que classifica as barreiras à utilização dos resultados da investigação na prática de enfermagem entre “nada significativas” (1) e “muito significativas” (4), constata-se uma homogeneidade entre os resultados obtidos por subescala. No entanto, atendendo ao valor médio final registado, verifica-se que predomina a subescala “Caraterísticas do

enfermeiro” com média de 3.08 ( $DP = 0.67$ ), seguindo-se “Caraterísticas da organização” com média de 3.04 ( $DP = 0.63$ ), “Comunicação do estudo” com média de 3.03 ( $DP = 0.55$ ) e “Caraterísticas da investigação” que regista uma média de 2.94 ( $DP = 0.69$ ).

Aprofundando a análise por subescala, apesar de se tratar de uma questão ordinal, hierarquizaram-se os itens em função da percentagem global agregada de importância atribuída a cada barreira ( $\geq 50\%$ ), avaliada como “moderadamente significativa” e ou “muito significativa” na linha do proposto pelos autores da escala original. Deste modo, obteve-se uma leitura global por itens, ainda que seja possível analisar os resultados em cada subescala.

No que concerne às “Caraterísticas do enfermeiro” (quadro 23), destacam-se com maiores valores percentuais os seguintes itens: “O enfermeiro tem a sensação que as alterações na prática serão mínimas” com 86,3% (Média = 3.32,  $DP = 0,75$ ), seguindo-se “O enfermeiro não se sente capaz de avaliar a qualidade da investigação” com 85,3% (Média = 3.22,  $DP = 0.77$ ) e “O enfermeiro está isolado de colegas conhecedores com quem possa discutir investigação” com 85,1% (Média = 3.29,  $DP = 0.78$ ).

**Quadro 23 – Distribuição da amostra: Escala BRUS (“Caraterísticas do Enfermeiro”)**

<b>Subescala “Caraterísticas do Enfermeiro”</b>				
<b>Barreira:</b>	n	$\bar{X}$	$DP$	Respondentes agregados: Moderadamente significativa / Muito significativa (%)
O enfermeiro tem a sensação que as alterações na prática serão mínimas	380	3,32	0,746	86,3
O enfermeiro não se sente capaz de avaliar a qualidade da investigação	374	3,22	0,772	85,3
O enfermeiro está isolado de colegas conhecedores com quem possa discutir investigação	376	3,29	0,783	85,1
O enfermeiro não tem conhecimento da investigação em causa	373	3,23	0,872	80,4
O enfermeiro não está disposto a mudar/tentar novas ideias	380	3,20	0,922	77,1
A necessidade de mudar o exercício profissional não está documentada	372	3,04	0,916	76,9
O enfermeiro vê poucos benefícios para si próprio	374	3,04	0,921	75,1
O enfermeiro não vê valor na investigação para o exercício profissional	379	3,05	1,022	71,3

Relativamente às “Caraterísticas da organização” (quadro 24), os itens que registam maior relevo percentual são: “O enfermeiro sente que os resultados não

são generalizáveis ao seu ambiente de trabalho” com 88,1% dos participantes a concordarem com a afirmação (Média = 3.29, *DP* = 0.73), seguindo-se “O enfermeiro não sente ter a autoridade suficiente para alterar os procedimentos de cuidados” com 85,8% de concordância (Média = 3.38, *DP* = 0.8) e “O tempo no emprego é insuficiente para implementar novas ideias” com 84.7% (Média = 3.40, *DP* = 0.82).

**Quadro 24 – Distribuição da amostra: Escala BRUS (“Caraterísticas da Organização”)**

<b>Subescala “Caraterísticas da Organização”</b>				
<b>Barreira:</b>	<b>n</b>	<b><math>\bar{X}</math></b>	<b><i>DP</i></b>	<b>Respondentes agregados: Moderadamente significativa / Muito significativa (%)</b>
O enfermeiro sente que os resultados não são generalizáveis ao seu ambiente de trabalho	376	3,29	0,730	88,1
O enfermeiro não sente ter a autoridade suficiente para alterar os procedimentos de cuidados	381	3,38	0,798	85,8
O tempo no emprego é insuficiente para implementar novas ideias	371	3,40	0,824	84,7
Os enfermeiros não têm tempo para ler os estudos de investigação	378	3,32	0,815	84,1
A administração não vai permitir a implementação	355	3,25	0,843	82,8
O restante pessoal não apoia a implementação	366	3,14	0,863	78,1
As instalações são inadequadas para a sua implementação	372	2,88	0,942	68,3
Os médicos não vão cooperar na implementação	357	2,83	1,056	62,2

Avaliando agora a subescala “Comunicação do Estudo” cujos resultados são apresentados na página seguinte (quadro 25), os valores registados com maior relevo são: “Os artigos / relatórios de investigação não estão rapidamente disponíveis” com 85,4% de enfermeiros a concordarem com a afirmação (Média = 3.24, *DP* = 0.74), “A investigação não é relatada de forma clara e fácil de ler” com 83,8% (Média = 3.24, *DP* = 0.8) e “As implicações para o exercício profissional não são claras” também com 83,8% (Média = 3.15, *DP* = 0.72).

**Quadro 25 – Distribuição da amostra: Escala BRUS (“Comunicação do Estudo”)**

<b>Subescala “Comunicação do Estudo”</b>				
<b>Barreira:</b>	n	$\bar{X}$	DP	Respondentes agregados: Moderadamente significativa / Muito significativa (%)
Os artigos/relatórios de investigação não estão rapidamente disponíveis	378	3,24	0,742	85,4
A investigação não é relatada de forma clara e fácil de ler	376	3,24	0,792	83,8
As implicações para o exercício profissional não são claras	381	3,15	0,720	83,8
A literatura relevante não está compilada num só local	376	3,24	0,859	80,3
As análises estatísticas são de difícil compreensão	381	3,19	0,819	79,0
A quantidade de informação da investigação é esmagadora	365	2,96	0,787	73,7
A investigação não é relevante para o exercício profissional do enfermeiro	383	2,80	1,160	61,3

A última subescala refere-se às “Caraterísticas da investigação” (quadro 26). Nesta observam-se com níveis mais elevados de concordância: “A investigação em causa não foi replicada” com 88,3% (Média = 3.31, DP = 0.69), “Os artigos / relatórios de investigação não são publicados de modo suficientemente rápido” com 81,6% (Média = 3.18, DP = 0.83) e “A investigação possui aspetos metodológicos pouco claros” com 79,0% (Média = 3.07, DP = 0.81).

**Quadro 26 – Distribuição da amostra: Escala BRUS (“Caraterísticas da Investigação”)**

<b>Subescala “Caraterísticas da Investigação”</b>				
<b>Barreira:</b>	n	$\bar{X}$	DP	Respondentes agregados: Moderadamente significativa / Muito significativa (%)
A investigação em causa não foi replicada	359	3,31	0,688	88,3
Os artigos/relatórios de investigação não são publicados de modo suficientemente rápido	365	3,18	0,832	81,6
A investigação possui aspetos metodológicos pouco claros	376	3,07	0,813	79,0
A literatura documenta resultados conflitantes	360	3,04	0,785	76,4
O enfermeiro não acredita nos resultados da investigação	373	3,10	0,910	74,0
As conclusões retiradas da investigação não são justificadas	365	2,99	0,908	72,6

Estabelecendo uma hierarquia global de barreiras agrupadas em função dos valores percentuais agregados (quadro 27), seleccionámos de entre o total de 29 itens, os 10 aos quais os participantes atribuíram maior ponderação. É de realçar que no topo destas barreiras se encontram: “A investigação em causa não foi replicada” com 88,3% (Média = 3.31, *DP* = 0.69) integrada na subescala “caraterísticas da investigação”, seguindo-se “O enfermeiro sente que os resultados não são generalizáveis ao seu ambiente de trabalho” com 88,1% (Média = 3.29, *DP* = 0.73), incluída na subescala “caraterísticas do enfermeiro” e “O enfermeiro tem a sensação que as alterações na prática serão mínimas” que regista um resultado total de 86,3% (Média = 3.32, *DP* = 0.75), inserida na subescala “caraterísticas da organização”.

**Quadro 27 – Hierarquia global: Escala BRUS**

<b>Barreira:</b>	<b>n</b>	<b><math>\bar{X}</math></b>	<b><i>DP</i></b>	Respondentes agregados: Moderadamente significativa / Muito significativa (%)	<b><i>Hierarquia global</i></b>
A investigação em causa não foi replicada	359	3,31	0,688	88,3	<b>1<sup>a</sup></b>
O enfermeiro sente que os resultados não são generalizáveis ao seu ambiente de trabalho	376	3,29	0,730	88,1	<b>2<sup>a</sup></b>
O enfermeiro tem a sensação que as alterações na prática serão mínimas	380	3,32	0,746	86,3	<b>3<sup>a</sup></b>
O enfermeiro não sente ter a autoridade suficiente para alterar os procedimentos de cuidados	381	3,38	0,798	85,8	<b>4<sup>a</sup></b>
Os artigos/relatórios de investigação não estão rapidamente disponíveis	378	3,24	0,742	85,4	<b>5<sup>a</sup></b>
O enfermeiro não se sente capaz de avaliar a qualidade da investigação	374	3,22	0,772	85,3	<b>6<sup>a</sup></b>
O enfermeiro está isolado de colegas conhecedores com quem possa discutir investigação	376	3,29	0,783	85,1	<b>7<sup>a</sup></b>
O tempo no emprego é insuficiente para implementar novas ideias	371	3,40	0,824	84,7	<b>8<sup>a</sup></b>
Os enfermeiros não têm tempo para ler os estudos de investigação	378	3,32	0,815	84,1	<b>9<sup>a</sup></b>
A investigação não é relatada de forma clara e fácil de ler	376	3,24	0,792	83,8	<b>*10<sup>a</sup></b>
As implicações para o exercício profissional não são claras	381	3,15	0,720	83,8	<b>*10<sup>a</sup></b>

*\*Estas barreiras apresentaram a mesma percentagem.*



Observando as correlações entre as subescalas que constituem a escala BRUS, a mais significativa ocorre entre as “Caraterísticas da investigação” e as “Caraterísticas do enfermeiro” ( $r = 0.70, p < 0.001$ ), seguindo-se as correlações entre as “Caraterísticas do enfermeiro” e a “Comunicação do estudo” ( $r = 0.67, p < 0.001$ ), entre as “Caraterísticas da investigação” e a “Comunicação do estudo” ( $r = 0.64, p < 0.001$ ) entre as “Caraterísticas da investigação” e as “Caraterísticas da organização” ( $r = 0.60, p < 0.001$ ) as “Caraterísticas do enfermeiro” e as “Caraterísticas da organização” ( $r = 0.59, p < 0.001$ ) e finalmente entre a “Comunicação do estudo” e as “Caraterísticas da organização” ( $r = 0.51, p < 0.001$ ).

### *1.3.2. Atitudes e barreiras à prática baseada na evidência*

Ao analisar os resultados obtidos através da aplicação da escala QABPBE-26, dois aspetos são destacados pela sua particular relevância nomeadamente, o predomínio de atitudes favoráveis relativamente à PBE e os elevados valores de incerteza face à perceção de barreiras, interpretados na sua maioria e relativamente a cada item, como desconhecimento e não tanto como indefinição face à maioria das afirmações. Ainda que o questionário seja unidimensional, após análise efetuada sob uma perspetiva sintática, optámos pela separação dicotómica entre os itens que classificámos genericamente por “atitudes” e os que foram interpretados enquanto “barreiras” até porque, o objetivo principal da sua construção e posterior aplicação foi permitir a avaliação de ambas as vertentes.

A leitura da matriz que se apresenta na folha seguinte (quadro 28) permite confirmar a apreciação relativa à elevada afirmação de incerteza no que se relaciona com a grande maioria dos itens em avaliação. Ainda que nos mereça uma apreciação conjunta, destacam-se algumas questões cujos resultados são *per si* muito relevantes e cuja apreciação se fará posteriormente. É de referir que nesta matriz, os itens são apresentados sem qualquer escalonamento hierárquico, respeitando a ordem com que surgem na escala original.



**Quadro 28 – Matriz de respostas: QABPBE-26**

<b>QABPBE-26 – Matriz global</b>	<b>% DT+D</b>	<b>% Indecisos</b>	<b>% C+CT</b>	<b><math>\bar{X}</math> a)</b>	<b>DP a)</b>
a) <b>Valor médio e desvio-padrão excluindo resultado 3 = Não tenho a certeza (indecisos) / DT – 1; D – 2; C – 3; CT - 4</b>					
1 - Sinto-me confiante na minha capacidade para avaliar a qualidade dos artigos de investigação	10,3	34,3	55,4	2,90	0,530
2 - Creio que a aplicação da investigação à prática depende, até certo ponto, de quanto é que isso vai custar	29,9	19,3	50,8	2,65	0,740
3 - Muita da investigação disponível não é relevante para a minha prática profissional	47,2	18,0	34,8	2,38	0,694
4 - Acho difícil aceder regularmente à biblioteca mais próxima	53,1	8,8	38,1	2,34	0,771
5 - Acho que as chefias apoiam a utilização de prática baseada na evidência	15,7	24,7	59,6	2,87	0,650
6 - Acho que a investigação disponível específica para a minha área de trabalho é de fraca qualidade	56,9	26,0	17,0	2,15	0,599
7 - Acho que os artigos de investigação não são de fácil compreensão	62,4	16,8	20,9	2,20	0,542
8 - Sinto que há benefícios em alterar a minha prática, com base na investigação	2,1	6,2	91,8	3,35	0,552
9 - Não há incentivos para desenvolver as minhas competências de investigação, para utilização na prática clínica	8,0	13,4	78,6	3,18	0,619
10 - Tenho dificuldade em contactar colegas com conhecimentos, para discutir resultados da investigação	24,2	21,4	54,3	2,78	0,651
11 - Acho que a adesão dos clientes é um fator fundamental na utilização da evidência	8,8	13,1	78,1	3,11	0,548
12 - Sinto confiança em utilizar o computador para pesquisar informação baseada na evidência	11,3	18,6	70,1	3,05	0,615
13 - Acho avassaladora a quantidade de literatura de investigação	37,4	25,5	37,1	2,52	0,641
14 - Acho difícil manter-me a par de todas as mudanças que acontecem presentemente no meu contexto de trabalho	31,9	11,6	56,4	2,66	0,618
15 - Sei como pesquisar informação baseada na evidência	12,6	37,9	49,5	2,90	0,670
16 - Os recursos informáticos de que disponho no local de trabalho são adequados para pesquisar literatura baseada na evidência	47,4	18,3	34,3	2,33	0,781
17 - Acho difícil influenciar a mudança na prática clínica no meu contexto de trabalho	43,3	22,9	33,7	2,44	0,690
18 - Tenho constatado que a literatura de investigação por vezes reporta resultados contraditórios	10,1	30,4	59,6	2,90	0,429
19 - Creio que deveria fazer formação para me ajudar a utilizar a investigação eficazmente	5,5	7,5	87,1	3,21	0,542
20 - Não há dinheiro suficiente para financiar investigação sobre cuidados de saúde	11,4	24,0	64,7	3,06	0,685
21 - Constato que as limitações de tempo impedem que a prática baseada na evidência, seja usada eficazmente no meu exercício clínico	14,5	13,7	71,9	3,06	0,656
22 - Acredito nos resultados da investigação que leio	5,4	32,7	61,9	3,01	0,416
23 - Sentir-me-ia mais confiante se alguém experiente em investigação me fornecesse informação relevante	4,7	10,1	85,3	3,18	0,535
24 - Os meus colegas apoiam a aplicação da investigação relevante na prática	20,4	40,7	38,7	2,67	0,670
25 - Frequentemente, os resultados da investigação não são facilmente transferíveis para a minha prática clínica	19,3	24,2	56,4	2,80	0,550
26 - Implementar práticas baseadas na evidência trará benefícios para o meu desenvolvimento profissional	0,3	4,9	94,9	3,43	0,501

Quadro 29 – Hierarquia global: QABPBE-26

QABPBE-26 – Distribuição hierárquica por concordância [concordo (C) e concordo totalmente (CT)] ≥ 50%	Hierarquia	% C+CT
Atitudes / <b>Barreiras</b>		
Implementar práticas baseadas na evidência trará benefícios para o meu desenvolvimento profissional	1º	94,9
Sinto que há benefícios em alterar a minha prática, com base na investigação	2º	91,8
<b>Creio que deveria fazer formação para me ajudar a utilizar a investigação eficazmente</b>	<b>3º</b>	<b>87,1</b>
<b>Sentir-me-ia mais confiante se alguém experiente em investigação me fornecesse informação relevante</b>	<b>4º</b>	<b>85,3</b>
<b>Não há incentivos para desenvolver as minhas competências de investigação, para utilização na prática clínica</b>	<b>5º</b>	<b>78,6</b>
Acho que a adesão dos clientes é um fator fundamental na utilização da evidência	6º	78,1
<b>Constato que as limitações de tempo impedem que a prática baseada na evidência, seja usada eficazmente no meu exercício clínico</b>	<b>7º</b>	<b>71,9</b>
Sinto confiança em utilizar o computador para pesquisar informação baseada na evidência	8º	70,1
<b>Não há dinheiro suficiente para financiar investigação sobre cuidados de saúde</b>	<b>9º</b>	<b>64,7</b>
Acredito nos resultados da investigação que leio	10º	61,9
Acho que as chefias apoiam a utilização de prática baseada na evidência	11º	59,6*
<b>Tenho constatado que a literatura de investigação por vezes reporta resultados contraditórios</b>	<b>11º</b>	<b>59,6*</b>
<b>Acho difícil manter-me a par de todas as mudanças que acontecem presentemente no meu contexto de trabalho</b>	<b>13º</b>	<b>56,4*</b>
<b>Frequentemente, os resultados da investigação não são facilmente transferíveis para a minha prática clínica</b>	<b>13º</b>	<b>56,4*</b>
Sinto-me confiante na minha capacidade para avaliar a qualidade dos artigos de investigação	15º	55,4
<b>Tenho dificuldade em contactar colegas com conhecimentos, para discutir resultados da investigação</b>	<b>16º</b>	<b>54,3</b>
<b>Creio que a aplicação da investigação à prática depende, até certo ponto, de quanto é que isso vai custar</b>	<b>17º</b>	<b>50,8</b>
*Estes itens apresentam valores agregados iguais.		

Relativamente ao quadro anteriormente apresentado (quadro 29) é possível observar-se o escalonamento hierárquico descendente das atitudes e barreiras cujo valor de concordância é superior, tendo como ponto de corte os valores percentuais  $\geq 50\%$ , totalizando 17 itens de entre o conjunto de 26 que originalmente constituem o QABPBE.

Desde logo, destacam-se com valores superiores de concordância, isto é, com resultados agregados em percentagem das respostas “3 – Concordo” e “4 – Concordo totalmente” as seguintes atitudes: “Implementar práticas baseadas na evidência trará benefícios para o meu desenvolvimento profissional” (94,9%); seguido de “Sinto que há benefícios em alterar a minha prática, com base na investigação” (91,8%) e “Acho que a adesão dos clientes é um fator fundamental na utilização da evidência” (78,1%). No que concerne às barreiras detetadas merecem particular destaque os itens: “Deveria fazer formação para me ajudar a utilizar a investigação mais eficazmente” (87,1%) seguido de “Sentir-me-ia mais confiante se alguém experiente em investigação me fornecesse informação relevante” (85,3%) e ainda “Não há incentivos para desenvolver as minhas competências de investigação, para utilização na prática clínica” (78,6%).

No que se refere à análise do QABPBE-26, sendo esta uma escala unidimensional, os testes estatísticos efetuados para associação de variáveis não demonstraram relações significativas. Associando os resultados do QABPBE-26 com as demais subescalas, verifica-se uma situação única de significância estatística de muito fraca intensidade, nomeadamente com os “Conhecimentos, habilidades e competências” do QECPBE-20 ( $r = 0.116$ ,  $p = 0.05$ ). A sùmula das correlações inter-escalas / subescalas será apresentada posteriormente neste subcapítulo.

### *1.3.3. Práticas, atitudes e conhecimentos/competências*

Observando agora os resultados obtidos pelo QECPBE-20, destacam-se com valores mais elevados e favoráveis à PBE a subescala “Atitudes” (Média = 5.98,  $DP = 0.97$ ), seguindo-se os “Conhecimentos / habilidades e competências” (Média = 5.07,  $DP = 0.90$ ) e as “Práticas” (Média = 4.43,  $DP = 1.38$ ). Por subescala, verificam-se (quadro 30) de entre as práticas (1 – nunca e 7 – frequentemente) que os itens que registam maiores resultados são: “Partilhar a informação com colegas” (Média = 4.76,  $DP = 1.72$ ) e “Avaliar os resultados da prática” (Média = 4.52,  $DP =$

1.66). Com um valor médio inferior a 4,5 surge “Integrar as evidências encontradas na prática” (Média = 4.48, *DP* = 1.61). Ainda na subescala “Práticas” o item que regista a menor nível é “Analisar criticamente a literatura encontrada” (Média = 4.22, *DP* = 1.59) seguindo-se a “Localização de evidências após formulação de pergunta” (Média = 4.25, *DP* = 1.55) e “Formular pergunta de partida” (Média = 4.35, *DP* = 1.60).

**Quadro 30 – Distribuição da amostra: QCEPBE-20 (“Práticas”)**

$\bar{x}$	<i>DP</i>	Item:	Subescala “Práticas”
4,76	1,720	Partilhou essa informação com colegas	
4,52	1,663	Avaliou os resultados da sua prática	
4,48	1,608	Integrou as evidências que encontrou na sua prática	
4,35	1,603	Formulou uma pergunta de partida claramente definida, como início de um processo para preencher essa lacuna	
4,25	1,545	Localizou as evidências relevantes depois de ter formulado a pergunta	
4,22	1,592	Analisou criticamente e segundo critérios explícitos, qualquer literatura que tenha encontrado	

Ainda no contexto do QCEPBE-20, relativamente à dimensão “Atitudes” (quadro 31), observa-se que ao ser confrontada a importância da PBE em oposição à mesma ser considerada uma perda de tempo, regista-se um valor médio expressivo favorável à ideia de que “A prática baseada na evidência é essencial à prática profissional” (Média = 6.20, *DP* = 1.29), seguindo-se “Acolho com agrado perguntas sobre a minha prática” (Média = 5.93, *DP* = 1.19) em oposição ao desagrado sobre o questionamento das práticas. Finalmente, confrontando a fidelidade das práticas com base em métodos atuais *versus* mudar as práticas devido a novas evidências encontradas destaca-se a ideia de que “A minha prática mudou devido às evidências que encontrei” (Média = 5.8, *DP* = 1.14).

**Quadro 31 – Distribuição da amostra: QCEPBE-20 (“Atitudes”)**

$\bar{x}$	<i>DP</i>	Pares de afirmações:	Subescala “Atitudes”
6,20	1,286	A prática com base em evidências é uma perda de tempo (valor 1) A prática baseada em evidências é essencial à prática profissional (valor 7)	
5,93	1,187	Não me agrada que a minha prática clínica seja questionada (valor 1) Acolho com agrado as perguntas sobre a minha prática (valor 7)	
5,80	1,137	Mantenho-me fiel a métodos testados e aprovados em vez de mudar para algo novo (valor 1) A minha prática mudou devido às evidências que encontrei (valor 7)	

Relativamente à dimensão “Conhecimentos / habilidades e competências” incluída no QECPBE-20 (quadro 32), destacam-se em primeiro lugar (1 – pior e 7 – melhor) a “Capacidade de identificar lacunas na sua prática profissional” (Média = 5.21, *DP* = 0.98), seguido da “Capacidade de aplicar a informação a casos individuais” (Média = 4.77, *DP* = 1.02) e as “Competências em tecnologias de informação” (Média = 4.73, *DP* = 1.18). No extremo oposto registam-se com valores inferiores os seguintes itens: “Conversão das suas necessidades de informação numa pergunta de investigação” (Média = 4.04, *DP* = 1.14), a “Capacidade de determinar a validade do material” (Média = 4.48, *DP* = 1.16) e “Saber como obter as evidências” (Média = 4.49, *DP* = 1.07).

**Quadro 32 – Distribuição da amostra: QECPBE-20  
 (“Conhecimentos/habilidades e competências”)**

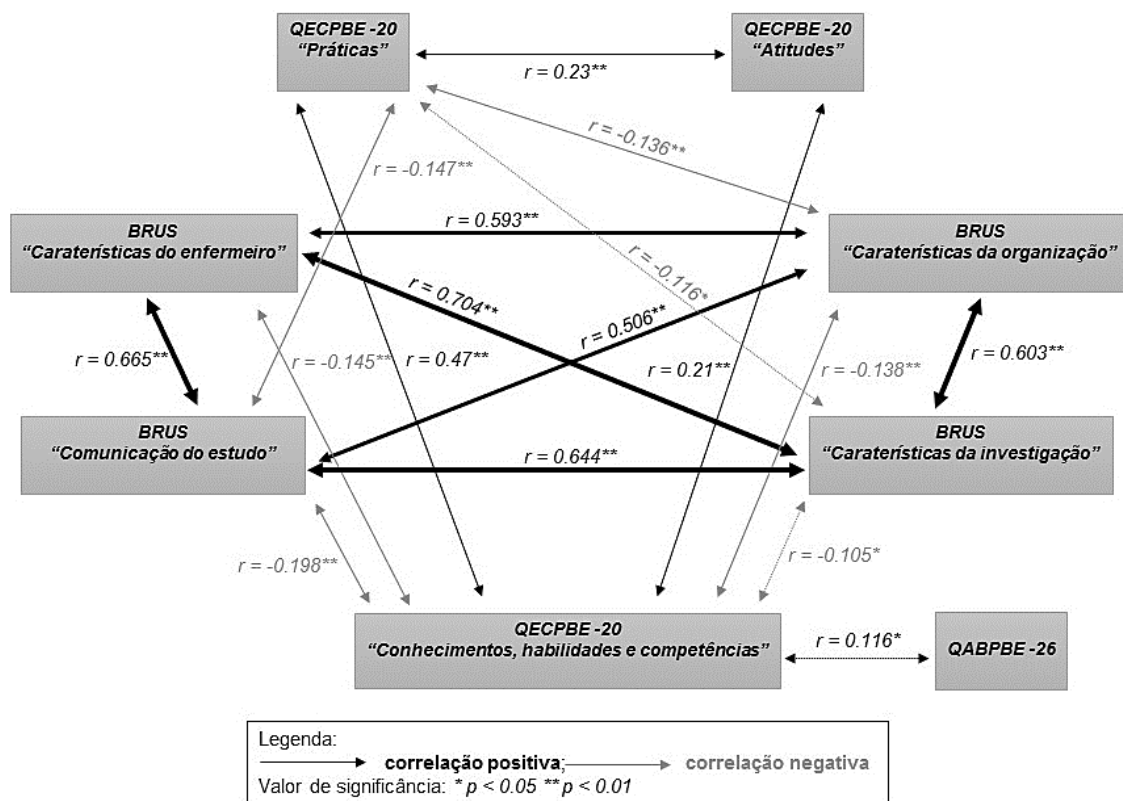
$\bar{X}$	<i>DP</i>	<b>Subescala “Conhecimentos/habilidades e competências” Item:</b>
5,21	,977	Capacidade de identificar lacunas na sua prática profissional
4,77	1,015	Capacidade de aplicar a informação a casos individuais
4,73	1,171	Competências em TI (Tecnologias de Informação)
4,68	1,012	Competências de pesquisa
4,66	1,150	Capacidade de determinar a utilidade (aplicabilidade clínica) do material
4,63	1,098	Capacidade de analisar, de forma crítica, as evidências segundo normas definidas
4,53	,981	Monitorização e revisão de competências práticas
4,49	1,040	Perceção dos principais tipos e fontes de informação
4,49	1,065	Saber como obter as evidências
4,48	1,160	Capacidade de determinar a validade (aproximação da verdade) do material
4,04	1,136	Conversão das suas necessidades de informação numa pergunta de investigação

Quanto às correlações verificadas entre as subescalas do QECPBE-20, a correlação mais significativa ocorre entre os “Conhecimentos / habilidades e competências” e as “Práticas” ( $r = 0.47$ ,  $p = 0.001$ ) seguindo-se a correlação entre “Atitudes” e as “Práticas” ( $r = 0.23$ ,  $p < 0.001$ ) e por fim, entre os “Conhecimentos / habilidades e competências” e as “Atitudes” ( $r = 0.21$ ,  $p < 0.001$ ).

Adicionalmente, estudando a associação das subescalas do QECPBE-20 e as variáveis sociodemográficas verificou-se uma significância face aos “Conhecimentos / habilidades e competências” e o sexo dos participantes. A especificação destes resultados é apresentada detalhadamente no ponto seguinte.

### 1.3.4. Análise correlacional das barreiras, atitudes, conhecimentos e práticas

Tratando-se de um estudo descritivo-correlacional, avaliaram-se associações entre variáveis. Dessa avaliação resultou uma intrincada rede de relações estatisticamente significativas ainda que a diferentes níveis e de razões inversas, positivas e ou negativas. A construção do diagrama representado na figura seguinte possibilitou-nos uma visualização esquemática destas relações, apresentando uma síntese gráfica dos resultados obtidos. No diagrama, para além das correlações anteriormente apresentadas (entre subescalas), encontram-se também representadas as correlações entre as três escalas.



**Figura 8 – Diagrama das associações observadas entre escalas / subescalas**

As correlações com maior significado ocorrem entre as dimensões da BRUS. Examinando as correlações entre as várias escalas, verifica-se que se caracterizam por serem na sua maioria correlações com significância estatística embora com valores fracos de associação. Observam-se correlações entre as subescalas “Comunicação do estudo” (BRUS) e as “Competências, habilidades e conhecimentos” (QCEPBE-20) ( $r = -0.20$ ,  $p < 0.001$ ) e entre a “Comunicação do estudo” (BRUS) e as “Práticas” (QCEPBE-20) ( $r = -0.15$ ,  $p = 0.004$ ). Seguem-se



correlações entre as “Caraterísticas do enfermeiro” (BRUS) e as “Competências, habilidades e conhecimentos” (QECPE-20) ( $r = -0.15, p = 0.004$ ) e entre as “Caraterísticas da Organização” (BRUS) e as “Competências, habilidades e conhecimentos” (QECPE-20) ( $r = -0.14, p = 0.007$ ) e ainda entre as “Caraterísticas do enfermeiro” (BRUS) e as “Práticas” (QECPE-20) ( $r = -0.14, p = 0.007$ ). Ocorrem igualmente correlações de menor significado entre as “Caraterísticas da Investigação” (BRUS) e as “Práticas” (QECPE-20) ( $r = -0.17, p = 0.022$ ) e as “Caraterísticas da Investigação” BRUS e as “Competências, habilidades e conhecimentos” QECPE-20 ( $r = -0.11, p = 0.04$ ). Constatam-se ainda significâncias entre o QABPE-26 e as “Competências, habilidades e conhecimentos” (QECPE-20) ( $r = -0.17, p = 0.022$ ).

Adicionalmente, também o QABPE-26 apresenta uma associação ainda que fraca com o tempo de exercício profissional ( $r = -0.17, p = 0.024$ ). Finalmente, relativamente às variáveis sociodemográficas, observa-se uma última correlação estatisticamente significativa  $t$  (Student) entre a subescala QECPE-20 “Conhecimentos, habilidades e competências” e o sexo, verificando os seguintes resultados: Homens (Média = 5.25, DP = 0.79), Mulheres (Média = 5.02, DP = 0.92) ( $t_{(385)} = 2,05, p = 0,04$ ) isto é, os participantes do sexo masculino autopercecionam a um maior nível capacidades para a aplicação de uma PBE.

## 2. ESTUDO II – AVALIAÇÃO DO IMPACTO DE UMA INTERVENÇÃO FORMATIVA

De modo a complementar o estudo anterior, ponderou-se a realização junto da amostra avaliada de um segundo estudo que possibilitasse estimar a efetividade da promoção de uma PEBE, nomeadamente através da dinamização de uma intervenção educativa / formativa intensiva de curta duração. Por outro lado, o conjunto de responsabilidades profissionais e organizacionais que assumimos no nosso percurso socioprofissional também nos comprometem a este nível, sobretudo por via do exercício de funções docentes no contexto do ensino pré e pós-graduado em enfermagem. Neste âmbito é particularmente acutilante o enquadramento promovido por Fineout-Overholt e Johnston (2005) quando refletem sobre o ensino da PBE enquanto um desafio para os educadores no século

XXI, nomeadamente ao assumirem uma mudança substantiva no paradigma do ensino da enfermagem de um modelo tradicional para um modelo em que os *curricula* se baseiam na integração de uma prática baseada em evidências. A seguinte transcrição, ainda que um pouco extensa é modelar no que se refere a esta transição:

*“The traditional paradigm for teaching research typically emphasized generating research, with particular focus on research methods and extensive critique. This paradigm is no longer adequate for preparing practitioners for the level of practice expected of them. Educators must begin to provide foundational education, beginning in basic programs (...) and continuing education in evidence-based practice that will prepare nurses to give care that is based on the best available evidence. Practitioners are expected to bring the best and latest evidence to bear on their decision making with patients. (...) Educators must be able to challenge learners to incorporate valid scientific evidence; their own expertise; and their patients’ choices, concerns, and values when making clinical decisions.”* (Fineout-Overholt & Johnston, 2005, p. 37)

Ora semelhante desafio pautado por tamanha abrangência, requer um significativo compromisso por parte de todos os que, em diferentes graus e com estatutos diversos (docentes, mentores, tutores, supervisores clínicos e líderes) intervêm nos processos educativos e formativos em enfermagem de um modo particular e de forma mais alargada no âmbito das ciências da saúde.

## 2.1. Âmbito e enquadramento do estudo

A implementação de uma PBE é complexa e multifacetada contemplando a construção das evidências, o contexto em que ocorre e ainda os facilitadores do processo (Kitson, et al., 2008). Falar de contexto a este nível implica considerar a cultura organizacional, a avaliação das lideranças e ainda o escrutínio e avaliação sistemática dos resultados. Os facilitadores compreendem características pessoais, os papéis desempenhados e ainda as idiosincrasias face ao exercício profissional. A sublinhar a complexidade inerente aos processos de implementação elaboraram-se diversos quadros conceptuais a este respeito, sendo de destacar de entre eles o já abordado ciclo «Do conhecimento à prática» (Graham et al., 2006), o PARIHS (*Promoting Action on Research Implementation in Health Services*) apresentado originalmente por Rycroft-Malone (2004), o ARCC (*Advancing Research and Clinical practice through close Collaboration*), construído em 2010 (Melnik &

Fineout-Overholt) e ainda o *ACE Star Model of Knowledge Transformation* do *Academic Center for Evidence-Based Practice* (Stevens, Puga & Low, 2012).

Numa fase anterior, aquando das leituras e pesquisas sistematizadas que efetuámos para elaborar o enquadramento conceptual da presente tese incluindo a revisão integrativa, emergiu um conjunto vasto de referências à importância da educação e formação dos profissionais enquanto estratégia de promoção da PBE e como forma de estimular a incorporação de evidências no exercício profissional (Thompson, Estabrooks, Scott-Findlay, Moore & Wallin, 2007; Hart, et al., 2008; Cheater et al., 2009; Soares, Pereira, Neves, Gomes, Teixeira, Oliveira...Pereira, 2013; Yost, Ciliska, & Dobbins, 2014; Young et al., 2014). Em 2007, Thompson e colaboradores efetuaram uma revisão sistemática para avaliar intervenções dirigidas visando aumentar o uso da investigação em enfermagem. Nesta e apenas considerando estudos aleatórios randomizados e estudos de controlo antes e pós-intervenção, verificou-se que pouco ainda se sabe relativamente às estratégias mais eficazes a este nível, sendo as evidências inconclusivas face a esta realidade. Para obviar esta situação, os autores sugerem algumas possibilidades das quais se destacam:

- a) Usar intervenções suportadas na teoria para potenciar o uso de investigação;
- b) Investigação longitudinal com recurso a avaliações regulares aplicando instrumentos válidos em termos de propriedades psicométricas;
- c) Avaliar junto das pessoas cuidadas os resultados e ganhos relevantes das intervenções;
- d) Desenvolver estudos mais robustos e com solidez metodológica para avaliar a qualidade das intervenções.

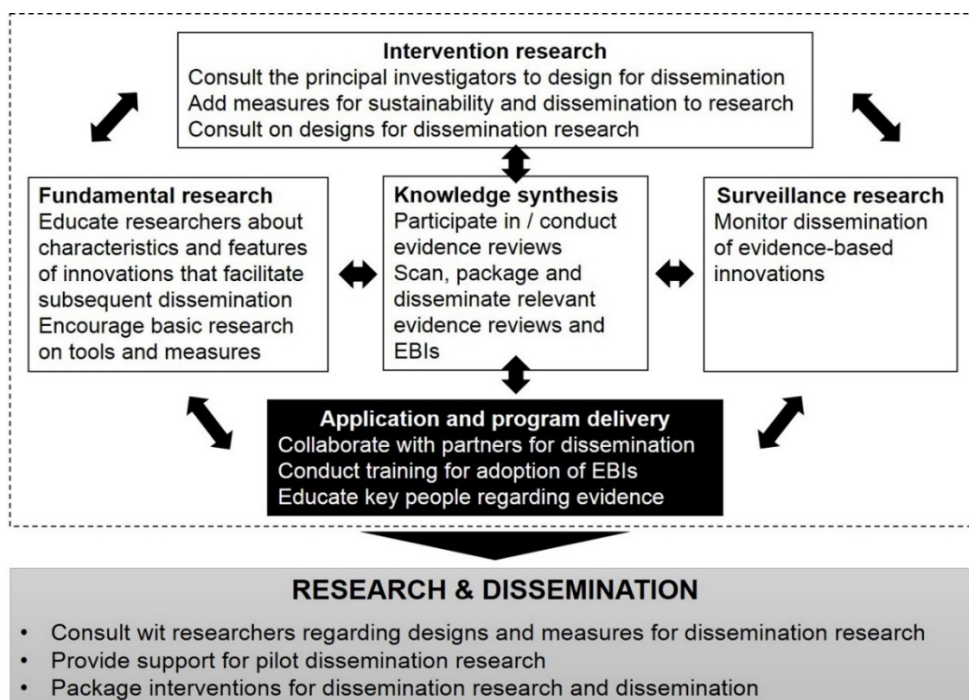
Cheather e colaboradores (2009) numa revisão Cochrane consideram que o impacto de diversas estratégias para implementar mudanças nas práticas entre os profissionais de saúde pode variar em função dos contextos e do tempo e isto porque face a estas duas dimensões, as barreiras a esta implementação também se configuram de modo distinto. No entanto as evidências decorrentes da revisão efetuada não são conclusivas em determinar que as estratégias mais eficazes sejam as que se dirigem e adaptam a situações específicas, sendo necessário

aprofundar a investigação relativamente à identificação de barreiras e estratégias de remediação. Contudo, parece haver consenso relativamente à melhoria dos cuidados, implicando ganhos em saúde por parte dos pacientes se se recorrer a intervenções específicas e dirigidas prospectivamente às barreiras avaliadas.

Recentemente, Young e colaboradores (2014) numa revisão de 16 revisões sistemáticas que incluíam ao todo 81 estudos primários dos quais 25 eram estudos aleatórios randomizados, procuraram avaliar os efeitos do ensino de cuidados de saúde baseados em evidências, concluindo com propriedade que estas intervenções educativas devem tomar como foco estratégias multifacetadas de implementação, integrando abordagens clínicas e respetiva avaliação.

Face ao exposto, recuperando o ciclo «Do conhecimento à prática» e ao nível das possíveis estratégias de intervenção, as de cariz educacional são descritas como apropriadas, podendo consubstanciar-se em intervenções ativas e passivas. De entre estas, figuram por exemplo intervenções educativas como a que realizámos.

Ainda na senda das leituras exploratórias para fundamentar e enquadrar este estudo, fomos confrontados com um modelo que advoga o papel nuclear da disseminação no ciclo de vida do processo de investigação (figura 9).



**Figura 9 – Centralidade da disseminação no ciclo da investigação**

*Adaptado de Rimer, B. (2004, p.39)*

De acordo com o modelo, retomado por Rimer (2004) o treino para a adoção de intervenções baseadas na evidência (*EBIs*) e a educação junto de «intervenientes-chave» em relação à PBE surgem destacados enquanto formas de aplicar e promover a incorporação de evidências de um modo sustentado nos contextos de exercício profissional.

Dado que a recolha de dados para a realização do estudo principal decorreu no contexto prévio a uma intervenção educativa ponderámos, após a realização da mesma, a possibilidade de avaliar o possível impacto que esta poderia ter tido junto da população de enfermeiros abrangidos pela formação (N = 414), delineando assim um estudo transversal, de cariz *quasi-experimental* com avaliação pré e pós-intervenção em amostras independentes sem grupo de controlo, considerando para efeitos da avaliação pré-intervenção os dados obtidos e apresentados anteriormente. Assim, com este estudo procuramos avaliar o impacto de um programa formativo de curta duração baseado numa intervenção educativa intensiva.

## 2.2. Material, métodos e procedimentos

A organização da intervenção formativa de curta duração foi sistematizada de modo a constituir-se como uma complementaridade ao estudo anterior, explorando uma forma sensível e destacada de intervenção para colmatar lacunas já identificadas no âmbito da formação na área da EBE e isto de acordo com uma planificação previamente estruturada (Anexo X). Em termos de síntese, no que se relaciona com os conteúdos programáticos abordados, considerou-se a seguinte estrutura base para a formação dinamizada:

- I. Conceito, importância e relevância para a profissão da PBE;
- II. Recomendações institucionais e barreiras à PBE;
- III. Etapas da prática baseada na evidência:
  - a) Definir a pergunta (Modelo PICOT);
  - b) Planear e realizar a revisão da literatura;
  - c) Avaliar criticamente a literatura;
  - d) Integrar a evidência na prestação de cuidados;
  - e) Avaliar o processo;

- IV. Como procurar / sistematizar evidência clinicamente válida:
  - f) Literatura científica periódica centrada em evidências;
  - g) Revisões sistemáticas da literatura;
  - h) Centros de enfermagem baseados na evidência;
  - i) Guias de boas práticas;
- V. Evidência e investigação qualitativa.

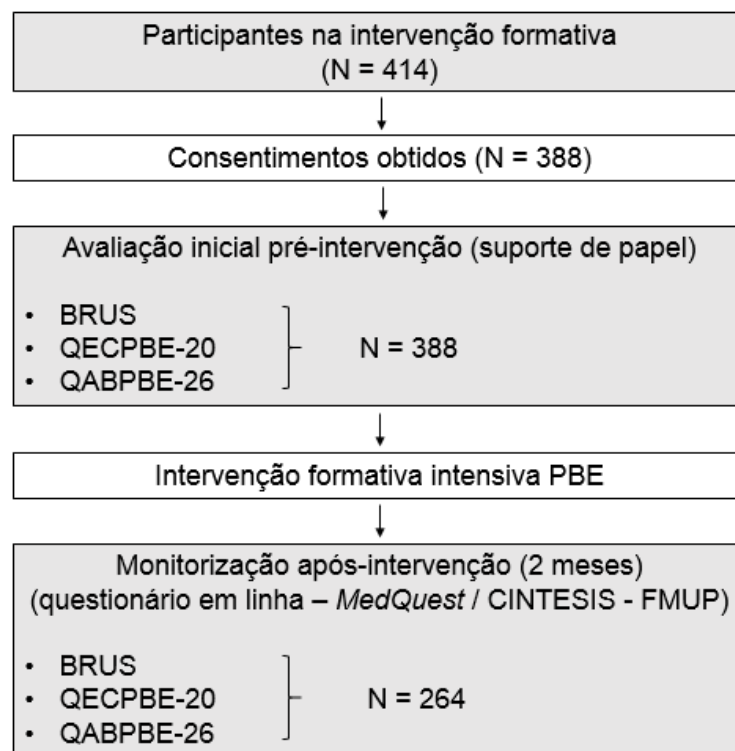
A organização e seleção dos conteúdos abordados procurou enquadrar-se no que poderíamos designar como uma “Introdução à Prática de Enfermagem Baseada na Evidência”, seguindo o consenso estabelecido sobre aspetos centrais inerentes à metodologia (Craig & Smyth, 2004; Fineout-Overholt & Johnston, 2006; Mantzoukas, 2007; Cullum, Ciliska, Haynes & Susan, 2010). Relativamente às sessões dinamizadas, procurámos abranger todas as regiões do norte do país permitindo que um maior número de participantes pudesse aceder às formações num contexto geodemográfico de proximidade. Ainda assim registamos que, sobretudo no Minho e em Trás-os-Montes e Alto Douro, diversos enfermeiros percorreram distâncias muito significativas para participar nas formações. Na área metropolitana do Porto ocorreu a maior concentração de eventos formativos o que é explicado pela maior densidade de enfermeiros que aí exercem a profissão.

No que se refere à avaliação do impacto desta formação, procurou-se em termos metodológicos confrontar os resultados registados antes e após a intervenção. Ao contrário do que sucedeu na avaliação inicial, cuja recolha de dados ocorreu em suporte de papel, a avaliação da designada “FASE II”, recorreu a um formulário em linha construído para o efeito através da plataforma *MedQuest* (Anexo XI) disponibilizada pelo CINTESIS/FMUP. Este formulário seguiu na essência a estrutura do utilizado anteriormente, embora adotasse uma maior simplificação. Na essência era composto pelos três instrumentos anteriormente utilizados (BRUS; QABPBE-26 e QECPBE-20).

De acordo com diversos autores (Hart, et al., 2008; Soares, et al., 2013; Yost, Ciliska, & Dobbins, 2014; Young, Rohwer, Volmink, & Clarke, 2014) verifica-se uma variabilidade temporal significativa no período decorrido entre a avaliação inicial (antes da intervenção) e a avaliação pós-intervenção educativa/formativa, observando-se consenso no que se refere ao intervalo mínimo decorrido após a

intervenção formativa inicial. Em conformidade adotámos neste caso um referencial de tempo de pelo menos dois meses decorridos após intervenção pelo que, a recolha de dados relativa ao Estudo II ocorreu entre janeiro e março de 2015. Para esse efeito e dado que não dispúnhamos de acesso direto aos contatos dos enfermeiros que participaram na formação, solicitou-se à SRN/OE o envio de uma mensagem através de correio eletrónico a todos os participantes que estiveram envolvidos numa das diversas sessões formativas previamente realizadas e no qual se solicitava a colaboração e participação no processo avaliativo pós-intervenção, disponibilizando para esse efeito uma hiperligação específica para a aplicação *MedQuest*. Passados 15 dias após o envio da primeira mensagem, procedeu-se ao reenvio da mesma, solicitando novamente o envolvimento de todos os participantes nesta avaliação de *follow-up*.

No total de respondentes deste segundo estudo, obtiveram-se 264 respostas válidas o que corresponde a 63,8% do total de participantes nas sessões formativas (N = 414). Relativamente ao número de respondentes do Estudo I (n = 388) obteve-se uma significativa taxa de participação na reavaliação que se fixou em 68,0%. Para uma melhor visualização do desenho do estudo, atente-se ao esquema apresentado na seguinte figura.



**Figura 10 – Representação esquemática do fluxo dos participantes no estudo**

Para a análise dos dados, utilizou-se novamente o programa IBM® SPSS® *Statistics* versão 20.0. Recorreu-se à estatística descritiva, nomeadamente a medidas de tendência central e dispersão e à estatística inferencial, mais concretamente ao teste *t* para amostras independentes. Foi considerado estatisticamente significativo um valor de  $p < 0,05$ . A escolha por este tipo de teste foi condicionada pela impossibilidade de se proceder ao emparelhamento das amostras. Conscientes de que essa seria a opção metodológica de eleição, tal não se afigurou como possível dado que, como já assumido, a realização deste estudo foi equacionada *a posteriori* face à intervenção educativa e não disponhamos de nenhum mecanismo fiável e exequível para proceder a esse emparelhamento. Em alternativa recorreu-se ao teste *t* para amostras independentes aplicável em variáveis escalares, permitindo avaliar “se a diferença de médias se deve ao acaso (...) ou se se deverá a diferenças que existem, de facto, na população onde foram recrutados os dois grupos que estão a ser comparados” (Martins, 2011, p. 135), neste caso, o grupo pré e o grupo após intervenção.

### 2.3. Resultados

Foi nosso entendimento que uma apresentação exaustiva de resultados implicaria uma extensão desta tese o que, numa lógica de análise de resultados, pouco acrescentaria pelo que são apresentados os principais resultados obtidos procurando enfatizar os achados estatisticamente significativos, procedendo ao seu enquadramento na discussão posterior que decorrerá no próximo capítulo. Para esse efeito, elaborou-se o quadro seguinte.

**Quadro 33 – Estudo II: Síntese dos principais resultados**

Escala / (Subescala)	Antes $\bar{X}$ (DP)	Pós $\bar{X}$ (DP)	t (p)
QCEPBE-20 (“Práticas”)	4,43 (1,38)	4,05 (1,48)	3,33 ( $p = 0,001$ )
BRUS (“Organização”)	3,04 (0,63)	3,15 (0,51)	2,63 ( $p = 0,009$ )
BRUS (“Comunicação”)	3,03 (0,55)	3,24 (0,52)	4,86 ( $p = 0,0001$ )
BRUS (“Enfermeiro”)	3,08 (0,67)	3,20 (0,58)	2,37 ( $p = 0,018$ )
BRUS (“Investigação”)	2,94 (0,69)	3,08 (0,67)	2,579 ( $p = 0,01$ )



Em termos descritivos, constam-se diferenças estaticamente significativas ao nível da subescala “Práticas” do QECPBE-20 e das quatro subescalas que constituem a escala BRUS. Relativamente à dimensão “Práticas” do QECPBE-20, registam-se valores médios inferiores de perceção da prática baseada em evidência após a realização da intervenção. Paralelamente também ocorre um decréscimo na percentagem estimada da prática diária que se considera baseada na evidência que diminui ligeiramente dos 63,86% para os 60%. No que concerne à perceção de barreiras em relação à PBE, em todas as quatro dimensões são observados valores médios mais elevados.



## **CAPÍTULO VI – DISCUSSÃO, IMPLICAÇÕES E LIMITAÇÕES**

### **1. ESTRUTURA E MÉTODO**

Neste capítulo pretendemos avaliar e interpretar as relações observadas entre variáveis e a sua ligação ao enquadramento conceptual. A partir da análise destas mesmas relações, na linha do que preconiza Fortin (2009), responderemos do modo mais fiável e com a maior exatidão possível às questões de investigação previamente formuladas considerando sobretudo o contexto em que decorreu o estudo principal e a investigação produzida a este respeito. Ainda segundo esta autora aquando da “(...) interpretação dos resultados, o investigador deve somente descrever as relações entre variáveis e não em se ocupar a fazer predições nem estabelecer relações de causalidade” (2009, p. 480).

Em coerência com a apresentação dos resultados, discutiremos de um modo prévio algumas das características mais relevantes no que se relaciona com os dados sociodemográficos e profissionais dos participantes. Posteriormente e atendendo à sua natureza, exploraremos no ponto que genericamente designámos por «principais evidências» os resultados observados em cada um dos estudos tendo em conta os respetivos âmbitos e objetivos.

### **2. ANÁLISE SOCIOPROFISSIONAL E DEMOGRÁFICA DOS PARTICIPANTES**

A amostra estudada apresenta características distintivas ainda que parcialmente sobreponíveis relativamente ao conjunto de enfermeiros a exercer na região norte do país. O “Anuário Estatístico – 2014” da Ordem dos Enfermeiros (OE, 2015b), apresenta a distribuição relativa a alguns dos dados colhidos por nós, ora por distrito, ora por secções regionais (incluindo naturalmente a região norte) e ainda nalguns casos de acordo com uma lógica global e nacional, o que condicionou a comparação linear dos dados sociodemográficos. Relativamente à idade, comparando com a distribuição nacional, verifica-se como esperado que a amostra apresenta uma média de idades superior porquanto os participantes assumem um papel de destaque nas respetivas organizações, quer enquanto elementos dinamizadores dos padrões de qualidade, quer como responsáveis institucionais

nos moldes já descritos anteriormente, ou seja, são profissionais detentores de maior experiência e diferenciação. Analogamente, observa-se que no nosso estudo a percentagem de enfermeiros com título profissional de enfermeiro especialista era muito superior à da média nacional.

No que concerne à comparação com a população inscrita na Secção Regional do Norte da OE, a amostra em apreço regista uma distribuição sobreponível por sexo onde predominam largamente e como esperado, as mulheres. Já no que se refere à área de atividade predominante e considerando os dados existentes, na região norte é maior o número de enfermeiros que refere exercer em contexto hospitalar do que o verificado na nossa amostra. Na razão inversa é superior a percentagem de sujeitos da amostra que trabalham nos cuidados de saúde primários o que é compreensível face às particularidades da mesma.

Refinando a análise por distrito, sublinha-se a não participação no estudo de enfermeiros oriundos do distrito de Viana do Castelo pelas razões anteriormente explicitadas. Dos restantes distritos da região norte, verificaram-se participações expressivas. Quando confrontados com as percentagens de enfermeiros por distrito, observa-se que no estudo participaram em termos relativos menos enfermeiros do Porto e de Braga face ao total por distrito respetivamente. Inversamente, participaram mais elementos de Vila Real e de Bragança quando comparados com os respetivos totais regionais.

### 3. PRINCIPAIS EVIDÊNCIAS

Recapitulando as questões de natureza empírica formuladas, propusemo-nos ao realizar a presente investigação a procurar respostas para as seguintes interrogações:

- Quais as barreiras face à EBE com que se confrontam estes enfermeiros?
- Qual a natureza das barreiras identificadas?
- Em que medida os contextos de exercício favorecem ou contrariam o estabelecimento de uma EBE?
- Que atitudes por parte dos profissionais condicionam ou favorecem a adoção da EBE?

- Como é percebida na prática profissional a implementação das diversas etapas associadas à EBE?

Atendendo aos resultados obtidos e considerando uma realidade complexa e multidimensional, discutiremos os aspetos mais relevantes e que de algum modo ajudam a responder a estas perguntas. Ainda a este respeito, convém também ter presente que na pergunta relativa à implementação das etapas associadas a uma EBE estão contidas múltiplas dimensões desde a formulação de questões clinicamente relevantes para a prática até à incorporação de evidências, passando pela procura e seleção de informação e a respetiva apreciação crítica.

Posteriormente e em complementaridade, discutem-se os resultados decorrentes da avaliação relativa ao Estudo II equacionando em que medida uma intervenção de âmbito formativo / educativo poderá influenciar junto dos profissionais a adoção de uma PBE.

### 3.1. Estudo I

Relativamente às atitudes, barreiras e práticas face à PBE, organizámos a discussão de acordo com as diversas componentes estudadas. A sua leitura deverá ser no entanto integrada, sistémica e global porquanto estas são questões interligadas e interdependentes.

#### *Acesso e utilização da informação*

Tendo em conta o encadeamento sequencial dos dados apresentados, procederemos de imediato à discussão sobre o acesso e a utilização da informação enquanto dimensão central no que se refere a uma PBE, constatando o estatuto do conhecimento científico como um dos pilares estruturantes no apoio aos processos de tomada de decisão baseados em evidências. A este respeito é de considerar que alguns investigadores (Bakalis, 2006; Jesus, 2006; Brown et al. 2010) defendem que para que ocorra o desenvolvimento de uma prática segura e profissional acompanhada de maior confiança na tomada de decisão, os enfermeiros necessitam de ter mais conhecimentos e de desenvolver competências. Ao adquirir confiança e praticando em segurança os enfermeiros apreendem o que deles é esperado no respeito pelo mandato social da profissão,

quais as limitações com que são confrontados e qual a melhor forma de utilizar o conhecimento proveniente da investigação na sua prática.

Nesse âmbito, justificou-se avaliar sumariamente as fontes de informação utilizadas para orientar as práticas no dia-a-dia bem como o acesso a essas fontes com recurso à *internet*. Os resultados mostram que a informação «pré-processada» e sistematizada em documentos sinópticos, também designada como conhecimento de terceira geração, assume um claro predomínio neste âmbito com particular relevo para os guias de boas práticas e os protocolos seguindo-se ainda as circulares oficiais. A este respeito tem sido reconhecido que as NOC se constituem como instrumentos privilegiados no que se refere ao consumo de informação de suporte ao exercício profissional no âmbito da prestação de cuidados de saúde (Vaz Carneiro, 2009). É de salientar a sobreposição e consistência com resultados anteriores em sede do estudo exploratório por nós realizado (Pereira et al., 2012) e de um outro estudo em que também participámos (Peixoto, Pereira, Martins, Barbieri-Figueiredo & Vaz Carneiro, 2015). Em ambos, observou-se igualmente a preponderância pela procura dos protocolos para apoiar a prestação de cuidados. Este dado veio confirmar a importância de serem disponibilizadas formas simplificadoras, claras, concisas e precisas de acesso à informação, sobretudo se disponíveis num formato passível de rápida interpretação e utilização.

Também a formação assume particular destaque, nomeadamente a realização de cursos o que denota a importância que os contextos e os momentos formativos apresentam no que se refere ao acesso a evidências. Convém clarificar que nesta perspetiva, o conceito de cursos não se restringe à academia, integrando igualmente a formação em serviço e a demais formação profissional. Mais de metade dos enfermeiros apontam as conferências e ou similares como importantes no seu desempenho. Em oposição, observa-se que é menor o nível de suporte proporcionado pelos pares e o recurso a revistas / artigos científicos, podendo denotar por um lado, menores hábitos de acesso à literatura científica, mas também níveis de leitura inferiores por dificuldades na apreciação crítica e compreensão dos seus conteúdos (Moreno-Casbas et al., 2011). Por outro lado, constatamos no estudo, tal como Mills e colaboradores (2009) que a partilha de opiniões com base

na interação pessoal se sobrepõe à pesquisa e leitura de artigos científicos, num contexto de suporte à prática.

No que se refere ao acesso à *internet* para efeitos profissionais, considerando este como um meio de primeira linha para aceder à informação, verifica-se que no geral a sua utilização não atinge níveis muito elevados, sendo que apenas no que relaciona com o acesso a revistas de especialidade se constata valores superiores a 50%. O recurso a bases científicas de dados e a repositórios de acesso aberto, que integram aquilo que comumente se designa como “literatura cinzenta”, apresentam valores relativamente baixos, denotando hábitos de consumo de informação menores apesar de disponíveis em acesso livre. Estas questões poderão estar ligadas ao desconhecimento dos profissionais, à falta de estímulo e motivação, a uma cultura profissional que em boa parte sobrevaloriza o executar em detrimento da reflexão crítica sobre os cuidados e a procura de evidências e ainda à forma como a informação é apresentada e disponibilizada (Thompson et al., 2008; Boström et al., 2009; Yip et al., 2013). Pese embora a realidade observada, verificamos que relativamente à procura de informação, os resultados não diferem substantivamente dos achados na revisão inicial da literatura (Hart et al., 2008; Koehn & Lehman, 2008; Boström et al., 2009; González-Torrente et al. 2012).

Comparando com a restrita publicação existente relativamente à realidade portuguesa, num estudo realizado na Região Autónoma dos Açores (Soares et al., 2012) sobre o acesso a bases de dados de informação científica verificou-se também que do total de participantes (n = 192), mais de metade (58,9%) afirmaram não conhecer nenhuma base de dados ou plataforma para pesquisa de informação científica, sendo que, de entre os que conheciam e haviam utilizado alguma das bases de dados, apenas 35,4% o fez para a “resolução de problemas ou dúvidas na sua prática profissional” enquanto que 75,4% o fizeram tendo em conta a “elaboração de trabalhos académicos”. Por outro lado é de salientar a enorme evolução registada relativamente ao estudo de Ferrito (2007) que numa investigação desenvolvida com o objetivo de perceber o conhecimento em relação à prática baseada em evidência científica e à sua aplicação na prestação de cuidados (n = 124) constatou que 99% dos enfermeiros em primeiro lugar solicitavam a opinião dos colegas, considerando-o como uma forma simples e rápida

para aceder ao conhecimento ainda que esta não se configure como uma fonte fidedigna. No entanto, não é notório idêntico resultado no que concerne ao acesso a bases de dados que no estudo referido se situava em 45% (apenas contemplando a MEDLINE e a CINAHL) considerando que na nossa investigação, ocorrida cerca de uma década depois, os resultados relativos ao acesso a bases de dados com recurso à *internet* se mantiveram praticamente inalterados.

Quanto à medição da autoperceção relativamente ao nível de prática diária alicerçada em evidências, obtivemos valores sobreponíveis com estudos anteriores. Os resultados sobrepõe-se aos achados de McKeena e colaboradores (2004) que num estudo multiprofissional verificaram que entre o grupo de enfermeiros (n = 103), a maioria (42%) declararam que a sua prática diária era baseada em evidências num intervalo entre 60 a 79% e isto apesar dos 10 anos que decorreram entre as duas investigações. Mais recentemente González-Torrente e colaboradores (2012) quantificaram em valores idênticos (66,6%) a autoavaliação relativamente ao conhecimento que os enfermeiros percecionam ter relativamente à PBE. Em outros estudos efetuados em Portugal nos quais participámos, esses valores registaram médias idênticas de 62,6% e de 65,7% respetivamente (Pereira et al., 2012; Peixoto et al., 2015). Ao procurar-se uma quantificação, sempre subjetiva, dado que se trata de uma autoperceção e de uma estimativa, do quanto se considera basear as práticas em evidências, deparamo-nos com uma situação paradoxal. Por um lado, o aparente otimismo demonstrado pelos enfermeiros, alvo de descrição na literatura (Squires et al., 2011b), remetendo-nos para uma perceção de que uma parte substantiva do exercício se suporta em evidências. A leitura inversa é igualmente desafiadora porquanto nos confronta com uma realidade singular, a saber, em que baseiam os participantes cerca de um terço das suas práticas? A este nível, para além das explicações parcelares que elencaremos na discussão do Estudo II, poderemos considerar o peso que ainda hoje assumem no suporte da prática de enfermagem aspetos tão intrincados como os hábitos, as rotinas e as tradições, bem como a especificidade epistemológica da disciplina e da sua forma identitária e idiossincrática de produção do conhecimento (Craig & Smith, 2004; Mantzoukas, 2007; Kitson, 2008; Queirós & Barbieri-Figueiredo, 2015).



### *As atitudes*

Transitando agora para o domínio das atitudes face à enfermagem baseada na evidência, em linha com a revisão da literatura (Hart et al., 2008; Koehn & Lehman, 2008; Majid et al., 2011; Moreno-Casbas et al., 2011; Squires et al., 2011a; Dalheim et al., 2012; González-Torrente et al. 2012; Yip et al., 2013), observa-se uma “atitude” fortemente positiva face à PBE, sendo esta a subescala que regista maior valor global. A esta postura certamente se associam os elevados níveis de qualificação (Kajermo et al., 2008) dos enfermeiros que constituem a amostra, não só em termos de formação graduada mas também pós-graduada. Estes achados são reforçados e adquirem ainda maior consistência e robustez quando analisados em paralelo com os resultados da aplicação do QABPBE-26 que nos apresenta no topo três atitudes que indiciam igualmente esta atitude favorável à PBE nomeadamente, “Implementar práticas baseadas na evidência trará benefícios para o desenvolvimento profissional”; “Sinto que há benefícios em alterar a prática com base na investigação” e “A adesão dos clientes é um fator fundamental na utilização da evidência”. No estudo exploratório por nós realizado em contexto dos CSP (Pereira et al., 2012) e ainda no âmbito de outra investigação anteriormente referenciada (Peixoto et al., 2015) abrangendo enfermeiros a exercer em múltiplos contextos de cuidados, ambos conduzidos com recurso à aplicação do QABPBE-26, as atitudes preponderantes eram sobreponíveis e apresentavam-se exatamente pela mesma ordem, ainda que com valores percentuais agregados ligeiramente diferentes.

Porém, a leitura dos resultados observados na subescala “atitudes” do QECBPBE-20 valorizando a PBE como sendo essencial à prática profissional, deverá conter igualmente uma particular atenção ao designado efeito da já mencionada “desejabilidade social” uma vez que em sede das dimensões “conhecimentos / habilidades e competências” e sobretudo das “práticas” não ocorrem valores de igual correspondência e ou sobreponíveis como discutiremos em seguida. Adicionalmente é reconhecido que, mesmo sendo esta uma atitude prevalente entre interlocutores e dirigentes com responsabilidades acrescidas na prestação e gestão dos cuidados de enfermagem, tal não é sinónimo de uma efetiva priorização e incorporação de evidências no exercício profissional (Melnyk, et al. 2014).

No nosso estudo verificaram-se correlações positivas fracas, embora com significância estatística entre as atitudes face à PBE e as práticas e os conhecimentos, capacidades e competências. Em termos objetivos, quanto mais se coloca em prática a metodologia da PBE e maior capacitação para a esta for percebida, mais favoráveis serão as atitudes relativamente à PBE por parte dos enfermeiros e isto é corroborado por diversos estudos (Dalheim et al., 2012; González-Torrente et al. 2012; Yip et al., 2013). Dito de outra forma, um maior domínio sobre o conhecimento traduz-se na prestação de cuidados de maior qualidade.

### *As práticas*

Quando questionados sobre as “práticas” associadas à metodologia PBE, verifica-se uma realidade substantivamente diferente sendo esta a dimensão menos pontuada. Isto é, não ocorre uma correspondência entre a atitude favorável e a sua implementação no contexto do exercício e esse facto é ainda mais relevante quando os itens com as médias inferiores são precisamente “analisar criticamente a literatura” logo seguido por “localizar as evidências após a formulação de uma pergunta” e isto numa escala entre que considera retrospectivamente o último ano de exercício profissional. Estes resultados também ocorrem em estudos identificados na revisão da literatura (Koehn & Lehman, 2008; Boström et al., 2009) podendo ser explicados pela maior exigência que ambas as etapas contemplam, sendo estas igualmente alvo de menor incorporação no contexto da prática clínica diária. Esta leitura é ainda reforçada pelos dados obtidos na subescala relativa aos “conhecimentos / habilidades e competências” e cuja discussão detalhada abordaremos em seguida. Para além da correlação entre esta dimensão e a dimensão atitudes tal como explorado anteriormente, verifica-se complementarmente uma correlação significativa entre as práticas e os conhecimentos, capacidades e competências transparecendo que quanto mais capacidades e competências se detêm ao nível da metodologia PBE, maior será o seu nível de aplicabilidade, relação que é igualmente reportada por diversos estudos (Hart et al., 2008; Koehn & Lehman, 2008; Squires et al., 2011a,b).

Por outro lado, os dados relativos às práticas e às competências reforçam a dificuldade com que os enfermeiros se deparam em encontrar e avaliar a

informação de melhor qualidade e relevância clínica pese embora se confrontem com um primado da sociedade de informação em que o acesso a esta se afigura aparentemente como fácil e imediato. As explicações para estas dificuldades poderão decorrer da informação baseada na evidência não estar predominantemente disponível em formatos mais apelativos e acessíveis (Yip et al., 2013), das condições oferecidas pelos contextos de trabalho e do menor tempo decorrido desde a formação pré-graduada (Rudman et al., 2012) ou ainda pela ausência de experiência no que se refere à própria participação em processos de produção de investigação (Moreno-Casbas et al., 2011).

#### *Os conhecimentos, capacidades e competências*

Relativamente aos conhecimentos, capacidades e competências, para além das correlações já afloradas, destacam-se aspetos intrínsecos que devem ser igualmente alvo de discussão e que se apresentam em coerência com os achados anteriores. Concretamente e a este nível, as maiores lacunas apresentadas situam-se na “conversão das suas necessidades de informação numa pergunta de investigação” seguindo-se a “capacidade de determinar a validade do material” e “saber como obter as evidências”. Na essência estas dificuldades refletem os aspetos já descritos cuja menção também ocorre da literatura consultada, encontrando-se explicação para estes dados nas dificuldades em compreender as análises estatísticas (Hart et al., 2008), na maior experiência profissional e nas condições de trabalho existentes (González-Torrente et al. 2012) e ainda na educação / formação e características profissionais dos enfermeiros (Squires et al., 2011a). Também no quadro das múltiplas barreiras sinalizadas, cuja discussão e análise se segue, encontram-se diversos fatores intimamente ligados a esta dimensão e que são assumidos pelos participantes como dificultadores a uma PBE.

#### *Barreiras e facilitadores*

A literatura reporta inúmeros estudos relativos a barreiras à PBE, entendidas aqui na sua conceção mais ampla, nomeadamente no que se refere à incorporação de resultados oriundos da investigação e da implementação de intervenções baseadas na evidência. Também na nossa revisão integrativa, estas estão largamente referenciadas (Chau et al., 2008; Koehn & Lehman, 2008; Mehrdad et

al., 2008; Mills et al. 2009; Chien, 2010; Kocaman et al., 2010; Majid et al. 2011; Dalheim et al., 2012; Yip et al., 2013).

No nosso estudo e ao nível do QABPBE-26, verificamos que as barreiras predominantes se relacionam com a necessidade de “fazer formação para ajudar a utilizar a investigação mais eficazmente” seguida de uma maior confiança “se alguém experiente em investigação fornecesse informação relevante” e da falta de “incentivos para desenvolver as competências de investigação, para utilização na prática clínica”. Para além da coerência entre estes dados e a sua relação próxima com o domínio das competências, capacidades e conhecimentos anteriormente abordado é interessante verificar que no estudo de McKeena e colaboradores (2004) no qual se aplicou a versão original do QABPBE-26 a uma amostra de médicos e enfermeiros (N = 462) as barreiras predominantes entre os enfermeiros relacionavam-se com recursos informáticos inadequados no contexto de trabalho, a falta de adesão por parte dos pacientes e ainda o conjunto sucessivo de mudanças organizativas em termos da estruturação dos CSP. Isto denota uma realidade face à PBE perfeitamente distinta daquela que analisámos. Já no que se refere aos estudos anteriormente referenciados (Pereira et al. 2012; Peixoto et al., 2015) observámos a este nível resultados relativamente similares aos obtidos no presente estudo. Relativamente à constatação de falta de suporte por parte de alguém capacitado para o efeito, parece-nos fazer sentido enfatizar a ausência da figura do “mentor” em PBE que seria um facilitador à utilização da investigação na prática, tal como advogam Fineout-Overholt e Johnston (2006).

Na realidade, ainda no que se relaciona com as barreiras à PBE, verifica-se um padrão tipificado e consistente de respostas que apenas difere no presente estudo ao nível da terceira barreira referida como mais relevante e que, ao invés de se relacionar com o fenómeno da “falta de tempo”, se situa ao nível da falta de incentivos no desenvolvimento de competências de investigação e respetiva utilização na prática. Este último aspeto é muito peculiar e tange um aparente paradoxo porquanto muitos dos participantes, enquanto líderes e dinamizadores detêm a este nível uma particular responsabilidade e preponderância, sendo a sua atuação determinante no sentido de promover e ou obstaculizar uma cultura profissional centrada em evidências e isto em consonância com as conclusões de

diversos trabalhos produzidos (Kajermo et al., 2008; Chien, 2010; Breimaier et al., 2011; Yip et al., 2013).

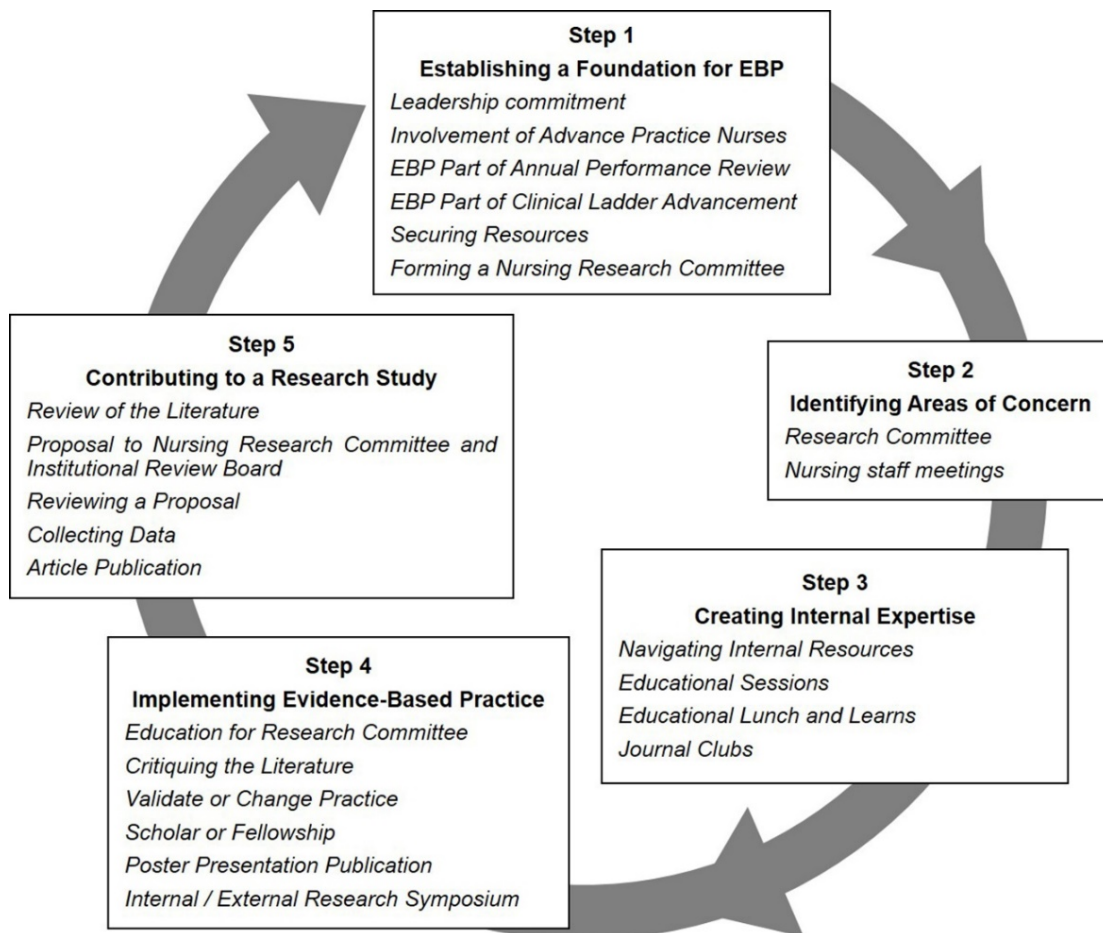
Analisando as correlações estudadas por ordem de classificação e significância, na escala BRUS verificou-se que existe uma relação forte entre as características do enfermeiro e as características da investigação. Em concreto, as características dos profissionais, incluindo os seus conhecimentos e capacidades, crenças e limitações relacionadas com a investigação condicionam a perceção relativamente aos resultados da mesma e as respetivas implicações na prática. Em termos operativos, verifica-se que quanto mais favoráveis forem as características do enfermeiro relativamente à PBE (Chau et al., 2008; Mehrdad et al., 2008; Mills et al., 2009; Yip et al., 2013) maior será a sua capacitação para identificar as intervenções baseadas em evidência. Também estes autores explicam a forte correlação entre as características do enfermeiro e a comunicação do estudo, entendendo-a neste contexto específico como a acessibilidade à investigação, nomeadamente no que se relaciona com a sua confiabilidade e fiabilidade, considerando a qualidade da própria investigação e a potencialidade dos seus resultados. Conclui-se assim, uma vez mais, que o grau de preparação para a PBE por parte dos enfermeiros, possibilitará um maior entendimento em relação às conclusões da investigação.

Outras correlações fortes ocorreram entre as características da investigação e a comunicação do estudo e ainda entre as características da investigação e as características da organização. No primeiro caso conclui-se que a perceção relativamente aos resultados e respetivas implicações da investigação está associada de um modo positivo à forma como o enfermeiro avalia a investigação produzida. No segundo caso equaciona-se a enorme importância das características da organização, entendidas neste contexto como o suporte de recursos estruturais e humanos das instituições de saúde que contribuirão para uma dinâmica de mudança resultante da implementação dos resultados da investigação. Em consonância, as organizações influenciam decisivamente a implementação na prática dos resultados da investigação. Tal relação é amplamente descrita na literatura (Chau et al., 2008; Kajermo et al., 2008; Mehrdad et al., 2008; Breimaier et al., 2011; González-Torrente et al. 2012; Yip et al., 2013) e no nosso estudo este aspeto é tanto mais relevante quando muitos dos participantes assumem formal ou

informalmente responsabilidades organizacionais acrescidas, ou seja, encontrando-se no exercício de funções em patamares hierárquicos mais elevados, nomeadamente no âmbito da gestão e liderança.

Na fronteira entre correlações moderadas a fortes, verifica-se que as características do enfermeiro face às características da organização e a comunicação do estudo relativamente às características da organização apresentam correlações positivas e com elevada significância estatística. Estas demonstram em coerência e numa perspetiva agregada, a influência que é repercutida nos enfermeiros pelas características da própria organização e na forma como é promovido o acesso e a apreciação crítica da qualidade da investigação, validando o lugar singular dos contextos organizacionais no que refere à promoção de uma cultura profissional baseada numa PBE. A este respeito, múltiplos são os estudos que exploram esta relação determinante no que se relaciona com a implementação e disseminação das evidências (Chau et al., 2008; Kajermo et al., 2008; Kohen, 2008; Mehrdad et al., 2008; Chien, 2010; Breimaier et al., 2011; González-Torrente et al. 2012; Squires et al., 2011a; Yip, 2013).

Para reforçar estes dados recupera-se a título de exemplo que no nosso estudo, a fonte de informação mais identificada pelos enfermeiros para suportar as suas práticas são os protocolos (em paralelo com os guias de boas práticas). É indubitável que a este nível, a disponibilização, o apoio e a regulamentação que preconiza a utilização sistematizada e institucional de protocolos é uma responsabilidade primeira das instituições prestadoras de cuidados de saúde. Por outro lado, recuperando os trabalhos sobre o modelo de análise aos processos de resistência à mudança e a teoria do campo de forças (Lewin & Lewin, 1997), encontramos e sublinhamos um domínio esmagador de elementos que poderão ser favorecedores ou limitadores da mudança cuja génese e espectro é claramente de âmbito organizacional e institucional (recursos disponíveis, estrutura organizacional, tendências sociais ou organizacionais, regulamentos e ainda políticas e normas institucionais).



**Figura 11 – Integração da prática baseada na evidência como parte do processo de acreditação Magnet®**

*Adaptado de Turkel et al. (2005, p. 255)*

Uma possível resposta estruturada no que se refere ao envolvimento e mobilização das organizações poderá ser identificada na acreditação e reconhecimento dos designados «hospitais magneto» através de mecanismos como o *Magnet Recognition Program*®. Esta dinâmica de acreditação assume particularmente neste âmbito contornos muito desafiadores e assertivos pois por esta via, as instituições certificadas ao nível dos cuidados de enfermagem enquadram-se entre outros eixos numa cultura organizacional baseada em evidências (figura 11). Para além dos ganhos óbvios na consolidação e satisfação profissional por parte das equipas e portanto de uma menor volatilidade profissional (fenómeno atualmente premente e preocupante entre as equipas de enfermagem em Portugal) estas instituições têm demonstrado também maiores índices de satisfação por parte dos utilizadores (Lundmark, 2008; Brown, 2010; Kaplan et al., 2014).

No nosso estudo e em oposição ao que havíamos constatado aquando da revisão integrativa, existem especificidades nas barreiras mais frequentes à utilização da investigação. Enquanto na literatura se verificavam como barreiras predominantes a “falta de tempo” (Chau et al., 2008; Koehn & Lehman, 2008; Mehrdad et al., 2008; Mills et al. 2009; Chien, 2010; Kocaman et al., 2010; Majid et al. 2011; Dalheim et al., 2012; Yip et al., 2013) seguida da “falta de conhecimentos, capacidades e competências no âmbito da PBE” (Koehn & Lehman, 2008; Chien, 2010; Kocaman et al., 2010; Majid et al. 2011; Dalheim et al., 2012; Yip et al., 2013) e ainda a “falta de autoridade para alterar as práticas” (Chau et al., 2008; Mehrdad et al., 2008; Mills et al., 2009; Chien, 2010), na investigação por nós efetuada subsistiram como três barreiras mais significativas e por ordem hierárquica global respetiva, “a investigação em causa não foi replicada”, “o enfermeiro sente que os resultados não são generalizáveis ao seu ambiente de trabalho” e “o enfermeiro tem a sensação que as alterações na prática serão mínimas”. Estes resultados, certamente influenciados pelas características particulares da população em estudo, deverão merecer alguma reflexão, ainda que não nos seja possível definir com um elevado grau de certeza a razão última de serem percecionadas nesta medida e dimensão. No entanto e no seu conjunto e numa primeira análise, parecem transparecer uma certa acomodação ao *status quo* instalado.

Por outro lado e desde logo, parece-nos fazer sentido equacionar que os enfermeiros da prática não percecionem como barreiras mais significativas as dimensões relacionadas com a qualidade da investigação e isto pode ser explicado pelos seus reduzidos hábitos de pesquisa e leitura crítica de artigos, o que poderá implicar um desconhecimento das características da investigação, verificando-se portanto dificuldade em considerar estas dimensões como barreiras mais importantes ainda que, no cômputo global relativamente à escala BRUS seja altamente relevante que todas as barreiras elencadas tenham sido classificadas como muito importantes, com valores de relevância agregada percentual “moderadamente significativa” e “muito significativa” muito acentuados, revelando uma clara tendência de uma significativa perceção de barreiras à PBE.

Relativamente ao facto da investigação não ter sido replicada, diversas explicações se afiguram plausíveis. De entre as reportadas pela literatura, parece destacar-se a falta de experiência enquanto investigador ou da falta de uma maior aproximação



aos processos de produção da investigação ou ainda uma menor utilização dos próprios resultados da investigação (Kocaman et al., 2010; Moreno-Casbas et al., 2011; Dalheim et al., 2012); a idade, o tempo de exercício e os anos decorridos após a formação inicial em enfermagem (Dalheim et al., 2012) e finalmente uma maior experiência em que a partilha de opiniões com base na interação pessoal sobrepõe ao acesso e à utilização de evidências para suportar à prática (Mills et al., 2009). Acresce a falta de incentivo à PBE por parte das organizações ou ainda, a nível individual, uma postura menos crítica face à investigação.

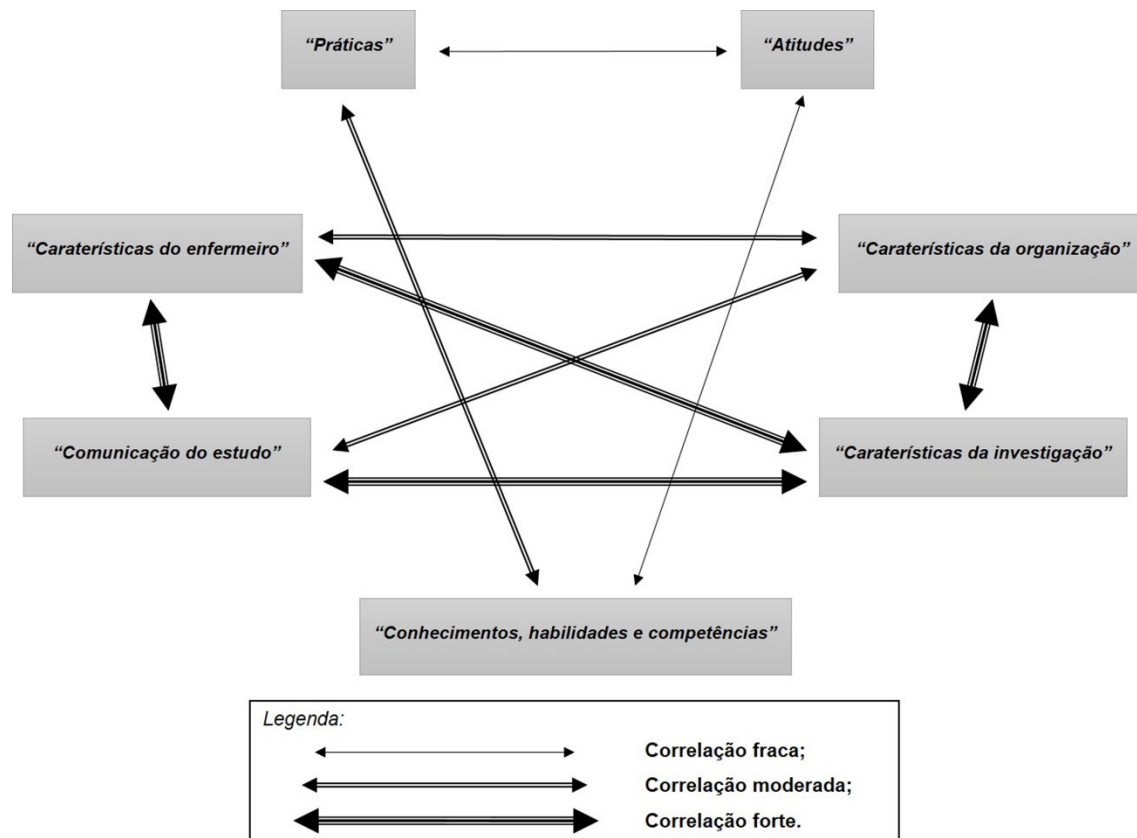
No que concerne à dificuldade apontada relativamente à generalização dos resultados aos contextos específicos da prática, as possíveis justificações poderão associar-se em grau significativo ao modo como são sistematizadas e apresentadas as evidências. Relembrando o “funil do conhecimento” (Graham et al., 2006) a incorporação de IBE será mais provável se as evidências oriundas dos estudos primários (conhecimento de primeira geração) se encontrarem disponíveis e otimizadas em formatos sistematizados como por exemplo nas revisões sistemáticas da literatura e meta-análises (conhecimento de segunda geração) e sobretudo se apoiada em normas de orientação clínica, guias orientadores de boas práticas e ainda protocolos, apresentados de um modo mais amigável, preciso e conciso, associado ao designado conhecimento de terceira geração. A este propósito é particularmente assertiva a reflexão de Rimer (2004) quando assinala que uma das principais explicações para que não ocorra a disseminação advém do facto da grande maioria da investigação produzida não ter sido desenhada na ótica do utilizador e procurando desde logo a sua implementação. Neste sentido é lançado o repto para que *«If we want to optimize the likelihood of dissemination or translation, we should design (research) for it»* (2004, p. 39) e esta deve ser uma causa que deverá implicar e mobilizar todos os que, direta ou indiretamente, seja por via da própria investigação e ou do ensino, assumem particulares responsabilidades a este nível.

Relativamente à perceção de que as alterações na prática serão mínimas, a principal explicação certamente que residirá numa incipiente mensuração de resultados decorrentes da prática clínica e da prestação de cuidados de saúde baseados em evidências que se centrem nos ganhos em saúde e em indicadores de resultado ou de impacto e não de processo ou atividade (Squires et al., 2011b).

Nesse sentido poderá ser determinante no futuro o protocolo estabelecido em 2015 entre a Ordem dos Enfermeiros, o Centro de Estudos para a Medicina Baseada na Evidência da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa (CEMBE/FMUL) e o *International Consortium for Health Outcomes Measurement* (ICHOM) cujo propósito será, entre outros, promover uma avaliação padronizada de ganhos em saúde entendidos neste contexto como os resultados com que as pessoas mais se preocupam ao procurarem cuidados incluindo uma melhoria funcional bem como a capacidade de viver de um modo produtivo, centrados em intervenções baseadas em evidências, possibilitando por esta via uma redução de custos em saúde, um maior suporte aos processos de tomada de decisão e consequentemente melhorando a qualidade dos cuidados prestados.

A um nível mais global, no que se refere às barreiras percebidas face à PBE e apesar da análise e discussão produzida, parece-nos particularmente relevante sublinhar que a sua identificação deverá ocorrer num quadro mais concreto e definido, em que sejam ponderadas e testadas intervenções específicas promotoras e dinamizadoras de uma EBE. Em termos práticos, avaliar barreiras *per si* não conduzirá a alterações efetivas no que se refere a uma maior implementação de intervenções baseadas na evidência, devendo esta apreciação ser efetuada na justa medida em permitir a definição de intervenções adaptadas a uma determinada realidade e contexto. Kajerme e colaboradores (2010) num trabalho de revisão sistemática são particularmente acutilantes ao concluírem que, após analisarem 63 estudos internacionais baseados na escala BRUS, ser condição imprescindível que os estudos que procuram avaliar barreiras à PBE o façam considerando os contextos específicos e as evidências concretas que se pretendam implementar.

Em síntese, das diversas correlações que foram analisadas e discutidas resulta uma teia de associações que são mais facilmente visualizáveis com recurso a uma representação gráfica (figura 12) que pretende ilustrar as mesmas, enfatizando o seu grau. Note-se que, atendendo ao tipo de estudo, tal não deverá ser entendido como um qualquer modelo explicativo porquanto e em rigor, este não se afiguraria como apropriado.



**Figura 12 – Representação gráfica das associações observadas**

A figura apresentada enfatiza a multiplicidade de fatores que influenciaram no nosso estudo o posicionamento da amostra relativamente a uma PEBE. Tratando-se na essência, de um diagnóstico de situação, permite-nos agora, considerando os aspetos elencados anteriormente, ponderar e delinear futuras intervenções que procurem mitigar e influir positivamente sobre os determinantes que condicionam a incorporação de evidências na prática clínica, sempre em função de realidades concretas e objetivas do exercício. Na conclusão deste trabalho, procuraremos sistematizar um conjunto de opções metodologicamente válidas para promover uma prestação de cuidados de saúde baseados em evidências. Desde logo, recapitulando os estudos de revisão (Squires et al., 2011a,b) e de cariz longitudinal (Rudman, et al., 2012) sinalizados parecem-nos particularmente válidos dois aspetos que registamos de imediato: o nível de PBE apresenta uma tendência relativamente constante, sendo que a ausência de intervenções promotoras de mudança e facilitadoras de maior incorporação do conhecimento conduzirão a um protelamento do *status quo* face a esta realidade. Por outro lado torna-se fundamental quantificar e demonstrar o impacto das intervenções baseadas na evidência em termos de resultados e ganhos em saúde para os cidadãos e as

populações de modo a catalisar uma maior incorporação de evidências no exercício profissional dos enfermeiros.

### 3.2. Estudo II

No que concerne à discussão do estudo do impacto da intervenção formativa dinamizada, relativamente ao QECPE-20, subescala “Práticas”, constata-se que há uma perspetiva mais realista sobre a adoção no último ano da metodologia inerente a uma PBE ainda que a literatura reporte que os enfermeiros mais experientes sobrevalorizam tendencialmente a perceção de uma efetiva PBE (Chien, 2010; Dalheim, 2012). Quanto às barreiras à utilização da investigação, a formação permitiu perceber em contexto de trabalho maiores dificuldades em todas as dimensões da escala BRUS. Estes resultados contrariam uma leitura excessivamente otimista que nos poderia levar a acreditar linearmente que os enfermeiros após a realização de uma formação se revelariam mais capazes e predispostos a uma PBE revelando desde logo, melhores indicadores de desempenho a este nível e apresentando o efeito “falso positivo” da resposta esperada / desejada (Fortin, 2009). Sublinhamos que os dados devem ser lidos tendo em conta a caracterização sociodemográfica da amostra estudada, isto é, com maturidade profissional acrescida, percursos profissionais longos, detentores na sua grande maioria de formação diferenciada e especializada e exercendo em muitos casos, cargos de elevada responsabilidade dentro das suas organizações.

Foi por isso que a análise destes resultados permitiu-nos perceber que nesta reavaliação há uma clara objetividade e pragmatismo das apreciações efetuadas, denotando maior realismo nas respostas o que permitiu verificar que, embora se mantenham atitudes muito positivas e favoráveis à EBE, nomeadamente à incorporação de evidências enquanto suporte fundamental para apoiar as melhores práticas, subsistem hiatos e lacunas no que se refere aos conhecimentos e competências para identificar, selecionar e aplicar as evidências a partir do conhecimento gerado. Neste quadro, são relevantes as conclusões obtidas por Gonzales-Torrente e colaboradores (2012) quando preconizam uma reflexão por parte das organizações sobre a falta de competências dos “enfermeiros séniores” relativamente à PBE, mesmo considerando a maior experiência profissional e isto

reconhecendo o papel central das lideranças na transferibilidade do conhecimento para a prática.

De igual modo, mantêm-se na generalidade barreiras a uma EBE independentemente das suas diversas etiologias. Sublinhando o elevado grau de diferenciação destes enfermeiros, nomeadamente em termos de especialização em enfermagem e formação pós-graduada, verificou-se uma significativa perceção de PBE na prática quotidiana apesar de a sua quantificação ter sido revista em ligeira baixa aquando da reavaliação. No estudo de Yip e colaboradores (2013) os enfermeiros detentores de posições hierárquicas mais elevadas, nomeadamente ao nível da gestão ou que frequentaram formação específica ao nível da PBE apresentam uma atitude mais favorável à PBE, no entanto 75% assumiram a falta dos conhecimentos e competências necessárias para utilizar esta metodologia.

Neste sentido e pela sua particular pertinência apresentamos para efeitos de confrontação uma síntese dos principais resultados obtidos num estudo realizado a nível nacional e publicado recentemente nos Estados Unidos, dirigido igualmente a responsáveis e líderes organizacionais na área de enfermagem (Melnyk, et al. 2014). Apesar de este se encontrar entre um dos países que mais investe na promoção, difusão e implementação da PBE, verificou-se que:

- a) Os responsáveis acreditam que a PBE resultará em cuidados de saúde de melhor qualidade, aumentando a segurança e promovendo os melhores resultados junto dos pacientes, no entanto uma percentagem muito reduzida dos orçamentos é alocada à PBE;
- b) Sendo elevadas as crenças dos responsáveis em relação ao valor da PBE, o seu nível de implementação é relativamente baixo;
- c) Mais de 50% dos responsáveis acredita que o nível de PBE na sua organização oscila entre “nada” e “um pouco”;
- d) O número de mentores de PBE existentes nas organizações que a promovem junto dos profissionais que prestam cuidados e a construção sustentada de ambientes favoráveis à PBE é inadequado;
- e) Apesar de os responsáveis reportarem os domínios da qualidade e da segurança como prioritários, a PBE é classificada como de “baixa prioridade”.

Em síntese e como principais conclusões deste estudo, os enfermeiros em contexto clínico necessitam de ser capazes de usar os achados oriundos da investigação e por essa via incorporar a melhor evidência disponível na sua prática promovendo deste modo ganhos em saúde junto das pessoas. Ainda que tendo presente a complexidade inerente às ciências da translação e do seu estatuto no preenchimento da lacuna entre a investigação e a prática, partilhamos das conclusões de Hart e colaboradores. (2008) quando pugnam pela existência de estruturas organizacionais de suporte como fator essencial para promover a EBE e a utilização dos resultados da investigação em contextos da prática clínica. Para alcançar essa meta é necessário ponderar o recurso a diversos e efetivos métodos e estratégias para envolver e comprometer os enfermeiros face a uma EBE, num quadro marcado por tantos e tão significativos obstáculos.

Numa apreciação global, os achados deste estudo tem implicações para a prática de enfermagem a diversos níveis: educação e formação contínua, responsabilização (*accountability*) e ou consciencialização (*awareness*) dos profissionais e ainda a necessidade de um maior apoio organizacional. Neste âmbito, um programa formativo de curta duração constitui-se como uma intervenção que pode ser utilizada pelos líderes das organizações prestadoras de cuidados de saúde de forma a dotar de maiores competências os enfermeiros, envolvendo-os na dinâmica da PEBE sendo por isso, ainda que de forma condicionada, relevante. No entanto e de acordo com diversos autores e estudos, as abordagens multimétodos têm-se revelado como as que poderão obter maior sucesso (Thompson, et al., 2007; 2008; Cheater et al., 2009; Yost, Ciliska, & Dobbins, 2014; Young, Rohwer, Volmink, & Clarke, 2014). Em conformidade e considerando contextos diferentes e específicos, preconizam-se intervenções adaptadas e individualizadas a cada realidade, devendo estas ser consideradas de um modo prioritário.

A este nível, justifica-se sublinhar o que o Conselho Internacional de Enfermeiros advoga e sistematiza. Para o CIE (2012, p.20) existe um conjunto diversificado de estratégias segundo as quais a PBE pode ser fomentada e implementada, nomeadamente e de um modo concreto através da:

- Construção de parcerias (juntando indivíduos, grupos e equipas no desenvolvimento de uma visão partilhada e num propósito comum);
- Utilização e mobilização de agentes de mudança (identificando e recrutando pessoas chave que promovam mudanças com base na sua credibilidade e respeitabilidade entre os pares que se pretendem mobilizar);
- Partilha e disseminação da informação (recorrendo aos média adequados, produção de recursos audiovisuais e ainda utilizando as múltiplas plataformas existentes nas redes sociais);
- Aplicação de intervenções formativas e educativas (formação contínua, sistemas de apoio à tomada de decisão, treino e orientação individual, *e-learning* e ainda recorrendo à prática simulada);
- Promoção de práticas padronizadas (pela utilização de orientações partilhadas de cuidados, auditorias clínicas, relatórios de variação das práticas e *checklists* / NOC).

Também encontramos autores que preconizam a elaboração de projetos-piloto que promovam a implementação de evidências. A proposta de Fineout-Overholt e Johnston (2006) parece reunir requisitos de operacionalidade, continuidade e envolvimento que poderão ser úteis em projetos futuros. Nesta, decorrem ao longo de uma calendarização temporal sequenciada um conjunto de oito etapas que passo a passo permitem estruturar um processo que no seu todo, será complexo. Adicionalmente conduzirá os participantes a focarem-se nos aspetos essenciais para alcançar os objetivos em cada uma das etapas e isto num horizonte temporal exequível e bem definido, totalizando um período de cerca de oito meses.

Concluimos a análise e discussão deste estudo assinalando plena concordância com o que elencam Grol e Grimshaw (2003). Para este dois reputados peritos no domínio da PBE, ao preparar e sustentar mudanças deveremos avaliar barreiras e facilitadores, tendo em consideração que as evidências apontam em geral para o facto de que nenhuma abordagem à transferibilidade e incorporação do conhecimento na prática ser superior às demais, mesmo considerando diversas situações e ou contextos. Em consequência é assumido que neste enquadramento, as mudanças são passíveis de ocorrer, no entanto e de um modo geral estas implicam um olhar sistémico e a diversos níveis.

#### 4. LIMITAÇÕES À INVESTIGAÇÃO

Um percurso desta natureza é necessariamente pautado por um conjunto de limitações. Estas refletem na essência duas perspetivas distintas, as de ordem intrínseca relacionadas com o investigador e as externalidades que em determinados momentos, condicionaram algumas das opções de investigação.

Numa primeira fase ponderou-se a realização de um estudo que considerasse uma amostragem representativa da população de enfermeiros a exercer prática clínica em Portugal Continental. Com esse propósito foi inclusivamente solicitada colaboração institucional por parte da OE, contudo apesar dos esforços envidados nesse sentido, envolvendo entre outras iniciativas a divulgação da investigação através do portal e da *newsletter* da OE, verificou-se um baixo nível de adesão que não possibilitou a constituição de uma amostra com uma dimensão significativa face à população que se pretendia estudar.

Em conformidade, a discussão dos resultados anteriormente apresentados deverá ser efetuada tendo em consideração os constrangimentos decorrentes da metodologia adotada em que por um lado se estudou uma amostra selecionada por conveniência e por outro, procurou verificar-se com recurso a um conjunto de técnicas de inferência estatística a probabilidade de determinados desvios, diferenças, ou relações registadas nas distribuições observadas se dever ao acaso amostral ou à sua existência efetiva na população, tendo por base as observações verificadas na amostra selecionada (Loureiro & Gameiro, 2011; Martins, 2011). Sucede porém que a aplicação da teoria das probabilidades com recurso a técnicas de inferência deverá ser aplicada por princípio, em amostras aleatórias (Fortin, 2009; Loureiro & Gameiro, 2011). Destes factos resulta que, os resultados dos estudos empíricos efetuados deverão ser considerados como representativos desta população de enfermeiros estudada.

Sublinha-se uma vez mais que os resultados obtidos com recurso a instrumentos de autopreenchimento que procuram quantificar perceções poderão ser contaminados pelo efeito da designada «desejabilidade social» da resposta pelo que, no limite, deverão ser também equacionados possíveis enviesamentos por esta via (Squires et al., 2011b).



No que se refere concretamente ao Estudo II, consideram-se relevantes algumas limitações na análise dos resultados obtidos nomeadamente a ausência de um grupo de controlo e de amostras emparelhadas bem como, a não realização de um *follow-up* tardio, ocorrido após a intervenção e a reavaliação efetuada. Neste sentido, comungamos das mesmas reflexões e inquietações expostas em estudos igualmente baseados em intervenções educativas / formativas (Hart et al.; 2008; Soares, et al. 2013). Gostaríamos de ter avaliado esta intervenção após um horizonte temporal mais alargado no entanto tal não se revelou exequível face ao desenvolvimento do nosso percurso de doutoramento, incompatível com esta perspetiva de cariz longitudinal. Perante estes constrangimentos e de um modo objetivo e pragmático, não podemos concluir que os resultados verificados nesta reavaliação em momento único se expliquem de um modo estrito e exclusivo em função da intervenção formativa desenvolvida, podendo estes advir igualmente de fatores extrínsecos. Estes constrangimentos e aprendizagens serão alvo de equação em desafios futuros relativamente ao percurso que pretendemos trilhar neste domínio de investigação. Nesse sentido procuraremos assegurar os pressupostos metodológicos que nos permitam a este nível um conhecimento mais rigoroso.



## CONCLUSÃO

Procurámos na nossa investigação estudar as atitudes, barreiras e práticas dos enfermeiros relativamente à enfermagem baseada na evidência e à utilização do conhecimento oriundo da investigação no contexto da prática profissional. Após uma revisão inicial de conceitos e constructos relativamente a esta temática, incluindo uma revisão integrativa da literatura dispusemos de um conjunto de informação relevante que nos suportou a estruturação da vertente empírica do estudo. Nessa medida e de um modo preliminar, impôs-se o acesso e a validação para a realidade portuguesa de instrumentos que, no seu todo e em complementaridade, permitissem avaliar as dimensões que nos possibilitariam alcançar os objetivos de investigação definidos. Relativamente a esta dimensão concreta, registam-se duas notas fundamentais, a disponibilização para utilização futura de dois instrumentos metodologicamente válidos (QABPBE-26 e QECPBE-20), permitindo colher e comparar informação a nível nacional e internacional e a percepção que o uso simultâneo dos três instrumentos aplicados (BRUS, QABPBE-26 e QECPBE-20) conjuntamente com uma avaliação sociodemográfica e profissional e ainda uma caracterização do acesso à informação e respetiva utilização para suportar a prática, resultou num modelo final de formulário algo denso cuja extensão se afigurou como pouco compatível com a disponibilidade para participar no estudo.

No que se refere ao estudo principal, nomeadamente considerando o Estudo I, verificámos uma série de correlações entre as diversas subescalas utilizadas o que veio de algum modo confirmar aquilo que eram os achados mais comuns em estudos realizados internacionalmente. Mais surpreendentes foram os resultados relativamente às barreiras à utilização da investigação (BRUS), sobretudo pela ordem sequencial com que se configuraram por ordem de importância atribuída, bem como pelo elevado grau de percepção das mesmas na generalidade. No nosso estudo destacaram-se em primeiro lugar, as características do enfermeiro significando uma preponderância das crenças existentes sobre a investigação e ainda as limitações percecionadas relativamente ao seu estatuto neste âmbito seguindo-se em segundo lugar, as características da organização que neste

contexto se referem ao suporte institucional relativamente aos recursos disponíveis para apoiar e promover mudanças associadas a uma PBE, sobretudo no que se relaciona com recursos materiais e humanos. No terceiro lugar surge a comunicação do estudo significando dúvidas sobre a compreensão das implicações para a prática associadas à investigação e às diversas barreiras colocadas quer pelas organizações, quer pelos próprios estudos e por fim, em quarto lugar, as características da própria investigação nomeadamente questionando a sua qualidade e corporizando assim as dúvidas dos profissionais relativamente à fiabilidade e validade dos achados e resultados decorrentes dos estudos de investigação primários. Apesar das diferenças de médias não serem particularmente significativas, ao contrário do que sinaliza a literatura revista, a componente organizacional é menos relevante face à dimensão individual ainda que, no cômputo geral, seja muito significativa a perceção de todas as barreiras. Hierarquizando estas barreiras verificaram-se resultados elevados de concordância ainda que não ocorra sobreposição entre os dados por nós verificados e a literatura externa consultada, secundarizando questões como o tempo disponível no local de trabalho para ler os estudos de investigação em detrimento de barreiras como a investigação em causa não ter sido replicada ou o enfermeiro sentir que os resultados não são generalizáveis ao seu ambiente de trabalho.

Ainda no contexto deste estudo, relativamente ao QABPBE-26, verificaram-se atitudes claramente favoráveis à PBE, quer no que relaciona com o desenvolvimento profissional quer na perceção de que haverá benefícios em alterar as práticas com base nos resultados da investigação e ainda que os participantes valorizam a adesão dos pacientes como algo muito importante no que se relaciona com a utilização de evidências, consubstanciando uma preocupação humanista e holística tão própria da enfermagem. No entanto, verifica-se que entre os participantes é muito elevado o relevo atribuído à necessidade de fazer formação para apoiar uma utilização mais eficaz da investigação, a necessidade de aceder a pessoas mais experientes no domínio da investigação, traduzindo-se esta proximidade numa maior confiança neste campo e por fim, uma alusão clara há falta de incentivos para desenvolver as competências de investigação de forma a utilizá-las na prática clínica. Particularmente nesta escala, concluímos pela

existência na nossa amostra de um significativo grau de incerteza, desconhecimento e desapropriação face à linguagem, metodologia e dinâmica que configuram uma EBE, facto este plasmado num valor muito significativo de respostas “não tenho a certeza” verificado na grande maioria dos itens desta escala.

Destacamos ainda no quadro do Estudo I, com base na utilização do QECPBE-20 que os enfermeiros pontuam muito favoravelmente a PBE enquanto dimensão fundamental do exercício, aceitando que se questionem as suas práticas e reconhecendo que esta não é uma perda de tempo, permitindo alicerçar mudanças no exercício profissional. No entanto, são baixos os resultados obtidos no que se relaciona com a sua prática e implementação, nomeadamente no que concerne à formulação de perguntas clinicamente relevantes para responder aos desafios da prática, à posterior localização e seleção de evidências e sobretudo o seu escrutínio de acordo com critérios explícitos. A esta realidade certamente não é alheia a autoavaliação das competências, capacidades e habilidades efetuada. Com efeito e de um modo sobreponível, registam-se resultados muito inferiores no que se refere ao saber como obter as evidências, na capacidade em determinar a validade da informação encontrada e na conversão das necessidades de informação numa pergunta de investigação respeitando critérios pré-definidos.

Perante este cenário, foi assumido um segundo estudo que procurou avaliar o impacto de uma intervenção formativa intensiva de curta duração relativamente à PBE. Também aqui fomos confrontados com uma realidade que genericamente foi ao encontro dos resultados reportados internacionalmente ainda que passíveis de algumas particularidades. Neste, apesar dos constrangimentos identificados de índole metodológica, foi possível concluir que, entre outros aspetos, se verificam lacunas ao nível das capacidades, competências e habilidades por parte dos enfermeiros relativamente à PBE mesmo considerando neste caso a sua maior experiência e reconhecendo o seu papel na liderança dos processos de incorporação de evidências na prática. A este nível a intervenção formativa contribuiu sobretudo para obter por parte dos enfermeiros uma perspetiva mais realista sobre a adoção de uma PBE, a perceção no local de trabalho de maiores dificuldades e barreiras à utilização da investigação e isto num quadro onde se mantêm objetivamente uma atitude positiva relativamente à PBE, reconhecendo-a

como fundamental para suportar a prática. Deste estudo, sublinhamos ainda duas conclusões principais, uma intervenção formativa intensiva e de curta duração poderá ser utilizada pelos líderes das organizações para promover a capacitação dos enfermeiros relativamente à dinâmica da PBE sendo esta, neste contexto e ainda que de um modo condicional, uma intervenção relevante. Por outro lado, ficou demonstrada a necessidade de uma maior formação e educação contínua, responsabilização e consciencialização profissional e ainda a pertinência de um maior suporte por parte das organizações.

Em síntese, resultam dos estudos empíricos implicações de variada ordem, nomeadamente e entre outras de carácter individual e ou organizacional, relacionadas com a prática clínica e a gestão dos cuidados de enfermagem e ainda com as políticas e intervenções educativas e formativas no contexto da PBE. Neste quadro, são diversos os desafios com que a enfermagem se confronta, quer no que se relaciona com os profissionais de um modo estrito, quer no que concerne ao seu desenvolvimento de um modo mais alargado e transversal, envolvendo domínios diversos como os da regulação, gestão, conceção e prática dos cuidados. Neste âmbito a própria academia terá uma palavra muito relevante promovendo um suporte adicional junto dos enfermeiros relativamente à PBE e isto numa política sinérgica que procure a disseminação e implementação de intervenções baseadas na evidência. Algumas das sinergias a que agora aludimos poderão resultar de estratégias exequíveis e pragmáticas como o desenvolvimento de projetos-piloto que promovam a implementação de evidências. Deve igualmente ser ponderado o recurso prioritário a abordagens multimétodos através de intervenções individualizadas a cada situação e contexto do exercício, sobretudo estruturadas em torno do designado conhecimento de terceira geração. É portanto necessário ter presente que as desejadas mudanças comportamentais por parte de todos os intervenientes, individualmente ou em grupo, terão maior probabilidade de ocorrer se houver uma visão sistémica a vários níveis incluindo dos próprios profissionais, das organizações e do ambiente laboral numa perspetiva alargada compreendendo o próprio trabalho em equipa.

Será particularmente relevante e de um modo complementar, um maior aprofundamento do trabalho conjunto entre a associação reguladora da profissão (Ordem dos Enfermeiros) e as mais diversas entidades que se constituem a um

nível central, regional e ou local como promotoras de intervenções baseadas na evidência, procurando por essa via a implementação das melhores práticas, promovendo o envolvimento dos peritos em áreas e domínios concretos de intervenção e do qual deverão resultar instrumentos estruturantes e facilitadores de utilização por parte das organizações prestadoras de cuidados de saúde e dos profissionais como por exemplo as normas de orientação clínica e ou os guias orientadores de boas práticas, incluindo neste último caso e desejavelmente os respetivos padrões de documentação a considerar nos sistemas de informação disponíveis. De resto, o próprio Conselho Internacional de Enfermeiros postula que as associações profissionais de regulação, em cada país, promovam a disseminação da informação advogando o seu uso de acordo com critérios baseados na evidência, construindo para o efeito parcerias multisectoriais e assumindo uma liderança na promoção de uma PBE e por último e a este nível dinamizando uma maior intervenção junto dos decisores políticos.

A avaliação de práticas, atitudes, conhecimentos/capacidades e competências deverá ser em síntese, um passo importante e preliminar na construção de um suporte estrutural para a definição de intervenções personalizadas e dirigidas para contextos específicos visando a promoção e dinamização de uma PBE entre os profissionais de saúde, nomeadamente dos enfermeiros. Os diversos referenciais utilizados para desenhar o ciclo de ação que decorre entre a produção do conhecimento e a respetiva translação, entendida neste contexto enquanto mecanismo que promove a incorporação de intervenções baseadas em evidências na prática profissional de uma forma sustentada são consensuais relativamente a um aspeto que sendo nuclear também demonstra o relevo e implicações dos dados obtidos na nossa investigação, a saber, a necessidade de serem avaliadas as barreiras ao uso do conhecimento e isso só é viável e exequível se efetuado em complementaridade com a avaliação das atitudes relativamente à EBE, o nível efetivo de práticas baseadas em evidências científicas e a avaliação de competências e capacidades para o poderem realizar no contexto da prática clínica.

Ao longo deste relatório procurámos assumir as limitações e insuficiências que, de algum modo, caracterizaram este percurso de investigação. Não reunindo critérios nem ambição deliberada de se consubstanciar enquanto uma proposta de

«investigação-ação» a realidade é que, apesar do planeamento originalmente disposto em sede de projeto de investigação, este trabalho ganhou de algum modo uma vida própria, sendo profundamente marcado no seu desenvolvimento pela tríade: orientação científica e académica – contacto permanente com os enfermeiros / estudantes sobretudo no âmbito da formação pós-graduada – contínua apropriação e sedimentação dos constructos conceptuais relativos aos cuidados de saúde baseados na evidência. É portanto com objetividade que assumimos que este não era em rigor, o trabalho a que nos proponhamos inicialmente realizar. Este estudo resulta de circunstâncias diversas e ocasos, sendo este o trabalho que nos foi permitido desenvolver num contexto marcado por significativas transições situacionais e organizacionais que naturalmente se repercutiram no seu resultado final. Aqui chegados, assumindo este percurso na íntegra bem como as contingências que o marcaram, reside em nós, modestamente, um sentido de dever cumprido e de enorme respeito por todos os que, no seu quotidiano profissional procuram cuidar.



## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bakalis, N. (2006). Clinical decision-making in cardiac nursing: a review of the literature. *Nursing Standard*, 21(12), 39-46.
- Bandman, E., & Bandman, B. (1995). *Critical thinking in nursing* (2<sup>nd</sup> ed.). Norwal, CT: Appleton & Lange.
- Benner, P. (1984). *From novice to expert*. Menlo Park: Addison Wesley.
- Björkstroöm, M. E., & Hamrin, E. K. F. (2001). Swedish nurses' attitudes towards research and development within nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 34(5), 706-714.
- Bonett, D. (2002). Sample size requirements for testing and estimating coefficient alpha. *J. Educ. Behav. Stat.*, (27), 335-340.
- Boström, A. M., Ehrenberg, A., Gustavsson, J. P., & Wallin, L. (2009). Registered nurses' application of evidence-based practice: a national survey. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 15, 1159-1163.
- Breimaier, H. E., Halfens, R. J., & Lohrmann, C. (2011). Nurses' wishes, knowledge, attitudes and perceived barriers on implementing research findings into practice among graduate nurses in Austria. *Journal of Clinical Nursing*, 20, 1744-1756.
- Brown, C., Wickline, M. A., Ecoff, L., & Glaser, D. (2009). Nursing practice, knowledge, attitudes and perceived barriers to evidence-based practice at an Academic Medical Center. *Journal of Advanced Nursing*, 65(2), 371-381.
- Brown, C. E., Ecoff, L., Kim, S. C., Wickline, M. A., Rose, B., Klimpel, K., & Glaser, D. (2010). Multi-institutional study of barriers to research utilisation and evidence-based practice among hospital nurses. *Journal of Clinical Nursing*, 19, 1944-1951.
- Canadian Institutes of Health Research (s.d.). *Knowledge translation strategy: niche and focus 2004-2009*. Ottawa, Canadá: CIHR.

- Carnevali, D., & Thomas, M. (1993). *Diagnostic reasoning and treatment decision making in nursing*. (S.I.): Lippincott.
- Carper, B. (1978). Fundamental patterns of knowing in nursing. In L. Nicoll (Ed.). *Perspetives on nursing theory*. Philadelphia (US): Lippincott.
- Chau, J. P. C., Lopez, V., & Thompson, D. R. (2008). A survey of Hong Kong nurses' perceptions of barriers to and facilitators of research utilization. *Research Nursing Health, 31*, 640–649.
- Cheater, F., Baker, R., Gillies, C., Hearnshaw, H., Flottorp, S., Robertson, N.,... Oxman, A. D. (2009). *Tailored interventions to overcome identified barriers to change: Effects on professional practice and health care outcomes (Review)*. The Cochrane Collaboration, John Wiley & Sons, Ltd.
- Chien, W-T. (2010). A survey of nurses' perceived barriers to research utilization in Hong Kong. *Journal of Clinical Nursing, 19*, 3584–3586.
- Conselho Internacional de Enfermeiros (2012). *Combater a desigualdade: Da evidência à ação*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Craig, J., & Smyth, L. (2004). *Prática baseada na evidência: Manual para enfermeiros*. Loures: Lusociência.
- Cullum, N., Ciliska, D., Haynes, R. B., & Susan M. (2010). *Enfermagem baseada em evidências: Uma introdução*. Porto Alegre: Artmed.
- Dalheim, A., Harthug, S., Nilsen, R. M., & Nortvedt, M. (2012). Factors influencing the development of evidence-based practice among nurses: A self-report survey. *Health Services Research, 12(367)*, 2-10.
- DiCenso, A. (2003). Evidence-based nursing practice: How to get there from here. *Nursing Leadership, 16(4)*, 20-26.
- DiCenso, A., Cullum, N., & Ciliska, D. (1998). Implementing evidence-based nursing: Some misconceptions. *Evidence-Based Nursing, 1*, 38-39. [doi: 10.1136/ebn.1.2.38](https://doi.org/10.1136/ebn.1.2.38).
- DiCenso, A., Bayley, L., & Haynes, R. B. (2009). Accessing preappraised evidence: Fine-tuning the 5S model into a 6S model. *Annals of Internal Medicine, 151(6)*, JC3-2, JC3-3.

- DiCenso, A., Guyatt, G., & Ciliska, D. (2005). *Evidence-based nursing – a guide to clinical practice*. St. Louis: Elsevier Mosby.
- Eastabrooks, C., Winther, C., & Derksen L. (2004). Mapping the field: a bibliometric analysis of the research utilization literature in nursing. *Nursing Research*, 53(5), 293-303.
- Fawcett, J., Watson, J., Neuman, B., Walkers, P. H., & Fitzpatrick, J. (2001). On nursing theories and evidence. *Journal of Nursing Scholarship*, 33(2), 115-119.
- Ferrito, C. (2007). Enfermagem baseada na evidência. Estudo piloto sobre as necessidades de informação para a prática de enfermagem. *Revista Percursos*, 2(3), 36-40.
- Fineout-Overholt, E., & Johnston, L. (2005). Teaching EBP: A challenge for educators in the 21<sup>st</sup> century. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, first quarter, 37-39.
- Fineout-Overholt, E., & Johnston, L. (2006). Teaching EBP: Implementation of evidence: moving from evidence to action. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, fourth quarter, 194-200.
- Fonteyn, M. (1998). *Thinking strategies for nursing practice*. (S.I.): Lippincott.
- Funk, S., Champagne, M., Wiese, R., & Tornquist, E. (1991). BARRIERS: The barriers to research utilization scale. *Applied Nursing Research*, 4(1), 39-45.
- Gerrish, K., Ashworth, P., Lacey, A., Bailey, J., Cooke, J., Kendall, S., & McNeilly, E. (2007). Factors influencing the development of evidence-based practice: A research tool. *Journal of Advanced Nursing*, 57(3), 328–338.
- Goetz, C., Coste, J., Lemetayer, F., Rat, A. C., Montel, S., Recchia, S.,... Guillemin, F. (2013). Item reduction based on rigorous methodological guidelines is necessary to maintain validity when shortening composite measurements. *Journal of Clinical Epidemiology*, 66, 710-718.
- González-Torrente, S., Pericas-Beltrán, J., Bennasar-Veny, M., Adrover-Barceló, R., Morales-Acensio, J. & Pedro-Gómez, J. (2012). Perception of evidence-based practice and the professional environment of primary health care

- nurses in the spanish context: A cross-sectional study. *Health Services Research. 12(227)*, 1-9.
- Graham, I. D., & Logan, J. (2004). Innovations in knowledge transfer and continuity of care. *Canadian Journal of Nursing Research, 36(2)*, 89-103.
- Graham, I. D., Logan, J., Harrison, M. B., Straus, S. E., Tetroe, J., Caswell, W. & Robinson, N. (2006). Lost in knowledge translation: Time for a map. *Journal of Continuing Education in the Health Professions, 26(1)*, 13-24.
- Gray, J. (1997). *Evidence-based healthcare: How to make health policy and management decisions*. London: Churchill Livingstone.
- Green, L. W., & Glasgow, R. E. (2006). Evaluating the relevance, generalization, and applicability of research: Issues in external validation and translation methodology. *Evaluation & Health Professions, 29*, 126-53. [doi: 10.1177/0163278705284445](https://doi.org/10.1177/0163278705284445).
- Green, B., Salkind, N. J., & Akey, T. M. (1997). *Using SPSS for windows*. New Jersey: Prentice-Hall, Inc.
- Grol, R., & Grimshaw, J. (2003). From best evidence to best practice: Effective implementation of change in patients' care. *Lancet, 362*, 1225-1230.
- Hair, J., Anderson, R., Tatham R., & Black, W. (2007). *Análise multivariada de dados* (5<sup>a</sup> ed.). Porto Alegre: Bookman.
- Hart, P., Eaton, L., Buckner, M., Morrow, B., Barrett, D., Fraser, D.,.... Sharrer, R. (2008). Effectiveness of a computer-based educational program on nurses' knowledge, attitude, and skill level related to evidence-based practice. *Worldviews on Evidence-Based Nursing, 5(2)*, 75-84.
- Higgs, J., Jones, M. A., Loftus, S. & Christensen, N. (2008) *Clinical Reasoning in the Health Professions*, 3<sup>rd</sup> ed. Oxford: Butterworth-Heinemann.
- Holleman, G., Eliens, A., van Vliet, M., & van Achterberg, T. (2006). Promotion of evidence-based practice by professional nursing associations: literature review. *Journal of Advanced Nursing, 53*, 702–709.

- Hutchinson, A .M., & Johnston, L. (2004). Bridging the divide: A survey of nurses' opinions regarding barriers to, and facilitators of, research utilization in the practice setting. *Journal of Clinical Nursing*, 13, 304-315.
- Jesus, E. (2006). *Decisão clínica de enfermagem*. Coimbra: Formasau.
- Kajermo, K., Boström, A-M., Thompson, D., Hutchinson, A., Estabrooks, C., & Wallin, L. (2010). The BARRIERS scale – the barriers to research utilization scale: a systematic review. *Implementation Science*. 5(1), 32-54.
- Kajermo, K., Undén, M., Gardulf, A., Eriksson, L., Orton, M. L., Arnetz, B. & Nordström, G. (2008). Predictors of nurses' perceptions of barriers to research utilization. *Journal of Nursing Management*, 16, 305-314.
- Kaplan, L., Zeller, E., Damitio, D., Culbert, S. & Bayley, K. B. (2014). Improving the culture of evidence-based practice at a Magnet® Hospital. *Journal for Nurses in Professional Development*, 30(6), 274-280.
- Kitson, A., Rycroft-Malone, J., Harvey, G., McCormack, B., Seers, K., & Titchen, A. (2008). Evaluating the successful implementation of evidence into practice using the PARIHS framework: theoretical and practical challenges. *Implementation Science*, 3(1), 7-12.
- Kline R. (2011). *Principles and practice of structural equation modeling* (3<sup>rd</sup> ed.). New York: The Guilford Press.
- Kocaman, G., Seren, S., Lash, A., Kurt, S., Bengu, N., & Yurumezoglu, H. A. (2010). Barriers to research utilization by staff nurses in a university hospital. *Journal of Clinical Nursing*, 19, 1908-1918.
- Koehn, M., & Lehman, K. (2008). Nurses' perceptions of evidence-based nursing practice. *Journal of Advanced Nursing*, 62, 209-215.
- Lewin, K., & Lewin, K. (1997). *Resolving social conflicts and field theory in social science*. Washington, D.C: American Psychological Association.
- Livta, A., & Jacoby, A. (2004). Os métodos qualitativos e a prática baseada na evidência. In J. V. Craig, & L. R. Smyth, *Prática baseada na evidência: Manual para enfermeiros* (pp. 136-163). Loures: Lusociência.

- Lomas, J., Culyer, T., McCutcheon, C., McAuley, L., & Law, S. (2005). *Conceptualizing and combining evidence for health system guidance*. Ottawa: Canadian Health Services Research Foundation.
- Loureiro, I., & Miranda, N. (2010). *Promover a saúde: dos fundamentos à ação*. Coimbra: Edições Almedina.
- Loureiro, L., & Gameiro, M. (2011). Interpretação crítica dos resultados estatísticos: para lá da significância estatística. *Revista de Enfermagem Referência*, 3(3), 151-162.
- Lundmark, V. (2008). Magnet environments for professional nursing practice. In R. G. Hughes (Ed.), *Patient safety and quality: An evidence-based handbook for nurses* (pp. 69-90). (Prepared with support from the Robert Wood Johnson Foundation). Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality.
- Majid, S., Foo, S., Luyt, B., Zhang, X., Theng, Y-L., Chang, Y-K., & Mokhtar, A. (2011). Adopting evidence-based practice in clinical decision making: Nurses' perceptions, knowledge, and barriers. *Journal of the Medical Library Association*, 99(3), 229-236.
- Mantzoukas, S. (2007). A review of evidence-based practice, nursing research and reflection: levelling the hierarchy. *Journal of Clinical Nursing*, 17(2), 214-223.
- Maroco, J. (2010). *Análise de equações estruturais: Fundamentos teóricos, software & aplicações*. Pêro Pinheiro: ReportNumber.
- Martins, C. (2011). *Manual de análise de dados qualitativos com recurso ao IBM® SPSS®: Saber decidir, fazer, interpretar e redigir*. Braga: Psiquilibrios Edições.
- Mckenna, H., Ashton, S., & Keeney, S. (2004). Barriers to evidence-based practice in primary care. *Journal of Advanced Nursing*, 45(2), 178-189.
- Mehrdad, N., Salsali, M. & Kazemnejad, A. (2008). The spectrum of barriers to and facilitators of research utilization in Iranian nursing. *Journal of Clinical Nursing*, 17, 2194-2202.

- Melnyk, B. M. & Fineout-Overholt, E. (2010). ARCC – Advancing research and clinical practice through close collaboration. In J. Rycroft-Malone, & T. Bucknall (Eds), *Models and frameworks for implementing evidence-based practice: Linking evidence to action*. (S.I.): Sigma Theta Tau Internacional & Wiley-Blackwell.
- Melnyk, B. M., Fineout-Overholt, E., Stillwell, S. B., & Williamson, K. M. (2010). Evidence-based practice: step by step: the seven steps of evidence-based practice. *The American Journal of Nursing*, 110, 51–53.
- Melnyk, B., Ford, L., Troseth, M. & Wyngarden, K. (2014). *A National survey & forum for nurse executives: Leveraging evidence-based practice to enhance healthcare quality, reliability, patient outcomes and cost containment*. (S.I.): Elsevier.
- Mendes, K. D. S. M., Silveira, R. C. C. P. & Galvão, C. M. (2008). Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto Contexto Enfermagem*, 17(4), 758-764.
- Mills, J., Field, J., & Cant, R. (2009). The place of knowledge and evidence in the context of australian general practice nursing. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 6, 219-228.
- Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., & Altman, D. G. (2009). The PRISMA group. preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: The PRISMA statement. *British Medical Journal*, 151(4), 264-269.
- Moreno-Casbas, T., Fuentelsaz-Gallego, C., Gonzáles-María, E. & Miguel, A. G. (2010). Barreras para la utilización de la investigación: estudio descriptivo en profesionales de enfermería de la práctica clínica y en investigadores activos. *Enfermería Clínica*, 20(3), 153-164.
- Moreno-Casbas, T., Fuentelsaz-Gallego, C., Miguel, A. G., González-María, E., & Clarke, S. (2011). Spanish nurses' attitudes towards research and perceived barriers and facilitators of research utilization: a comparative survey of nurses with and without experience as principal investigators. *Journal of Clinical Nursing*, 20, 1936-1947.

- Munten, G., Van den Bogaard, J., Cox, K., Garretsen, H., & Bongers, I. (2010). Implementation of evidence-based practice in nursing using action research: A review. *Worldviews Evidence Based Nursing*, 7, 135–57.
- Nagy, S., Lumby, J., McKinley, S., & Macfarlane, C. (2001). Nurses' beliefs about the conditions that hinder or support evidence-based nursing. *International Journal of Nursing Practice*, 7, 314-321.
- Ordem dos Enfermeiros. (2006). *Tomada de posição sobre segurança do cliente*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2007). *Recomendações para a elaboração de guias orientadores da boa prática de cuidados*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2010). *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2012a). *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem – enunciados descritivos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2012b). *Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2014). *Padrões de qualidade – questões*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Através de <http://www.ordemenfermeiros.pt/projectos/Paginas/PadroesdeQualidadeQuestoes.aspx>.
- Ordem dos Enfermeiros. (2015a). *Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2015b). *Anuário estatístico*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, Departamento de Informática. Através de <http://www.ordemenfermeiros.pt/membros/Paginas/default.aspx>.
- Pallant, J. (2001). *SPSS survival manual*. USA: Open University Press.
- Parahoo, K. (1998). Research utilization and research related activities of nurses in Northern Ireland. *International Journal of Nursing Studies*, 35 (5), 283-291.



- Parahoo, K. (2006). *Nursing research: Principles, process and Issues* (2<sup>nd</sup> ed.). Basingstoke: Palgrave Macmillan.
- Pedro-Gómez, J., Morales-Asencio, J., Abad, A., Veny, M., Roman, M. & Ronda, F. (2009). Validación de la versión española del cuestionario sobre la práctica basada en la evidencia en enfermería. *Revista Española Salud Pública*. (83), 577-586.
- Peixoto, M. J., Pereira, R., Martins, M. A., Barbieri-Figueiredo, M. C., & Vaz Carneiro, A. (2015, Abril). *Prática baseada na evidência: Um desafio para a profissão entre contextos do cuidar*. Comunicação livre apresentada no 2º Congresso Insular de Enfermagem Madeira – Açores, Funchal.
- Pereira, R., Cardoso, M., & Martins, M. (2012). Atitudes e barreiras à prática de enfermagem baseada na evidência em contexto comunitário. *Revista de Enfermagem Referência*, 3(7), 55-62.
- Pereira, R., Cardoso, M., & Martins, M. (2013). Validation of the Portuguese version of the attitudes to evidence-based practice questionnaire: An exploratory approach. *Revista Paraninfo Digital*, 7(19), 1-6. Através de <http://www.index-f.com/para/n19/160d.php>. Barriers.
- Pereira, R. P. G., Guerra, A. C. P., Cardoso, M. J. S. P. O., Santos, A. T. V. M. F., Figueiredo, M. C. A. B., & Vaz Carneiro, A. (2015a). Validation of the portuguese version of the evidence-based practice questionnaire. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 23(2), 345-351. Através de <https://dx.doi.org/10.1590/0104-1169.0367.2561>.
- Pereira, R. P. G., Cardoso, M. J. S. P. O., Martins, M. A. C. S., Santos, A. T. V. M. F., Figueiredo, M. C. A. B., & Vaz Carneiro, A. (2015b). Validação da versão portuguesa do questionário de atitudes e barreiras em relação à prática baseada na evidência. *Evidentia*, 12(49), 1-7. Através de <http://www.index-f.com/evidentia/n49/ev4901r.php>.
- Pestana, M., & Gageiro, J. (2003). *Análise de dados para ciências sociais: a complementaridade do SPSS* (3ª ed.). Lisboa: Edições Sílabo, Lda.

- Queirós, P., & Figueiredo, M. B. (2015). Enfermagem, de ciência aplicada a ciência humana prática: Da racionalidade técnica à prática reflexiva. *ResearchGate*. [doi:10.13140/RG.2.1.3959.4403](https://doi.org/10.13140/RG.2.1.3959.4403).
- Ribeiro, J. (2008). *Metodologia de investigação em psicologia da saúde*. Porto: Legis Editora.
- Ribeiro, J., & Ponte, A. (2009). Propriedades métricas da versão portuguesa da escala de suporte social do MOS (MOS Social Support Survey) com Idosos. *Psicologia Saúde & Doenças*, 10(2), 163-174.
- Roque, A., Bugalho, A., & Vaz Carneiro, A. (2007). *Manual de elaboração, disseminação e implementação de normas de orientação clínica*. Lisboa: Centro de Estudos de Medicina Baseada na Evidência, Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.
- Rudman, A., Gustavsson, P., Ehrenberg, A., Boström, A-M., & Wallin, L. (2012). Registered nurses' evidence-based practice: a longitudinal study of the first five years after graduation. *International Journal of Nursing Studies*, 49, 1494-1504.
- Rycroft-Malone, J. (2004). The PARIHS framework – a framework for guiding the implementation of evidence-based practice. *Journal of Nursing Care Quality*, 19(4), 297-304.
- Rycroft-Malone, J., Seers, K., Titchen, A., Harvey, G. B., Kitson, A., & McCormack, B. (2004). What counts as evidence in evidenced based practice? *Journal of Advanced Nursing*, 47, 81-90.
- Sackett, D., Rosenberg, W. M. C., Gray, J. A. M., Haynes, R. B., & Richardson, W. S. (1996). Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *British Medical Journal*, 312, 71-72.
- Scott, K., & McSherry, R. (2009). Evidence-based nursing: clarifying the concepts for nurses in practice. *Journal of Clinical Nursing*, 18, 1085–1095.
- Silva, M. A. (2011). *Intenções dominantes nas concepções de enfermagem - estudo a partir de uma amostra de estudantes finalistas* (Tese de doutoramento, Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, Porto. Através de <http://hdl.handle.net/10400.14/8685>

- Simpson, L. R. (2004). Evidence-based nursing offers certainty in the uncertain world of healthcare. *Nursing Management*, 35, 10-12.
- Soares, H., Pereira, S. M., Neves, A., Gomes, A., Teixeira, B., Oliveira, C...Pereira, H. (2013). Projeto Evidência: investigação e formação sobre acesso a bases de dados de informação científica nos Açores. *Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de S. Paulo*, 47(2), 486-93.
- Solomons, N., & Spross, J. (2011). Evidence-based practice barriers and facilitators from a continuous quality improvement perspective: an integrative review. *Journal of Nursing Management*, 19, 109-120.
- Squires, J., Estabrooks, C., Gustavsson, P. & Wallin, L. (2011). Individual determinants of research utilization by nurses: A systematic review update. *Implementation Science*, 6(1), 1-20.
- Squires, J., Hutchinson, A., Bostrom, A., O'Rourke, H., Cobban, S., & Estabrooks, C. (2011). To what extent do nurses use research in clinical practice? A systematic review. *Implementation Science*, 6(21), 1-17.
- Stevens, K., Puga, F., & Low, V. (2012). The ACE-ERI: An instrument to measure EBP readiness in student and clinical populations. Através de [www.acestar.uthscsa.edu/institute/su12/documents/ace/8%20The%20ACE-ERI%20%20Instrument%20to%20Benchmark.pdf](http://www.acestar.uthscsa.edu/institute/su12/documents/ace/8%20The%20ACE-ERI%20%20Instrument%20to%20Benchmark.pdf).
- The Joanna Briggs Institute (2004). *Promoting and supporting best practice*. Através de <http://www.joannabriggs.edu/au/about/history.php>.
- The Joanna Briggs Institute (2014). *Joanna Briggs Institute reviewers' manual 2014 edition handbook*. Adelaide: The Joanna Briggs Institute. Através de <http://joannabriggs.org/assets/docs/sumari/ReviewersManual-2014.pdf>.
- Thompson, C., Cullum, N., McCaughan, D., Sheldon, T., & Raynor, P. (2004). Nurses, information use, and clinical decision making – the real world potential for evidence-based decisions in nursing. *Evidence Based Nursing*, 7, 68-72. [doi:10.1136/ebn.7.3.68](https://doi.org/10.1136/ebn.7.3.68).
- Thompson, C., Learmonth, M. (2002). How can we develop an evidence-based culture? In J. Craig, & R. Smyth, *The evidence-based practice manual for nurses* (pp. 211-239). London: Churchill Livingstone.

- Thompson, D., O'Leary, K., Jensen, E., Scott-Findlay, S., O'Brien-Pallas, L., & Estabrooks, C. (2008). The relationship between busyness and research utilization: It is about time. *Journal of Clinical Nursing, 17*, 539-548.
- Thompson, D., Estabrooks, C., Scott-Findlay, S., Moore, K., & Wallin, L. (2007). Interventions aimed at increasing research use in nursing: A systematic review. *Implementation Science, 2*(15), 1-16.
- Turkel, M. (2005). An essential component of the magnet journey: Fostering an environment for evidence-based practice and nursing research. *Nursing Administration, 29*(3), 254-262.
- Upton, D., & Upton, P. (2006). Development of an evidence-based practice questionnaire for nurses. *Journal of Advanced Nursing, 54*(4), 454-458.
- Vaz Carneiro, A. (2009). Cuidados de saúde baseados na evidência e as normas de orientação clínica. In L. Campos, M. Borges, & R. Portugal (Eds.), *Governança dos Hospitais* (pp. 57-74). Alfragide: Casa das Letras.
- Vilelas, J., & Basto, M. L. (2011). Validação para a língua portuguesa da escala de Funk et al. – “Barreiras à Utilização da Investigação”. *Pensar Enfermagem, 15*(1), 25-38.
- von Elm, E., Altman, D., Egger, M., Pocock, S., Gotsche, P., & Vandembroucke, J. (2007). The Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE) Statement: guidelines for reporting observational studies. *British Medical Journal, 335*(7624), 806-808.
- Whittemore, R., & Knafl, K. (2005). The integrative review: Updated methodology. *Journal of Advanced Nursing, 52*, 546-553.
- World Health Organization – Regional Office for Europe (2014). *Strengthening nursing and midwifery: European strategic directions towards health 2020 goals*. Copenhagen: WHO.
- Yip, W. K., Mordiffi, S. Z., Shen, L., Kim, E. N., Zhang, X., & Majid, S. (2013). Nurses' perception towards evidence-based practice: A descriptive study. *Singapore Nursing Journal, 40*(1), 34-41.
- Young, T., Rohwer, A., Volmink, J., & Clarke, M. (2014). What are the effects of teaching evidence-based health care (EBHC)? Overview of systematic reviews. *PLOS ONE, 9*(1), 1-13.

## **ANEXOS**



Anexo I – Formulário de recolha de dados aplicado no Estudo I





## I – Questionário de Atitudes e Barreiras em relação à Prática Baseada na Evidência

Quando estiver a ponderar em cada uma das questões, pense no seu presente contexto de trabalho. Reflita em como se sente em relação a cada questão, pois o que nos interessa são as <b>suas</b> opiniões. Por favor responda a <b>todas</b> as questões. Faça um círculo na resposta que acha que mais se aplica, usando a seguinte <u>Escala de Classificação</u> : 1 = Discordo Totalmente; 2 = Discordo; 3 = Não Tenho a Certeza; 4 = Concordo; 5 = Concordo Totalmente.		Discordo Totalmente	Discordo	Não Tenho a Certeza	Concordo	Concordo Totalmente
1.	Sinto-me confiante na minha capacidade para avaliar a qualidade dos artigos de investigação.	1	2	3	4	5
2.	Creio que a aplicação da investigação à prática depende, até certo ponto, de quanto é que isso vai custar.	1	2	3	4	5
3.	Muita da investigação disponível não é relevante para a minha prática profissional.	1	2	3	4	5
4.	Acho difícil aceder regularmente à biblioteca mais próxima.	1	2	3	4	5
5.	Acho que as chefias apoiam a utilização de Prática Baseada na Evidência.	1	2	3	4	5
6.	Acho que a investigação disponível específica para a minha área de trabalho é de fraca qualidade.	1	2	3	4	5
7.	Acho que os artigos de investigação não são de fácil compreensão.	1	2	3	4	5
8.	Sinto que há benefícios em alterar a minha prática, com base na investigação.	1	2	3	4	5
9.	Não há incentivos para desenvolver as minhas competências de investigação, para utilização na prática clínica.	1	2	3	4	5
10.	Tenho dificuldade em contactar colegas com conhecimentos, para discutir resultados da investigação.	1	2	3	4	5
11.	Acho que a adesão dos clientes é um fator fundamental na utilização da evidência.	1	2	3	4	5
12.	Sinto confiança em utilizar o computador para pesquisar informação baseada na evidência.	1	2	3	4	5
13.	Acho avassaladora a quantidade de literatura de investigação.	1	2	3	4	5
14.	Acho difícil manter-me a par de todas as mudanças que acontecem presentemente no meu contexto de trabalho.	1	2	3	4	5
15.	Sei como pesquisar informação baseada na evidência.	1	2	3	4	5
16.	Os recursos informáticos de que disponho no local de trabalho são adequados para pesquisar literatura baseada na evidência.	1	2	3	4	5
17.	Acho difícil influenciar a mudança na prática clínica no meu contexto de trabalho.	1	2	3	4	5
18.	Tenho constatado que a literatura de investigação por vezes reporta resultados contraditórios.	1	2	3	4	5
19.	Creio que deveria fazer formação para me ajudar a utilizar a investigação eficazmente.	1	2	3	4	5
20.	Não há dinheiro suficiente para financiar investigação sobre cuidados de saúde.	1	2	3	4	5
21.	Constato que as limitações de tempo impedem que a prática baseada na evidência, seja usada eficazmente no meu exercício clínico.	1	2	3	4	5
22.	Acredito nos resultados da investigação que leio.	1	2	3	4	5
23.	Sentir-me-ia mais confiante se alguém experiente em investigação me fornecesse informação relevante.	1	2	3	4	5
24.	Os meus colegas apoiam a aplicação da investigação relevante na prática.	1	2	3	4	5
25.	Frequentemente, os resultados da investigação não são facilmente transferíveis para a minha prática clínica.	1	2	3	4	5
26.	Implementar práticas baseadas na evidência trará benefícios para o meu desenvolvimento profissional.	1	2	3	4	5

## II – Questionário sobre Eficácia Clínica e Prática Baseada em Evidências

Este questionário foi concebido para reunir informações e opiniões sobre o uso de práticas com base em evidências por parte de profissionais da saúde. Não existem respostas certas ou erradas, pois estamos interessados nas *suas* opiniões e a *sua* utilização de evidências nas *suas* práticas.

**i. Tendo em conta a sua prática em relação aos cuidados prestados aos doentes (clientes) no último ano, com que frequência fez o seguinte em consequência de uma lacuna no seu conhecimento (assinale com  $\surd$  ou com X):**

1. Formulou uma pergunta de partida claramente definida, como início de um processo para preencher essa lacuna:

Nunca         Frequentemente

2. Localizou as evidências relevantes depois de ter formulado a pergunta:

Nunca         Frequentemente

3. Analisou criticamente e segundo critérios explícitos, qualquer literatura que tenha encontrado:

Nunca         Frequentemente

4. Integrou as evidências que encontrou na sua prática:

Nunca         Frequentemente

5. Avaliou os resultados da sua prática:

Nunca         Frequentemente

6. Partilhou essa informação com colegas:

Nunca         Frequentemente

**ii. Por favor indique (assinlando com  $\surd$  ou com X) em que lugar da escala se situa em relação a cada um dos seguintes pares de afirmações:**

7. Não me agrada que a minha prática clínica seja questionada         Acolho com agrado as perguntas sobre a minha prática

8. A prática com base em evidências é uma perda de tempo         A prática baseada em evidências é essencial à prática profissional

9. Mantenho-me fiel a métodos testados e aprovados em vez de mudar para algo novo         A minha prática mudou devido às evidências que encontrei

**iii. Numa escala de 1 a 7 (em que 7 é a melhor pontuação), como classificaria a(s) sua(s):**

Assinale com um círculo a resposta a cada questão	Pior							Melhor
	1	2	3	4	5	6	7	
10. Competências de pesquisa	1	2	3	4	5	6	7	
11. Competências em TI (Tecnologias de Informação)	1	2	3	4	5	6	7	
12. Monitorização e revisão de competências práticas	1	2	3	4	5	6	7	
13. Conversão das suas necessidades de informação numa pergunta de investigação	1	2	3	4	5	6	7	
14. Perceção dos principais tipos e fontes de informação	1	2	3	4	5	6	7	
15. Capacidade de identificar lacunas na sua prática profissional	1	2	3	4	5	6	7	
16. Saber como obter as evidências	1	2	3	4	5	6	7	
17. Capacidade de analisar, de forma crítica, as evidências segundo normas definidas	1	2	3	4	5	6	7	
18. Capacidade de determinar a validade (aproximação da verdade) do material	1	2	3	4	5	6	7	
19. Capacidade de determinar a utilidade (aplicabilidade clínica) do material	1	2	3	4	5	6	7	
20. Capacidade de aplicar a informação a casos individuais	1	2	3	4	5	6	7	

### III – Barreiras e Facilitadores à Utilização da Investigação na Prática

Os artigos em revistas de enfermagem indicam que os enfermeiros em exercício não utilizam os resultados da investigação para orientar o seu exercício profissional. Tal poderá acontecer por muitas razões. Gostaríamos de saber até que ponto <i>considera</i> que cada uma das seguintes situações constitui uma barreira à utilização da investigação, por parte dos enfermeiros, para alterarem/melhorarem o seu exercício profissional. Se exerce numa área clínica, <i>por favor responda às questões tendo como referência o seu atual ambiente de trabalho</i> . Se presentemente não exerce numa área clínica <i>pode referir-se à sua última experiência em área clínica</i> . Em cada um dos itens, assinale com um <u>círculo</u> a resposta que considera representara sua opinião.		ISTO É UMA BARREIRA				
		Nada significativa	Pouco significativa	Moderadamente significativa	Muito significativa	Sem opinião
1.	Os artigos/relatórios de investigação não estão rapidamente disponíveis	1	2	3	4	5
2.	As implicações para o exercício profissional não são claras	1	2	3	4	5
3.	As análises estatísticas são de difícil compreensão	1	2	3	4	5
4.	A investigação não é relevante para o exercício profissional do enfermeiro	1	2	3	4	5
5.	O enfermeiro não tem conhecimento da investigação em causa	1	2	3	4	5
6.	As instalações são inadequadas para a sua implementação	1	2	3	4	5
7.	Os enfermeiros não têm tempo para ler os estudos de investigação	1	2	3	4	5
8.	A investigação em causa não foi replicada	1	2	3	4	5
9.	O enfermeiro tem a sensação que as alterações na prática serão mínimas	1	2	3	4	5
10.	O enfermeiro não acredita nos resultados da investigação	1	2	3	4	5
11.	A investigação possui aspetos metodológicos pouco claros	1	2	3	4	5
12.	A literatura relevante não está compilada num só local	1	2	3	4	5
13.	O enfermeiro não sente ter a autoridade suficiente para alterar os procedimentos de cuidados	1	2	3	4	5
14.	O enfermeiro sente que os resultados não são generalizáveis ao seu ambiente de trabalho	1	2	3	4	5
15.	O enfermeiro está isolado de colegas conhecedores com quem possa discutir investigação	1	2	3	4	5
16.	O enfermeiro vê poucos benefícios para si próprio	1	2	3	4	5
17.	Os artigos/relatórios de investigação não são publicados de modo suficientemente rápido	1	2	3	4	5
18.	Os médicos não vão cooperar na implementação	1	2	3	4	5
19.	A administração não vai permitir a implementação	1	2	3	4	5
20.	O enfermeiro não vê valor na investigação para o exercício profissional	1	2	3	4	5
21.	A necessidade de mudar o exercício profissional não está documentada	1	2	3	4	5
22.	As conclusões retiradas da investigação não são justificadas	1	2	3	4	5
23.	A literatura documenta resultados conflitantes	1	2	3	4	5
24.	A investigação não é relatada de forma clara e fácil de ler	1	2	3	4	5
25.	O restante pessoal não apoia a implementação	1	2	3	4	5

26.	O enfermeiro não está disposto a mudar/tentar novas ideias	1	2	3	4	5
27.	A quantidade de informação da investigação é esmagadora	1	2	3	4	5
28.	O enfermeiro não se sente capaz de avaliar a qualidade da investigação	1	2	3	4	5
29.	O tempo no emprego é insuficiente para implementar novas ideias	1	2	3	4	5

Existem outras coisas que considere barreiras à utilização da investigação? Se sim, por favor liste-as e classifique cada uma delas na escala:

30.		1	2	3	4	5
31.		1	2	3	4	5
32.		1	2	3	4	5
33.		1	2	3	4	5

34. Quais dos itens acima enumerados (do 1. ao 33.) quais considera serem *as três maiores barreiras* à utilização da investigação pelos enfermeiros?

Maior barreira ..... Item #: \_\_\_\_\_

Segunda maior barreira ..... Item #: \_\_\_\_\_

Terceira maior barreira ..... Item #: \_\_\_\_\_

35. Quais são as coisas que considera facilitarem a utilização da investigação?

---



---

#### IV – Acesso e utilização da informação para suporte à prática clínica

1. Profissionalmente, a que é que acede na Internet? (Assinale todas as opções que se apliquem)

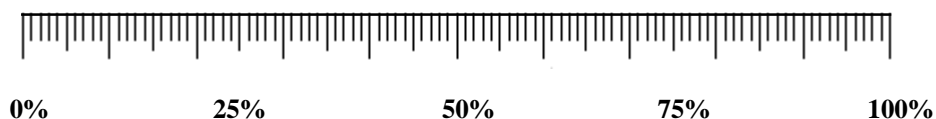
- a) Sítios de Projetos Baseados em Evidências                       d) Bases de dados
- b) Revistas da Especialidade em linha                       e) Repositórios de acesso aberto
- c) Sítios do Governo

Outras opções (por favor descreva) \_\_\_\_\_

2. Por favor assinale as fontes de informação que utiliza para orientar a sua prática clínica no dia-a-dia (Assinale todas as opções que se apliquem)

- a) Comunicação Social                       g) Circulares Oficiais
- b) Colegas                       h) Guias de Boas Práticas
- c) Conferências                       i) Protocolos
- d) Orientações de Serviços Centrais                       j) Cursos
- e) Revistas                       k) Representantes Farmacêuticos
- f) Juízos Próprios
- l) Outras fontes (Quais?) \_\_\_\_\_

3. Aproximadamente, qual a percentagem da sua prática que considera ser baseada na evidência? Por favor marque com um X o ponto da régua abaixo que acha que indica o seu nível percentual.



## V – Caraterização socioprofissional

Com o intuito de nos ajudar a entender melhor as suas respostas dadas anteriormente, precisamos de recolher alguma informação acerca de si, do seu exercício profissional e da organização/contexto em que trabalha.

1. Qual o seu sexo? masculino          feminino

2. Qual é a sua idade atual em anos? \_\_\_\_\_ anos

3. Formação académica (assinale com X todas as respostas que se apliquem)

	Curso Geral Enfermagem	Bacharelato	Licenciatura	Mestrado	Doutoramento	Outro (Qual?)
3.1. Com que nível de formação/grau académico iniciou o seu exercício profissional em enfermagem?						
3.2. Qual o grau académico mais elevado que obteve em enfermagem?						
3.3. Qual o grau académico mais elevado que obteve fora da enfermagem? (Se nenhum, deixe em branco)						

4. Qual o seu título profissional:

a) Enfermeiro                           

b) Enfermeiro Especialista   

4.1. Área de especialidade:

a) Comunidade/Saúde Pública   

d) Saúde Infantil e Pediátrica   

b) Médico-Cirúrgica               

e) Saúde Materna e Obstétrica   

c) Reabilitação                       

f) Saúde Mental e Psiquiátrica   

5. Quantos anos completos tem de exercício profissional? \_\_\_\_\_ anos.

6. Qual é a área de atividade profissional onde exerce predominantemente a sua prática clínica?

Cuidados de Saúde Primários   

Hospitalar                           

Outra (Qual?) \_\_\_\_\_

7. Qual a Instituição de Saúde onde trabalha? (*indique a designação atual mais comum e o respetivo concelho: e.g. Unidade de Saúde Familiar X – concelho Y; Hospital / Centro Hospitalar X – concelho Y*)

a) Instituição: \_\_\_\_\_

b) Concelho: \_\_\_\_\_

8. Em que instituição de ensino superior realizou a sua formação pré-graduada em enfermagem (*Curso Geral; Bacharelato e ou Licenciatura*)?

\_\_\_\_\_

9. Qual a Secção Regional da Ordem dos Enfermeiros em que está inscrito?

Norte   

Centro   

Sul   

**OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO.**



## Anexo II – Comprovativo da dinamização das sessões formativas







# CERTIFICADO DE EXPERIÊNCIA FORMATIVA

**RUI PEDRO GOMES PEREIRA,**

Membro n.º 22199 desta Ordem, participou no **WORKSHOP “PRÁTICA DE ENFERMAGEM BASEADA NA EVIDÊNCIA: UMA ESTRATÉGIA DE CONSTRUÇÃO DA MELHORIA CONTÍNUA”**, nos dias 18 de setembro, 21 de outubro, 04, 18 e 25 de novembro e 02 de dezembro de 2104, com a duração total de 48 horas, enquanto Formador, nas seguintes áreas temáticas:

**Conceito, importância e relevância para a profissão da PEBE**

**Recomendações institucionais e barreiras à PEBE**

**Etapas da PEBE**

**Como procurar / sistematizar evidência clinicamente válida**

**Evidência & investigação qualitativa**

**Construir pontes para uma enfermagem baseada na melhor evidência**

Lisboa, 25 de junho de 2015.

P<sup>l</sup> A Comissão Organizadora

Enf.<sup>a</sup> Filomena Maia  
Presidente do Conselho de Enfermagem Regional da  
Secção Regional do Norte

## PROGRAMA

---

### Workshop “PRÁTICA DE ENFERMAGEM BASEADA NA EVIDÊNCIA: UMA ESTRATÉGIA DE CONSTRUÇÃO DA MELHORIA CONTÍNUA”

#### Local e calendário das ações de formação:

- Auditório da Secção Regional do norte da ordem dos Enfermeiros (OE)

dia 18 de setembro, das 9h00 às 18h00

- Auditório da Unidade Local de Saúde de Matosinhos

dia 21 de outubro, das 9h00 às 18h00

- Auditório do Hospital de Macedo de Cavaleiros

dia 4 de novembro, das 9h00 às 18h00

- Auditório do Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro

dia 18 de novembro, das 9h00 às 18h00

- Auditório do Hospital de Braga

dia 25 de novembro, das 9h00 às 18h00

- Auditório do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia

dia 02 de dezembro, das 9h00 às 18h00

#### Formador:

Enf.º Rui Pedro Gomes Pereira

#### Programa temático:

- Contextualizar a PEBE como estratégia preconizada para a melhoria da prática clínica, obtenção de ganhos em saúde e combate à desigualdade no acesso a cuidados de qualidade:
  - Conceito, importância e relevância para a profissão da PEBE;
  - Recomendações institucionais e barreiras à PEBE
- Abordar as diversas etapas que constituem a estruturação de uma PEBE
  - Etapas da PEBE
    - Definir a pergunta (Modelo PICO);
    - Planear e realizar a revisão da literatura;
    - Avaliar criticamente a literatura;
    - Integrar a evidência na prestação de cuidados;
    - Avaliar o processo
- Demonstrar como aceder a informação pré-processada, estruturada com base na metodologia PEBE, promovendo o acesso a informação cientificamente relevante
  - Como procurar / sistematizar evidência clinicamente válida
    - Literatura científica periódica centrada em evidências;
    - Centros de enfermagem baseados na evidência;
    - Guias de boas práticas;
    - Revisões sistemáticas da literatura
  - Evidência & investigação qualitativa
- Sistematizar dimensões estruturantes para o desenvolvimento de capacidades, competências e habilidades fundamentais para a PEBE
  - Construir pontes para uma enfermagem baseada na melhor evidência

Anexo III – Parecer da Comissão de Ética e Investigação do Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto sobre o estudo (Projeto N.º 77/2014)





**Parecer da Comissão de Ética do ICBAS-UP**

**PROJETO Nº 077/2014**

**Título:** *Enfermagem baseada na evidência: atitudes, barreiras e práticas*

**Investigador Responsável:** Rui Pedro Gomes Pereira

**Orientador:** António Vaz Carneiro

**Coorientadora:** Maria do Céu Barbieri de Figueiredo

**Duração do Projeto:** até junho de 2015

A Comissão de Ética do ICBAS-UP reuniu dia 13 de fevereiro de 2015 no edifício do ICBAS - Sala de reuniões do Departamento de Ciências do Comportamento, na presença de Liliana de Sousa, Manuel Vilanova, Margarida Araújo, Maria Antónia Gonçalves e Paulo Maia. Decidiu emitir parecer favorável à realização do projeto supracitado, por unanimidade.

Solicitamos que envie anualmente a esta Comissão um resumo dos resultados obtidos na sequência deste projeto.

Com os melhores cumprimentos,

Pela Comissão de Ética do ICBAS-UP,

Prof. Doutora Liliana de Sousa (presidente)

---

*To whom it may concern,*

*The above project is in accordance with the Portuguese law and the ICBAS-UP Ethics Committee criteria.*

---



Anexo IV – Termo de consentimento informado para participação no estudo





**CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM  
PROJETOS DE INVESTIGAÇÃO**

**de acordo com a Declaração de Helsínquia<sup>1</sup> e a Convenção de Oviedo<sup>2</sup>**

Encontro-me a desenvolver um estudo intitulado: “*Enfermagem Baseada na Evidência: Atitudes, Barreiras e Práticas*”.

Este estudo enquadra-se no âmbito do Doutoramento em Ciências de Enfermagem do Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto (ICBAS-UP) realizando-se sob a orientação do Prof. Doutor António Vaz Carneiro e coorientação da Prof.<sup>a</sup> Doutora Maria do Céu Barbieri.

A sua participação é essencial para a sua realização e implica o autopreenchimento de um formulário cujo tempo total de realização não deverá exceder os 20 minutos. Poderão participar na investigação todos os enfermeiros cuja atividade predominante em termos do seu exercício profissional seja a prática clínica e a prestação direta de cuidados. Os dados a recolher referem-se às atitudes, barreiras e práticas em relação à enfermagem baseada na evidência, bem como ao acesso e utilização da informação para o suporte à prática clínica e ainda uma breve caracterização socioprofissional.

A sua participação será voluntária e não implica qualquer custo e ou prejuízo. É garantida a confidencialidade e uso exclusivo dos dados recolhidos para o presente estudo, bem como o anonimato dos participantes.

Agradeço desde já a sua colaboração e disponibilidade.

O Investigador:

Rui Pedro Gomes Pereira. Prof. Adjunto da Escola Superior de Enfermagem da Universidade do Minho

[ruipereira@ese.uminho.pt](mailto:ruipereira@ese.uminho.pt)

*Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações que me foram fornecidas pela/s pessoas/s que acima assina/m e que considero suficientes. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, ao iniciar o preenchimento do formulário, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pelo investigador.*

Assinatura: \_\_\_\_\_

<sup>1</sup> [http://portal.arsnorte.min-saude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Comiss%C3%A3o%20de%20C3%89tica/Ficheiros/Declaracao\\_Helsinquia\\_2008.pdf](http://portal.arsnorte.min-saude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Comiss%C3%A3o%20de%20C3%89tica/Ficheiros/Declaracao_Helsinquia_2008.pdf)

<sup>2</sup> <http://dre.pt/pdf1sdip/2001/01/002A00/00140036.pdf>



Anexo V – Autorização de utilização da versão portuguesa da Escala de Barreiras à Utilização da Investigação (Vilelas & Basto, 2011)



## **RE: Pedido autorização BRUS - versão portuguesa**

José Vilelas

**Enviado:** 15 de Julho de 2014 11:36

**Para:** Rui Pedro Gomes Pereira

**Anexos:** Escala Traduzida Português1.doc (65 KB)

Caríssimo Colega Rui

É com enorme prazer que autorizo a utilização da escala BRUS – Versão portuguesa, traduzida e validada por mim e pela Professora Marta Lima Basto.

Espero que contribua para uma melhor compreensão do processo de investigação em Enfermagem.

Continuação de um ótimo trabalho.

Cumprimentos para a Professora Maria do Céu

Um abraço

José Vilelas, PhD  
Professor Coordenador



Avenida de Ceuta, Edifício Urbiceuta  
 piso 6 1350-125 Lisboa



Anexo VI – Autorização de utilização e validação do *Attitudes to Evidence-Based Practice* (McKenna, Ashton & Keeney, 2004)





**RE: Request to use the "Attitudes to Evidence-Based Practice Questionnaire"**

Keeney Sinead

**Enviado:** 21 de Maio de 2010 13:04

**Para:** Rui Pedro Gomes Pereira

Dear Rui,

We would be happy to give you permission to use the EBP questionnaire. We would ask that we are acknowledged as the authors of the questionnaire in any resulting papers, publications or conference presentations.

Best wishes and good luck with your study,

Sinead



Anexo VII – Autorização de utilização e validação do *Evidence Based Practice Questionnaire* (Upton & Upton, 2006)



**De:** Laura Scurlock-Evans  
**Enviado:** quarta-feira, 21 de Março de 2012 15:41  
**Para:** Rui Pedro Gomes Pereira  
**Assunto:** FW: Request to use the "EBPQ - Evidence-Based Practice Questionnaire"  
**Anexos:** Evidence Based Practice QUESTIONNAIRE (Upton & Upton 2006).doc;  
Upton&UptonEBPQ(2006).pdf

Dear Professor Pereira,

I am a Psychology Technician and assist with requests for Professor Upton's publications. Professor Upton and Dr. Upton are happy to provide you with a copy of the measure free of charge and grant permission to use it in your research, with the proviso that as authors they are acknowledged in any communication, including publication, in which the questionnaire is used. The authors also give permission for you to translate and adapt the EBPQ as necessary.

I have attached a copy of the questionnaire, the Upton & Upton (2006) paper you mentioned in your email contains details of the tools development and construction (I have attached this article, just in case). In accordance with UK copyright law we would be grateful if you would refer anyone else interested in using the EBPQ to us, rather than distribute copies of the questionnaires to third parties yourself. This will also help the authors gauge the level of interest in the questionnaire and its application in the clinical/research setting.

Many thanks for your interest in the EBPQ and good luck with your project. Please feel free to contact me if you would like any further information.

Best wishes,

*Laura.*



Anexo VIII – Estudo metodológico: Validação da Versão Portuguesa do Questionário de Eficácia Clínica e Prática Baseada na Evidência





## Validação da versão portuguesa do Questionário de Eficácia Clínica e Prática Baseada em Evidências

Rui Pedro Gomes Pereira<sup>1</sup>  
Ana Cristina Pinheiro Guerra<sup>2</sup>  
Maria José da Silva Peixoto de Oliveira Cardoso<sup>3</sup>  
Alzira Teresa Vieira Martins Ferreira dos Santos<sup>3</sup>  
Maria do Céu Aguiar Barbieri de Figueiredo<sup>3</sup>  
António Cândido Vaz Carneiro<sup>4</sup>

**Objetivos:** descrever o processo de tradução e validação linguística e cultural para o contexto português do Questionário de Eficácia Clínica e Prática Baseada em Evidências (QECPE). **Método:** desenvolveu-se um estudo metodológico e transversal. Foi efetuada tradução e retroversão, de acordo com os padrões usuais. Na determinação das características psicométricas do QECPE utilizou-se a Análise de Componentes Principais com rotação ortogonal, segundo o método Varimax, seguida de análise fatorial confirmatória. A consistência interna foi determinada pelo valor alfa de Cronbach. A coleta de dados ocorreu entre dezembro de 2013 e fevereiro de 2014. **Resultados:** participaram 358 enfermeiros que exercem a prática clínica num centro hospitalar do norte de Portugal. O QECPE apresenta 20 itens e três subescalas: Práticas ( $\alpha=0,74$ ); Atitudes ( $\alpha=0,75$ ); Conhecimentos/Habilidades e Competências ( $\alpha=0,95$ ), apresentando consistência interna global de  $\alpha=0,74$ . No modelo testado obteve-se variância explicada de 55,86%. O modelo demonstrou um bom ajuste:  $\chi^2(167)=520,009$ ;  $p=0,0001$ ;  $\chi^2df=3,114$ ; CFI=0,908; GFI=0,865; PCFI=0,798; PGFI=0,678; RMSEA=0,077 (IC90%=0,07-0,08). **Conclusão:** através da análise fatorial confirmatória realizada demonstrou-se que o questionário é válido e adequado para utilização no contexto estudado.

**Descritores:** Enfermagem Baseada em Evidências; Estudo Metodológico; Prática Clínica Baseada em Evidências.

<sup>1</sup> Doutorando, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto, Porto, Portugal. Professor Adjunto, Escola Superior de Enfermagem, Universidade do Minho, Braga, Portugal.

<sup>2</sup> Doutoranda, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto, Porto, Portugal. Enfermeira, Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente, Hospital de Santo António, Centro Hospitalar do Porto, Porto, Portugal.

<sup>3</sup> PhD, Professor Associado, Escola Superior de Enfermagem do Porto, Porto, Portugal.

<sup>4</sup> PhD, Diretor, Centro de Estudos de Medicina Baseada na Evidência, Faculdade de Medicina, Universidade de Lisboa, Lisboa, Portugal.

## Introdução

A prática de enfermagem baseada na evidência é definida como o processo em que os enfermeiros tomam decisões clínicas utilizando a melhor evidência científica disponível, recorrendo a sua experiência clínica e às preferências do paciente, no contexto dos recursos disponíveis<sup>(1)</sup>. Numa ampla revisão sistemática, efetuada em 2004<sup>(2)</sup>, foram identificados 630 artigos publicados entre 1972 e 2001, relativos à utilização de evidências resultantes de investigação sobre a prática de enfermagem. Esta concluiu que, apesar do crescente interesse por barreiras e facilitadores à utilização da pesquisa, a área em estudo era relativamente subdesenvolvida, justificando o desenvolvimento adicional de trabalho conceitual e suporte. Apesar da expressividade dos achados bibliométricos, identificando a realização de diversos estudos<sup>(3-7)</sup> sobre Prática Baseada em Evidência (PBE), elaborados sob diversos focos de atenção como barreiras, atitudes, práticas, percepções, crenças, entre outros, ainda não encontram-se disponíveis para utilização no contexto português um conjunto alargado de instrumentos devidamente validados, que possibilitem avaliar com rigor e de modo sistemático as competências dos enfermeiros relativas à PBE e, por conseguinte, permitir a estruturação de estratégias de intervenção e implementação que favoreçam a sua adoção sustentada e de modo generalizado. Neste sentido, constatam-se as múltiplas dimensões que influenciam os processos de translação e incorporação de evidências na prática clínica, sendo que estes têm sido alvo de atenção<sup>(8)</sup> na construção de instrumentos de avaliação. Reportando-se em concreto ao *Evidence Based Practice Questionnaire*, desenvolvido em 2006, por Upton & Upton<sup>(9)</sup>, sua concepção reuniu informações e opiniões sobre o uso de práticas com base em evidências obtidas por profissionais da saúde, sendo pertinente a validação, para utilização de modo generalizado, uma vez que é atualmente recorrente em múltiplos contextos, estando disponível além da versão original, em inglês, uma versão espanhola<sup>(10)</sup>, obtida através de um estudo de validação efetuado em 2009. Observando que sua construção e características denotavam uma probabilidade elevada de aplicação referente à prática de enfermagem desenvolvida em Portugal, elaborou-se o presente estudo, cuja finalidade é descrever o processo de tradução e validação linguística e cultural para o contexto português do Questionário de Eficácia Clínica e Prática Baseada em Evidências (QECPE), possibilitando não apenas a avaliação

de práticas, atitudes, conhecimentos/habilidades e competências, mas o alicerce de intervenções delineadas à melhoria da proficiência nesta área, por parte dos profissionais de enfermagem.

## Método

O Questionário de Eficácia Clínica e Prática Baseada em Evidências (QECPE) é um instrumento de autopreenchimento, cuja versão original contempla 24 itens avaliados através de uma escala de diferencial semântico, organizado em três dimensões. O primeiro componente avalia as Práticas e recorre a uma escala tipo Likert, que vai do 1 (nunca) ao 7 (frequentemente), integrando seis itens. No segundo componente avaliam-se as Atitudes, através do posicionamento de proximidade adotado para cada par de questões, num total de quatro itens. Finalmente, o terceiro componente pretende avaliar Conhecimentos/Habilidades e Competências através de uma escala tipo Likert, que oscila entre 1 (pior) e 7 (melhor), num somatório de 14 itens. Decidiu-se proceder a sua tradução e adaptação para o contexto português, estudando suas propriedades psicométricas. Após obtenção da autorização formal dos autores da versão original, procedeu-se à tradução do questionário em inglês para português, com recurso a dois tradutores independentes. Neste processo de tradução foram clarificados os equivalentes semânticos de alguns termos. Posteriormente, recorreu-se a um painel de peritos para examinar a equivalência conceitual dos diversos itens, obtendo um resultado final por consenso. Uma retroversão foi desenvolvida por um tradutor independente e analisaram-se as concordâncias e diferenças. Finalmente, efetuou-se análise do instrumento, referente ao formato, aparência, compreensão visual dos itens e receptividade ao conteúdo.

Através de uma amostragem acidental desenvolveu-se um estudo metodológico de cariz transversal, num centro hospitalar e académico do norte de Portugal. Tendo em conta a natureza do instrumento, foram envolvidos exclusivamente enfermeiros que exercem a prática clínica em tempo integral ou de um modo predominante face a outras vertentes do exercício profissional, como gestão, ensino ou investigação. A coleta de dados ocorreu nos seguintes departamentos e serviços do hospital: Urgência Geral, Cuidados Intensivos, Medicina, Cirurgia, Cirurgia Vasculuar, Pediatria, Ortopedia, Urologia e Consulta Externa. Foram asseguradas todas as autorizações que permitiram a elaboração do estudo, nomeadamente e entre outras,

das Direções Clínicas e de Enfermagem, da Comissão de Ética e do Conselho de Administração. Distribuíram-se 995 questionários de autopreenchimento, sendo devolvidos 358 válidos. Deste modo, obteve-se uma taxa de resposta de 36%. Os participantes (n=358) aceitaram voluntariamente a participação no estudo, sendo considerado como consentimento o envio válido do questionário preenchido. A coleta de dados ocorreu entre dezembro de 2013 e março de 2014.

Para o tratamento estatístico dos dados utilizou-se o programa SPSS, versão 22.0, recorrendo-se à estatística paramétrica e multivariada. A fidelidade das subescalas foi avaliada através do coeficiente alfa de Cronbach, que fornece a medida de consistência interna da escala. Efetuou-se a análise fatorial exploratória através da Análise dos Componentes Principais, com recurso à rotação ortogonal, segundo o método Varimax. A adequação dos dados para utilização desta análise foi verificada pelos critérios de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) e pelo teste de Bartlett. Na confirmação do número de fatores foram seguidos os seguintes critérios<sup>(11)</sup>: (1) *eigenvalues* > 1; (2) exclusão das cargas fatoriais < 0,40; (3) cada fator deve explicar no mínimo 5% da variância; (4) aplicação dos princípios de descontinuidade. A validade fatorial foi avaliada através da Análise Fatorial Confirmatória (AFC), com recursos ao AMOS (versão 21, SPSS-IBM). A existência de *outliers* foi avaliada pela distância quadrada de Mahalanobis e a normalidade avaliada pelo coeficiente de assimetria e curtose univariadas e multivariadas. Considerou-se como entrada a matriz de covariância, adotando-se o método ML (Maximum Likelihood) de estimação. A qualidade do ajustamento do modelo foi efetuada de acordo com os índices e respetivos valores de referência<sup>(12-13)</sup>. O ajustamento local foi avaliado pelos pesos fatoriais e pela fiabilidade individual dos itens. Considerou-se o *Goodness-of-fit index* (GFI), o *Adjusted goodness-of-fit index* (AGFI), o *Comparative Fit Index* (CFI) e a *Root Mean Square Error Approximation* (RMSEA). O GFI, AGFI e CFI devem ser próximos de 0,90, enquanto o RMSEA recomendado é de até 0,08<sup>(12-13)</sup>. O ajustamento do modelo às considerações teóricas foi além dos índices de modificação.

## Resultados

A maioria dos participantes (n=358) no estudo, de acordo com a Tabela 1, era do sexo feminino (78%), predominando a faixa etária entre 30 e 39 anos (48,0%), tendo 49% concluído a graduação em enfermagem (licenciatura) há menos de quatro anos

(ano de formação  $\geq$  2011). Sendo o instrumento composto, no total, por 24 itens de avaliação, admitindo em cada um sete possibilidades de resposta, obteve-se um número de participantes para o preenchimento completo dos requisitos de dimensão da amostra, cumprindo critérios<sup>(14)</sup> de potência e fiabilidade.

Tabela 1 – Caracterização da amostra de acordo com sexo, idade e tempo de graduação, Porto, Portugal, 2014

	n	%
Sexo		
Masculino	79	22,0
Feminino	279	78,0
Total	358	100
Idade		
20-29	79	22
30-39	172	48
40-49	75	21
50-59	32	9
Total	358	100
Conclusão da graduação		
Ano de graduação		
≤ 2000	126	35
2001 - 2010	57	16
≥ 2011	175	49
Total	358	100

A versão original<sup>(9)</sup> do QCEPBE apresenta 24 itens e três subescalas: Práticas ( $\alpha = 0,85$ ); Atitudes ( $\alpha=0,79$ ); Conhecimentos/Habilidades e Competências ( $\alpha=0,91$ ); e tem consistência interna global de  $\alpha=0,87$ . A análise dos componentes principais sugere cinco dimensões que explicam 65,78% do total da variância, sendo o alfa de Cronbach de 0,84. No entanto, forçando a três dimensões, na linha do que propõem os autores do questionário original e rejeitando um item (P7), por apresentar um comportamento anômalo de sobreposição nos componentes 1 e 2, obteve-se valor final de alfa de Cronbach  $\alpha=0,74$ , sendo, neste caso, explicado por 55,86% do total da variância. Neste refinamento, obteve-se os seguintes valores de alfa de Cronbach para cada uma das dimensões analisadas: Práticas ( $\alpha=0,74$ ); Atitudes ( $\alpha=0,75$ ); Conhecimentos/Habilidades e Competências ( $\alpha=0,95$ ). A Tabela 2 apresenta a análise dos componentes principais na versão obtida com três dimensões. Nota-se que as três dimensões agora apresentadas são sobreponíveis às propostas pelos autores do estudo original, sendo compostas pelos mesmos itens, à exceção do excluído (P7 – *A minha carga é demasiada para que eu me possa manter atualizado em relação a todas as novas evidências / As novas evidências são tão importantes que eu arranjo tempo no meu horário de trabalho*).

Tabela 2 – Análise dos componentes principais (3 dimensões)

Item	Componentes		
	1	2	3
6. Partilhou essa informação com colegas	-,003	,580	-,036
5. Avaliou os resultados da sua prática	,122	,652	,039
4. Integrou as evidências que encontrou na sua prática	-,002	,692	,043
3. Analisou criticamente e segundo critérios explícitos, qualquer literatura que tenha encontrado	,019	,668	,017
2. Localizou as evidências relevantes após ter formulado a pergunta	,007	,718	,044
1. Formulou uma pergunta de partida claramente definida, como início de um processo para preencher essa lacuna	,018	,642	,025
11. Competências de pesquisa	,799	,031	-,027
12. Competências em TI (Tecnologias de Informação)	,700	,042	,002
13. Monitorização e revisão de competências práticas	,798	-,016	-,074
14. Conversão das suas necessidades de informação numa pergunta de investigação	,729	-,092	-,065
15. Percepção dos principais tipos e fontes de informação	,834	,038	-,029
16. Capacidade de identificar lacunas na sua prática profissional	,732	,067	,049
17. Saber como obter as evidências	,816	,004	,011
18. Capacidade de analisar, de forma crítica, as evidências segundo normas definidas	,865	,026	,011
19. Capacidade de determinar a validade (aproximação da verdade) do material	,831	-,022	-,021
20. Capacidade de determinar a utilidade (aplicabilidade clínica) do material	,843	,037	,029
21. Capacidade de aplicar a informação a casos individuais	,835	,043	,010
22. Partilha de ideias e informação com colegas	,725	,088	,147
23. Divulgação de novas ideias sobre os cuidados aos colegas	,703	,078	,110
24. Capacidade de rever sua própria prática	,744	,054	,094
8. Não me agrada que a minha prática clínica seja questionada / Acolho com agrado as perguntas sobre a minha prática	,051	-,031	,770
9. A prática com base em evidências é uma perda de tempo / A prática baseada em evidências é essencial à prática profissional	-,051	,028	,853
10. Mantenho-me fiel a métodos testados e aprovados, ao invés de mudar para algo novo / A minha prática mudou devido às evidências que encontrei	,079	,121	,815

Com recurso à AFC testou-se o modelo sugerido pela análise fatorial exploratória (AFE), que incluía três variáveis latentes e 23 variáveis observáveis, obtendo-se um ajustamento ao modelo insatisfatório. Através da leitura dos índices de modificação testou-se um novo modelo com exclusão dos itens (P22 – *Partilha de ideias e informação com colegas*; P23 – *Divulgação de novas ideias sobre os cuidados aos colegas*; e P24 – *Capacidade de rever a sua própria prática*), obtendo-se, assim, um bom ajuste:  $\chi^2$  (167) = 520,009;  $p = 0,0001$ ;  $\chi^2/df = 3,114$ ; CFI = 0,908; GFI = 0,865; PCFI = 0,798; PGFI = 0,678; RMSEA = 0,077 (IC90%=0,07-0,08). Todas as cargas fatoriais entre as variáveis latentes e as variáveis observadas foram estatisticamente significativas.

Na Tabela 3 observa-se os resultados do modelo trifatorial confirmatório do QECPE-20. Sua leitura permite identificar os itens alocados a cada uma das dimensões e que serviram de base à versão portuguesa do QECPE.

Tabela 3 – Modelo trifatorial confirmatório do QECPE-20

	Componentes		
	Conhecimento/ Habilidades, Competências	Práticas	Atitudes
P6		,578	
P5		,653	
P4		,693	
P3		,670	
P2		,718	
P1		,643	
P11	,817		
P12	,723		
P13	,805		
P14	,762		
P15	,853		
P16	,702		
P17	,835		
P18	,871		
P19	,849		
P20	,850		
P21	,823		
P8			,776
P9			,855
P10			,822

Em função das diversas análises produzidas, apresenta-se na Figura 1 a versão portuguesa do QECPBE-20, composta pelas subescalas anteriormente identificadas, incluindo o enquadramento inicial e explicativo de sua utilização e autopreenchimento.

Este questionário foi concebido para reunir informações e opiniões sobre o uso de práticas, com base em evidências obtidas pelos profissionais da saúde. Não existem respostas certas ou erradas, mas o interesse por suas opiniões e a utilização de evidências em suas práticas.

I. Tendo em conta a sua prática em relação aos cuidados prestados aos doentes (clientes) no último ano, com que frequência, em consequência de uma lacuna no seu conhecimento (assinale com √ ou com X), fez o seguinte:								
1. Formulou uma pergunta de partida claramente definida, como início de um processo para preencher essa lacuna:								
Nunca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Frequentemente
2. Localizou as evidências relevantes depois de ter formulado a pergunta:								
Nunca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Frequentemente
3. Analisou criticamente e segundo critérios explícitos, qualquer literatura que tenha encontrado:								
Nunca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Frequentemente
4. Integrou as evidências que encontrou na sua prática:								
Nunca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Frequentemente
5. Avaliou os resultados da sua prática:								
Nunca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Frequentemente
6. Partilhou essa informação com colegas:								
Nunca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Frequentemente
II. Por favor indique (assinlando com √ ou com X) em que lugar da escala você se situa em relação a cada um dos seguintes pares de afirmações:								
7. Não me agrada que a minha prática clínica seja questionada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Acolho com agrado as perguntas sobre a minha prática
8. A prática com base em evidências é uma perda de tempo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A prática baseada em evidências é essencial à prática profissional
9. Mantenho-me fiel a métodos testados e aprovados, ao invés de mudar para algo novo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A minha prática mudou devido às evidências que encontrei
III. Numa escala de 1 a 7 (em que 7 é a melhor pontuação), como classificaria a(s) sua(s):								
<b>Assinale com um círculo a resposta a cada questão</b>								
	Pior Melhor							
10. Competências de pesquisa	1	2	3	4	5	6	7	
11. Competências em TI (Tecnologias de Informação)	1	2	3	4	5	6	7	
12. Monitorização e revisão de competências práticas	1	2	3	4	5	6	7	
13. Conversão das suas necessidades de informação numa pergunta de investigação	1	2	3	4	5	6	7	
14. Percepção dos principais tipos e fontes de informação	1	2	3	4	5	6	7	
15. Capacidade de identificar lacunas na sua prática profissional	1	2	3	4	5	6	7	
16. Saber como obter as evidências	1	2	3	4	5	6	7	
17. Capacidade de analisar, de forma crítica, as evidências segundo normas definidas	1	2	3	4	5	6	7	
18. Capacidade de determinar a validade (aproximação da verdade) do material	1	2	3	4	5	6	7	
19. Capacidade de determinar a utilidade (aplicabilidade clínica) do material	1	2	3	4	5	6	7	
20. Capacidade de aplicar a informação a casos individuais	1	2	3	4	5	6	7	

Figura 1 – Questionário sobre Eficácia Clínica e Prática Baseada em Evidências

## Discussão

Perante os resultados verificados, o modelo trifatorial exposto do QECPBE-20 apresenta evidência empírica para sua utilização, nomeadamente no que concerne à validade do constructo, bem como à análise da fiabilidade das variáveis latentes. Confrontando a análise efetuada com o questionário original<sup>(9)</sup> e com a

versão espanhola<sup>(10)</sup>, verificou-se sobreposição genérica de resultados, sendo que na versão portuguesa obteve-se uma versão final com 20 itens e valores de significância estatística superiores aos da versão espanhola.

Observando-se estudos<sup>(3-4,8,15-16)</sup> relativos a instrumentos e à avaliação da prática baseada em evidência, o QECPBE-20 apresentou alguma limitação, no que refere-se às dimensões contempladas,

nomeadamente no que relaciona-se com as bases de conhecimento sobre a prática clínica, mudança da prática sustentada na evidência, facilitadores para a mudança e habilidades. De modo análogo, as barreiras face à PBE são ignoradas no presente instrumento, embora haja peso significativo na incorporação da efetiva enfermagem, baseada em evidências<sup>(6)</sup>, tanto por fatores pessoais, profissionais e acadêmicos quanto organizacionais. Deste modo, a utilização do QCEPBE-20 deverá ser complementada por outros instrumentos disponíveis e igualmente validados para a realidade portuguesa<sup>(15,17)</sup>. A aplicação conjunta possibilitará avaliação de competências metodológicas relativas à PBE, permitindo sua utilização, entre outros âmbitos, relacionada com a formação a este nível e na implementação de programas promotores da integração de evidências na prestação de cuidados. Por outro lado, estes instrumentos poderão ajudar a traçar um perfil dos profissionais que serão chamados a tomar decisões<sup>(18)</sup>, sendo que estas deveriam sempre ter como base o melhor conhecimento científico disponível. A esse respeito e como demonstrado<sup>(18-19)</sup>, para o desenvolvimento de uma prática segura e profissional, os enfermeiros necessitam de mais conhecimentos, desenvolvimento de habilidades e confiança efetiva na tomada de decisões. Ao adquirir confiança e com prática segura, os profissionais tendem a conhecer a melhor forma de utilização do conhecimento na investigação na prática.

Uma outra vertente que deve ser alvo de ponderação futura relaciona-se à possível limitação aportada pelo contexto de exercício profissional dos enfermeiros do presente estudo, centrado numa única organização hospitalar, mesmo em dimensão muito significativa e inserida num centro académico. Assim, admite-se a importância da realização de estudos posteriores, em outros contextos, referente à atenção primária em saúde, para verificação de resultados com valores concordantes ou divergentes. Na perspetiva organizacional, admite-se algumas diferenças em termos de PBE.

## Conclusão

A análise realizada demonstrou evidência empírica sobre o questionário, sendo válido e adequado para utilização no contexto português, com robusta consistência interna. Face aos resultados obtidos, pode-se promover a disseminação e utilização sistematizada do QCEPBE-20.

Os resultados satisfatórios deste processo de validação reforçam sua importância, considerando,

sobretudo, as respectivas implicações práticas. Estas podem ser verificadas em vários níveis, como nos educativos, promovendo competências e capacidades, e ainda, na prestação direta de cuidados ou da própria investigação em enfermagem, envolvendo os profissionais. A avaliação de práticas, atitudes, conhecimentos/habilidades e competências deverá ser uma vertente de suporte estrutural e um alicerce na definição de intervenções personalizadas e dirigidas a grupos e contextos organizacionais específicos, visando promoção e dinamização da PBE entre os enfermeiros.

## Agradecimentos

Aos autores do EBPQ pela autorização e colaboração no processo de validação, bem como a todos os enfermeiros que aceitaram em participar no estudo.

## Referências

1. Dicenso A, Guyatt G, Ciliska D. Evidence-Based Nursing: A Guide to Clinical Practice. Evidence Based Nursing. Canada: Elsevier Mosby; 2005.
2. Eastbrooks C, Winther C, Derksen L. Mapping the field: a bibliometric analysis of the research utilization literature in nursing. *Nurs Res.* 2004 Sep-Oct;53(5):293-303.
3. Brown C, Wickline MA, Ecoff L, Glaser D. Nursing practice, knowledge, attitudes and perceived barriers to evidence-based practice at an Academic Medical Center. *J Adv Nurs.* 2009 Feb;65(2):371-81.
4. Casbas TM, Gallego CF, María EG, Miguel AG. Barreras para la utilización de la investigación: estudio descriptivo en profesionales de enfermería de la práctica clínica y en investigadores activos. *Enferm Clín.* 2010 May-Jun;20(3):153-64.
5. Chien W-T. A survey of nurses' perceived barriers to research utilization in Hong Kong. *J Clin Nurs.* 2010 Nov;19(23/24):3584-86.
6. Pereira R, Cardoso M, Martins M. Atitudes e barreiras à prática de enfermagem baseada na evidência em contexto comunitário. *Rev Enferm Referência.* 2012 Jul;3(7):55-62.
7. Stokke K, Olsen NR, Espehaug B, Nortvedt MW. Evidence based practice beliefs and implementation among nurses: a cross-sectional study [Internet]. *BMC Nurs.* 2014 [acesso 25 jul 2014];13(8):5-10. Disponível em: <http://www.biomedcentral.com/1472-6955/13/8>.

8. Gerrish K, Ashworth P, Lacey A, Bailey J, Cooke J, Kendall S, McNeilly E. Factors influencing the development of evidence-based practice: a research tool. *J Adv Nurs*. 2007 Oct;57(3):328-38.
9. Upton D, Upton P. Development of an evidence-based practice questionnaire for nurses. *J Adv Nurs*. 2006 Feb;54(4):454-8.
10. Gómez JP, Morales-Asencio JM, Abad AS, Veny MB, Roman MJR, Ronda FM. Validación de la versión española del cuestionario sobre la práctica basada en la evidencia en enfermeira. *Rev Esp Salud Pública*. 2009 Jul-Ago;(83):577-86.
11. Goetz C, Coste J, Lemetayer F, Rat AC, Montel S, Recchia S, et al. Item reduction based on rigorous methodological guidelines is necessary to maintain validity when shortening composite measurements. *J Clin Epidemiol*. 2013 Jul;(66):710-8.
12. Maroco J. Análise de Equações Estruturais: Fundamentos teóricos, software & Aplicações. Pêro Pinheiro: ReportNumber; 2010.
13. Kline RB. Principles and practice of structural equation modeling. 3rd. New York: Guilford Press; 2011.
14. Bonett D. Sample Size Requirements for Testing and Estimating Coefficient Alpha. *J Educ Behav Stat*. 2002 May;(27):335-40.
15. Pereira R, Cardoso M, Martins M. Validation of the Portuguese Version of the Attitudes to Evidence-Based Practice Questionnaire: An exploratory approach. *Rev Paraninfo Digital [Internet]* 2013 [acesso 26 jul 2014];7(19). Disponível em: <http://www.index-f.com/para/n19/160d.php>. Barriers
16. Kajermo KN, Boström A-M, Thompson DS, Hutchinson AM, Estabrooks CA, Walli L. The BARRIERS scale – the barriers to research utilization scale: a systematic review. *Implementation Sci*. 2010 Apr;5(1):32-54.
17. Vilelas J, Basto ML. Validação para a Língua Portuguesa da Escala de Funk et. Al – “Barreiras à Utilização da Investigação”. *Pensar Enferm*. 2011;15(1):25-38.
18. Jesus EH. Padrões de habilidade cognitiva e processo de decisão clínica de enfermagem. Coimbra: Formasau; 2006.
19. Bakalis N. Clinical decision-making in cardiac nursing: a review of the literature. *Nurs Standard*. 2006 Nov;21(12):39-46.





Anexo IX – Estudo metodológico: Validação da Versão Portuguesa do Questionário de Atitudes e Barreiras em relação à Prática Baseada na Evidência





Números publicados ▼

Búsqueda documentos ▼

## ORIGINALES



### Validação da Versão Portuguesa do Questionário de Atitudes e Barreiras em relação à Prática Baseada na Evidência\*

Rui Pedro Gomes *Pereira*,<sup>1</sup> Maria José da Silva Peixoto de Oliveira *Cardoso*,<sup>2</sup> Maria Alice Correia Santos *Cardoso Martins*,<sup>3</sup> Teresa *Martins*,<sup>2</sup> Maria do Céu Barbieri *Figueiredo*,<sup>2</sup> António Vaz *Carneiro*<sup>4</sup>

(1) Escola Superior de Enfermagem da Universidade do Minho (Braga, Portugal). Doutorando em Ciências de Enfermagem, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto (Porto, Portugal). (2) Escola Superior de Enfermagem do Porto (Porto, Portugal). (3) Unidade Local de Saúde de Matosinhos E.P.E. (Matosinhos, Portugal). Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade Fernando Pessoa (Porto, Portugal). (4) Centro de Estudos de Medicina Baseada na Evidência, Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa (Lisboa, Portugal)

Manuscrito recibido el 27.3.2014

Manuscrito aceptado el 25.7.2014

#### Evidentia 2015 ene-mar; 12(49)

\*Este trabajo fue presentado como comunicación en EBE-2013 "Cuidados y Tecnología, una relación necesaria" I Congreso Internacional Virtual - IX Reunión Internacional de Enfermería Basada en la Evidencia, celebrados en Granada (España), los días 21 y 22 de noviembre de 2013

#### Cómo citar este documento

Pereira, Rui Pedro Gomes; Cardoso, Maria José da Silva Peixoto de Oliveira; Martins, Maria Alice Correia Santos Cardoso; Martins, Teresa; Figueiredo, Maria do Céu Barbieri; Carneiro, António Vaz. Validação da Versão Portuguesa do Questionário de Atitudes e Barreiras em relação à Prática Baseada na Evidência. *Evidentia*. 2015 ene-mar; 12(49). Disponible en: <<http://www.index-f.com/evidentia/n49/ev4901.php>> Consultado el 10 de Septiembre de 2015

#### Resumo

Objetivo principal: O presente artigo tem como meta descrever o processo de validação para a língua Portuguesa, do Questionário de Atitudes e Barreiras em relação à Prática Baseada na Evidência. Metodologia: Desenvolveu-se um estudo metodológico, transversal. Para a adaptação cultural, foi efetuada uma tradução bidirecional de acordo com os padrões usuais. Para determinar a validade de constructo efetuou-se uma Análise dos Componentes Principais. A fiabilidade do questionário foi avaliada com recurso ao alfa de *Cronbach*. Resultados: Participaram 244 sujeitos, correspondendo a uma taxa de resposta de 64,2%. A versão em estudo apresenta 26 itens e tem uma consistência interna aceitável ( $\alpha = 0,60$ ). A análise de componentes principais sugere oito dimensões que explicam 55,7% do total da variância. Conclusões: A análise demonstrou evidência empírica de que o questionário é válido para ser utilizado no contexto estudado.

**Palavras chave:** Prática baseada na evidência/ Enfermagem/ Atitudes/ Barreiras.

#### Abstract (Validation of the Portuguese Version of the Attitudes and Barriers to Evidence-Based Practice Questionnaire)

Objective: The aim of this paper is to report the validation process in the Portuguese context of the Attitudes to Evidence Based Practice Questionnaire. Methods: We developed a cross-sectional, methodological study. For cultural adaptation a bidirectional translation was carried out, accordingly to common standards. To determine the psychometric properties of the questionnaire we conducted a Principal Component Analysis. The reliability of the questionnaire was assessed by *Cronbach's* alpha. Results: We obtained 244 valid questionnaires with a 64.2% response rate. The studied version presents 26 items with an acceptable internal consistency ( $\alpha = 0,60$ ). The Principal Component Analysis suggests eight dimensions that explain 55.77% of total variance. Conclusions: The analysis conducted demonstrated valid empiric evidence and the questionnaire could be used in our context.

**Key-words:** Evidenced-based practice/ Nursing/ Attitudes/ Barriers.

**Resumen** (Validación de la versión portuguesa del Cuestionario de Actitudes y barreras en relación con la Práctica Basada en la Evidencia)

Objetivo principal: Este artículo tiene como objetivo describir el proceso de validación para el idioma portugués del Cuestionario de Actitudes y barreras en relación a la Práctica Basada en la Evidencia. Métodos: Se ha desarrollado un estudio metodológico y transversal. Para la adaptación cultural, se realizó una traducción bidireccional de acuerdo con las normas habituales. Para determinar la validez de constructo se realizó un análisis de componentes principales. La fiabilidad del cuestionario se evaluó mediante el alfa de *Cronbach*. Resultados: participaron 244 sujetos, lo que representa una tasa de respuesta del 64,2%. La versión en este estudio tiene 26 ítems y presenta una consistencia interna aceptable ( $\alpha = 0,60$ ). El análisis de componentes principales sugiere ocho dimensiones que explican el 55,7% de la varianza total. Conclusiones: El análisis muestra evidencia empírica de que el cuestionario es válido para ser utilizado en el contexto estudiado.

**Palabras clave:** Práctica basada en la evidencia/ Enfermería/ Actitudes/ Barreras.

## Introdução

A prática baseada na evidência (PBE) pode ser definida como "o processo através do qual as enfermeiras tomam decisões clínicas utilizando a melhor evidência científica disponível, a sua experiência clínica e as preferências do cliente, no contexto dos recursos disponíveis".<sup>1</sup> Diversos estudos<sup>2-8</sup> demonstraram um leque alargado de atitudes e barreiras em relação à PBE por parte dos profissionais de saúde em geral e dos enfermeiros em particular.

De facto, as barreiras para uma prática de enfermagem baseada na evidência, especialmente considerando a sua efetiva aplicação, tem sido largamente abordadas na literatura. Numa revisão sistemática<sup>9</sup> identificaram-se 630 artigos publicados entre 1972 e 2001 relativos à utilização efetiva de evidências obtidas através da investigação na prática de enfermagem. Os autores concluíram que, apesar do interesse crescente no estudo das barreiras e nos facilitadores para a utilização dos resultados da investigação, esta era uma área de estudo ainda subdesenvolvida, justificando um investimento adicional, nomeadamente no que concerne ao desenvolvimento de um enquadramento conceptual e de suporte.

Um estudo<sup>4</sup> de revisão com base na análise de 15 estudos diferentes, desenvolvidos em diversos países, regiões e continentes, no período entre 1991 e 2006 identificaram como barreiras mais frequentemente apontadas à PBE: em. "i) falta de tempo para investigar; ii) incapacidade para avaliar a qualidade dos estudos; iii) falta de cooperação dos médicos; iv) não ter autoridade para implementar mudanças; v) incapacidade para investigar; vi) dificuldade em compreender as análises estatísticas; vii) não ter tempo para ler literatura científica; viii) falta de compilação de literatura; ix) dificuldade em implementar resultados oriundos da investigação".

Um dos instrumentos de avaliação que suportou a maioria destes estudos foi proposto em 1991 através da Escala: Barreiras à Utilização da Investigação (*BARRIERS*).<sup>10</sup> Apesar de uma utilização largamente disseminada em vários países, bem como a produção de múltiplos estudos utilizando a escala *BARRIERS*, apenas em 2011 foi realizada a sua validação para a realidade Portuguesa.<sup>11</sup> Paralelamente, foi considerado importante uma abordagem mais global e abrangente das atitudes dos profissionais de saúde, nomeadamente dos enfermeiros, face à PBE. Recentemente, avaliaram-se as atitudes e barreiras a uma prática de enfermagem baseada na evidência num contexto comunitário através de um estudo<sup>12</sup> exploratório, transversal e descritivo, desenvolvido numa Unidade Local de Saúde do norte de Portugal, utilizando uma versão de teste do *Attitudes to Evidence Based Practice Questionnaire*.<sup>13</sup> Através do aprofundamento do projeto subjacente a este estudo e considerando o valor acrescentado decorrente da utilização deste instrumento, considerámos a validação do mesmo para a língua Portuguesa, disponibilizando deste modo uma ferramenta adicional que pudesse contribuir para uma melhor avaliação das atitudes e barreiras percebidas face à PBE, contribuindo deste modo para uma implementação e disseminação da PBE entre os enfermeiros.

## Material e Métodos

O Questionário de Atitudes e Barreiras em relação à Prática Baseada na Evidência (QABPBE) é um instrumento cujo objetivo é avaliar as atitudes e barreiras com as quais os enfermeiros são confrontados em relação à PBE e inclui 26 itens avaliados com recurso a uma escala ordinal do tipo Likert que varia de 1 (discordo totalmente) a 5 (concordo totalmente). Decidimos proceder à sua tradução e adaptação para o nosso contexto, estudando as propriedades psicométricas da versão Portuguesa. Após a obtenção da autorização formal para esse efeito por parte dos autores da versão original, procedeu-se à tradução do questionário em inglês para português com recurso a dois tradutores independentes. Neste processo de tradução foram clarificados os equivalentes semânticos de alguns termos. Posteriormente recorreu-se a um painel de peritos para examinar a equivalência conceitual dos diversos itens, obtendo um resultado final por consenso. Uma retroversão foi então desenvolvida por um tradutor independente e analisou-se as concordâncias e diferenças. Finalmente desenvolveu-se uma análise ao instrumento no que concerne ao formato, aparência, compreensão visual dos itens e receptividade ao conteúdo.

Através de uma amostragem de conveniência desenvolveu-se um estudo numa unidade local de saúde do norte de Portugal, envolvendo enfermeiras que exercem a sua prática clínica em diferentes contextos quer no âmbito dos cuidados de saúde primários, quer em cuidados diferenciados. A seleção da amostra teve em consideração a proximidade e acessibilidade ao contexto organizacional, por um lado, mas também o facto de na instituição se verificar a existência de critérios rigorosos de certificação externa das práticas, independentemente dos diversos níveis de cuidados, em concreto, atenção primária em saúde e ou cuidados hospitalares. Paralelamente, ao abranger um vasto leque de contextos de prestação de cuidados, incluindo profissionais com diversos percursos e perfis socioprofissionais, mas também cuidados de níveis muito diversos e dirigidos a uma vasta comunidade populacional, considerou-se uma alargada diversidade cultural de análise que se afigura como pertinente num trabalho desta natureza. Foram asseguradas todas as autorizações que permitiram a elaboração do estudo, nomeadamente do Conselho de Administração e da Direção de Enfermagem. Distribuíram-se 380 questionários de autopreenchimento, tendo sido devolvidos 244 devidamente preenchidos. Deste modo, obteve-se uma taxa de resposta de 64,2%. Os participantes ( $n=244$ ) aceitaram voluntariamente participar no estudo, sendo que o envio válido do questionário preenchido foi considerado como o consentimento informado para o mesmo.

Para analisar a validade do constructo, recorremos à Análise dos Componentes Principais com uma rotação ortogonal *Varimax*. Seguindo os critérios definidos<sup>14</sup> para a seleção de fatores: *eigenvalues or specific* > 1 e excluindo cargas fatoriais inferiores a 0,30. Os valores omissos foram substituídos pelo valor da média. A fiabilidade do questionário foi avaliada com recurso ao alfa de *Cronbach*.

## Resultados

A amostra obtida [Quadro 1] era maioritariamente constituída por enfermeiras (85,8%), com idades compreendidas entre os 31 e os 40 anos (46,3%), seguidas por 21 a 30 anos (32,4%) e por 41 a 50 anos (17,6). Em termos de categoria profissional, predominavam os enfermeiros graduados (36,4%), seguindo-se os enfermeiros de cuidados gerais (33,2%), os especialistas (26,6%) e os enfermeiros chefes (2,9%). No que concerne ao vínculo laboral, a maioria dos enfermeiros detinham um contrato de trabalho por tempo indeterminado (66%).

Dos participantes 80,7% completaram um programa graduado (licenciatura) de formação em enfermagem com a duração de quatro anos letivos a tempo integral. Em termos de qualificação pós-graduada (Mestrado e/ou Doutoramento), 12,3% já a detinham e 15% encontrava-se presentemente a frequentá-la. Aproximadamente 48,5% possuíam qualificação especializada em enfermagem com predomínio da enfermagem comunitária (15,6%), seguida das áreas de enfermagem médico-cirúrgica e saúde infantil e pediátrica com 11,5% e 10,7% respetivamente. Finalmente, observou-se que apenas 26,3% dos enfermeiros haviam estado envolvidos, com estatutos variáveis e heterogéneos, em diversos projetos de investigação.

Quadro 1. Características dos participantes no estudo

	n	%	n	%	n	%
Total	32	13	212	85,8	244	100
Idade						
	n=32		n=212		N=244	
21-30	14	43,8	65	30,7	79	32,4
31-40	16	50,0	97	45,8	113	46,3
41-50	2	6,3	41	19,3	43	17,6
51-60	0	0	6	2,8	8	3,3
Categoria profissional						
	n=32		n=212		N=244	
Enfermeira de Cuidados Gerais	13	40,6	68	32,1	81	33,2
Enfermeira Graduada	15	46,9	73	34,4	88	36,1
Enfermeira Especialista	3	9,4	62	29,2	65	26,6
Enfermeira Chefe	0	0	7	3,3	7	2,9
Outros	0	0	1	,5	1	,4
Qualificações académicas						
	n=32		n=212		N=244	
Bacharelato (3 anos)	1	3,1	14	6,6	15	6,1
Licenciatura (4 ou 5 anos)	29	90,6	168	79,2	197	80,7
Mestrado	2	6,3	26	12,3	28	11,5
Doutoramento	0	0	2	,9	2	,8
Especialização em enfermagem						
	N=32		N=212		N=244	
Sem especialização	22	68,8	104	49,1	126	51,6
Saúde Comunitária / Saúde Pública	4	12,5	34	16,0	38	15,6
Médico - Cirúrgica	2	6,3	26	12,3	28	11,5
Reabilitação	2	6,3	11	5,2	13	5,3
Saúde Infantil e Pediátrica	1	3,1	25	11,8	26	10,7
Saúde Materna e Obstétrica	0	0	9	4,2	9	3,8
Saúde Mental e Psiquiatria	1	3,1	3	1,4	4	1,6
Frequência de formação pós-graduada						
	N=32		N=212		N=244	
Sim	8	25,0	28	13,2	36	14,8
Não	24	75,0	184	86,8	208	85,2

Os dados recolhidos explicitaram que o QABPBE apresentou uma consistência interna, avaliada através do coeficiente alfa de *Cronbach*  $\alpha=0,60$ . Contudo, se eliminarmos o item "Acho que as chefias apoiam a utilização da PBE" o valor de alfa aumenta para  $\alpha=0,63$ . Visto ser um item que consideramos importante no questionário, atendendo aos objetivos do mesmo e o valor de alfa não apresentar uma diferença substancial, não o eliminamos. Uma consistência interna adequada deverá corresponder a um coeficiente de alfa de *Cronbach* de 0,80 no entanto, em escalas com um número reduzido de itens,<sup>15</sup> são aceitáveis valores superiores a  $\alpha=0,60$ . O valor do coeficiente de alfa de *Cronbach* identificado pelos autores<sup>13</sup> da escala original foi de  $\alpha=0,74$ .

Originalmente, o referido questionário é apresentado como unidimensional. Ao efetuarmos a análise dos componentes principais pelo método *Varimax*, são diferenciados oito componentes que explicam 55,7% da variância total [Quadro 2]. Contudo, optámos por seguir as indicações dos autores<sup>13</sup> e apresentar os dados através de uma escala global e unidimensional [Apêndice 1].

Quadro 2. Análise das componentes principais

Questões	Componentes							
	1	2	3	4	5	6	7	8
5. Acho que as chefias apoiam a utilização da PBE	-,696							
9. Não há incentivos para desenvolver as minhas competências de investigação, para utilização na prática	,649							
10. Tenho dificuldade em contactar colegas com conhecimentos, para discutir resultados da investigação	,547							
17. Acho difícil influenciar a mudança na prática clínica no meu contexto de trabalho	,413							
21. Constatado que as limitações de tempo impedem que a prática baseada na evidência, seja usada eficazmente no meu exercício clínico	,377							
1. Sinto-me confiante na minha capacidade, para avaliar a qualidade dos artigos de investigação		,719						
12. Sinto confiança em utilizar o computador para pesquisar informação baseada em evidência		,733						
15. Sei como pesquisar informação baseada na evidência		,697						
2. Creio que a aplicação à prática depende de quanto isso vai custar			,686					
3. Muita da investigação disponível não é relevante para a minha prática			,458					
8. Sinto que há benefícios em alterar a minha prática, com base na investigação			-,526					
20. Não há dinheiro suficiente para financiar investigação sobre cuidados de saúde			,566					
7. Acho que os artigos de investigação não são de fácil compreensão				,498				
13. Acho avassaladora a quantidade de literatura de investigação				,594				
14. Acho difícil manter-me a par de todas as mudanças que acontecem presentemente no meu contexto de trabalho				,793				
19. Creio que deveria fazer formação para me ajudar a utilizar a investigação eficazmente					,737			
23. Sentir-me-ia mais confiante se alguém experiente em investigação me fornecesse informação relevante					,576			
26. Implementar PBE trará benefícios para o meu desenvolvimento profissional					,645			
22. Acredito nos resultados da investigação que leio						,675		
24. Os meus colegas apoiam a aplicação da investigação relevante na prática						,601		
25. Frequentemente, os resultados da investigação não são facilmente transferíveis para a minha prática						,375		
6. Acho que a investigação específica para a minha área de trabalho é de fraca qualidade							-,589	
11. Acho que a adesão dos clientes é um fator fundamental na utilização da evidência							,764	
4. Acho difícil aceder regularmente à biblioteca mais próxima								-,389
16. Os recursos informáticos de que disponho no local de trabalho são adequados para pesquisar literatura baseada na evidência								,644
18. Tenho constatado que a literatura de investigação por vezes tem resultados contraditórios								,653
<b>a</b>	0,25	0,64	0,19	0,52	0,25	0,21	0,03	

Analisando a matriz de correlação entre o questionário e as qualificações académicas [Quadro 3], constatamos que os enfermeiros que apresentam qualificações superiores, percebem que a investigação é profícua para a sua prática e que o desenvolvimento profissional será enriquecido se baseado na evidência científica. Consideram ainda que a investigação por vezes tem resultados incompatíveis, não sendo fácil a aplicação dos resultados da investigação na prática clínica.

Não se identificaram correlações com significado estatístico entre a categoria profissional e o QABPBE.

**Quadro 3. Correlação entre as qualificações académicas e o QABPBE**

	Qualificações académicas $r_s$
8. Sinto que há benefícios em alterar a minha prática, com base na investigação	0,182**
18. Tenho constatado que a literatura de investigação por vezes tem resultados contraditórios	0,166**
25. Os resultados da investigação não são facilmente transferíveis, frequentemente, para a minha prática	-0,198**
26. Implementar PBE trará benefícios para o meu desenvolvimento profissional	0,161*

\*\*<0,01; \*<0,05

## Discussão

Uma das principais dificuldades que condicionou o desenvolvimento deste estudo e que limita a presente discussão ficou a dever-se ao facto de não terem sido localizados outros estudos que utilizassem o mesmo instrumento. Deste modo e em conformidade, a análise produzida aos resultados ficou limitada aos dados disponibilizados no estudo original produzido pelos autores do questionário.<sup>13</sup>

A análise fatorial efetuada sugere 8 dimensões. Apesar dos autores apresentarem o QABPBE como unidimensional, seria interessante procedermos a um estudo de validade convergente e perceber se o instrumento poderá ser trabalhado por dimensões.

Perante os dados observados e anteriormente descritos, o QABPBE-26 apresenta evidência empírica para a sua utilização,

nomeadamente no que concerne à validade do constructo bem como à análise da fiabilidade das variáveis latentes. Observando alguns estudos<sup>3-5,16</sup> relativos a instrumentos e à avaliação da prática baseada em evidência o QABPBE-26 apresenta-nos limitações sobretudo no que se relaciona com as bases de conhecimento sobre a prática clínica, a mudança da prática sustentada na evidência, os facilitadores para a mudança e ainda as habilidades. Complementarmente, valoriza muito as atitudes e barreiras face à PBE, considerando-as um peso significativo na incorporação de uma efetiva enfermagem baseada em evidências<sup>12</sup> por via de fatores pessoais, profissionais e académicos e sobretudo organizacionais. Em conformidade, o recurso ao QABPBE-26 deverá ser concomitante com outros instrumentos disponíveis<sup>17,18</sup> e igualmente validados para a realidade portuguesa.<sup>11</sup> A aplicação conjunta destes possibilitará avaliar competências metodológicas relativas à PBE, permitindo a sua utilização noutros âmbitos, particularmente no que concerne com a formação a este nível e a implementação de programas facilitadores da integração de evidências na prática clínica. Adicionalmente o recurso a estes instrumentos poderá ajudar a traçar um perfil dos enfermeiros responsáveis pela tomada de decisões<sup>19</sup> sendo que estas deveriam basear-se por norma, na melhor evidência científica disponível. Como demonstrado,<sup>19,20</sup> para a consolidação de uma prática profissional segura, os enfermeiros necessitam de ter conhecimentos e habilidades que permitam uma confiança efetiva na tomada de decisões.

## Conclusões

Os primeiros resultados levam-nos a considerar que o QABPBE pode ser utilizado no contexto Português. No entanto, os resultados obtidos desafiam-nos a avançar com um grau mais preciso de refinamento, testando o instrumento em mais contextos do exercício profissional e promovendo a sua aplicação junto de outros grupos profissionais na área da saúde. Os resultados preliminares relativos à consistência interna, indicam que o questionário poderá ser um instrumento útil e válido para estudar e avaliar as dimensões em análise. Os resultados satisfatórios deste processo de validação reforçam a importância do mesmo, considerando sobretudo as respetivas implicações práticas. Estas podem verificar-se em termos educativos, promovendo competências e capacidades ou em sede da prestação direta de cuidados, envolvendo os profissionais. A avaliação de atitudes e barreiras deverá ser em síntese, um primeiro passo e um suporte estrutural para a definição de intervenções personalizadas e dirigidas para contextos específicos, para a promoção de uma PBE entre os profissionais de saúde, nomeadamente dos enfermeiros.

## Bibliografia

1. Dicenso A, Guyat G, Ciliska D. Evidence-Based Nursing: A Guide to Clinical Practice. Evidence Based Nursing, Elsevier Mosby; 2005.
2. Chien W-T. A survey of nurses' perceived barriers to research utilization in Hong Kong. *Journal of Clinical Nursing*. 2010 Nov; 19(23/24): 3584-86.
3. Kajermo KN, Boström A-M, Thompson DS, Hutchinson AM, Estabrooks CA, Walli L. The BARRIERS scale - the barriers to research utilization scale: a systematic review. *Implementation Science*. 2010 Apr; 5(1): 32-54.
4. Casbas TM, Gallego CF, María EG, Miguel, AG. Barreras para la utilización de la investigación: estudio descriptivo en profesionales de enfermería de la práctica clínica y en investigadores activos. *Enfermería Clínica*. 2010 May-Jun; 20(3): 153-64.
5. Brown C, Wickline MA, Ecoff L, Glaser D. Nursing practice, knowledge, attitudes and perceived barriers to evidence-based practice at an Academic Medical Center. *Journal of Advanced Nursing*. 2009 Feb; 65(2): 371-81.
6. Karkos B, Peters, K. A magnet community hospital: fewer barriers to nursing research utilization. *Journal of Nursing Administration*. 2009 Jul-Aug; 36(7-8): 377-82.
7. Fink R, Thompson C, Bonnes D. Overcoming barriers and promoting the use of research in practice. *Journal of Nursing Administration*. 2005 Dec; 35(3): 121-29.
8. Hutchinson A, Johnston, L. Bridging the divide: a survey of nurse's opinions regarding barriers to, and facilitators of, research utilization in the practice setting. *Journal of Clinical Nursing*. 2004 Mar; 13(3): 304-15.
9. Eastbrooks C, Winther C, Derksen L. Mapping the field: a bibliometric analysis of the research utilization literature in nursing. *Nursing Research*. 2004 Sep-Oct; 53(5): 293-303.
10. Funk SG, Champagne MT, Wiese RA, Tornquist EM. BARRIERS: The barriers to research utilization scale. *Applied Nursing Research*. 1991 Feb; 4(1): 39-45.
11. Vilelas J, Basto ML. Validação para a Língua Portuguesa da Escala de Funk et. Al - "Barreiras à Utilização da Investigação". *Pensar Enfermagem*. 2011; 15(1): 25-38.
12. Pereira R; Cardoso M, Martins M. Atitudes e barreiras à prática de enfermagem baseada na evidência em contexto comunitário. *Revista de Enfermagem Referência*. 2012 Jul; 3(7): 55-62.
13. McKenna H, Ashton S, Keeney S. Barriers to evidence-based practice in primary care. *Journal of Advanced Nursing*. 2004; 45(2): 178-89.
14. Hair, Anderson, Tatham & Black. *Análise Multivariada de dados*, 5ª Edição, Bokman, 2007.
15. Ribeiro JL, Ponte AC. Propriedades métricas da versão portuguesa da escala de Suporte Social do MOS (MOS Social Support Survey) com Idosos. *Psicologia Saúde & Doenças*. 2009; 10(2): 163-74.
16. Gerrish K, Ashworth P, Lacey A, Bailey J, Cooke J, Kendall S, McNeilly E. Factors influencing the development of evidence-based practice: a research tool. *J Adv Nursing*. 2007 Oct; 57(3): 328-38.
17. Upton D, Upton P. Development of an evidence-based practice questionnaire for nurses. *J Adv Nursing*. 2006 Feb; 54(4): 454-58.
18. Gómez JP, Morales-Asencio JM, Abad AS, Veny MB, Roman MJR, Ronda FM. Validación de la versión española del cuestionario sobre la práctica basada en la evidencia en enfermeira. *Rev Esp Salud Pública*. 2009 Jul-Ago; 83: 577-86.



19. Jesus EH. Padrões de habilidade cognitiva e processo de decisão clínica de enfermagem. Coimbra: Formasau; 2006.

20. Bakalis N. Clinical decision-making in cardiac nursing: a review of the literature. Nursing Standard. 2006 Nov; 21(12): 39-46.

## Apêndice

### Apêndice 1. Questionário sobre Atitudes e Barreiras em relação à Prática Baseada na Evidência (QABPE-26)

Quando estiver a ponderar em cada uma das questões, pense no seu presente contexto de trabalho. Reflita em como se sente em relação a cada questão, pois o que nos interessa são as suas opiniões. Por favor responda a <b>todas</b> as questões. Faça um círculo na resposta que acha que mais se aplica, usando a seguinte <u>Escala de Classificação</u> 1 = Discordo Totalmente (DT), 2 = Discordo (D), 3 = Não Tenho a Certeza (NC), 4 = Concordo (C) 5 = Concordo Totalmente (CT).		Discordo Totalmente (DT)	Discordo (D)	Não Tenho a Certeza (NC)	Concordo (C)	Concordo Totalmente (CT)
1.	Sinto-me confiante na minha capacidade para avaliar a qualidade dos artigos de investigação.	1	2	3	4	5
2.	Creio que a aplicação da investigação à prática depende, até certo ponto, de quanto é que isso vai custar.	1	2	3	4	5
3.	Muita da investigação disponível não é relevante para a minha prática profissional.	1	2	3	4	5
4.	Acho difícil aceder regularmente à biblioteca mais próxima.	1	2	3	4	5
5.	Acho que as chefias apoiam a utilização de Prática Baseada na Evidência.	1	2	3	4	5
6.	Acho que a investigação disponível específica para a minha área de trabalho é de fraca qualidade.	1	2	3	4	5
7.	Acho que os artigos de investigação não são de fácil compreensão.	1	2	3	4	5
8.	Sinto que há benefícios em alterar a minha prática, com base na investigação.	1	2	3	4	5
9.	Não há incentivos para desenvolver as minhas competências de investigação, para utilização na prática clínica.	1	2	3	4	5
10.	Tenho dificuldade em contactar colegas com conhecimentos, para discutir resultados da investigação.	1	2	3	4	5
11.	Acho que a adesão dos clientes é um factor fundamental na utilização da evidência.	1	2	3	4	5
12.	Sinto confiança em utilizar o computador para pesquisar informação baseada na evidência.	1	2	3	4	5
13.	Acho avassaladora a quantidade de literatura de investigação.	1	2	3	4	5
14.	Acho difícil manter-me a par de todas as mudanças que acontecem presentemente no meu contexto de trabalho.	1	2	3	4	5
15.	Sei como pesquisar informação baseada na evidência.	1	2	3	4	5
16.	Os recursos informáticos de que disponho no local de trabalho são adequados para pesquisar literatura baseada na evidência.	1	2	3	4	5
17.	Acho difícil influenciar a mudança na prática clínica no meu contexto de trabalho.	1	2	3	4	5
18.	Tenho constatado que a literatura de investigação por vezes reporta resultados contraditórios.	1	2	3	4	5
19.	Creio que deveria fazer formação para me ajudar a utilizar a investigação eficazmente.	1	2	3	4	5
20.	Não há dinheiro suficiente para financiar investigação sobre cuidados de saúde.	1	2	3	4	5
21.	Constato que as limitações de tempo impedem que a prática baseada na evidência, seja usada eficazmente no meu exercício clínico.	1	2	3	4	5
22.	Acredito nos resultados da investigação que leio.	1	2	3	4	5
23.	Sentir-me-ia mais confiante se alguém experiente em investigação me fornecesse informação relevante.	1	2	3	4	5
24.	Os meus colegas apoiam a aplicação da investigação relevante na prática.	1	2	3	4	5
25.	Frequentemente, os resultados da investigação não são facilmente transferíveis para a minha prática clínica.	1	2	3	4	5
26.	Implementar práticas baseadas na evidência trará benefícios para o meu desenvolvimento profissional.	1	2	3	4	5





Anexo X – Planificação da intervenção formativa e respetivos conteúdos programáticos (síntese e descritivo)



**PLANO FORMATIVO: “Prática de Enfermagem Baseada na Evidência: Uma estratégia de construção da melhoria contínua”**

**População / Grupo-alvo:** Enfermeiros dinamizadores locais e responsáveis institucionais\* pelos PQCE/OE

**Duração Prevista:** 8 Horas

**Dinamizador:** Rui Pedro Gomes Pereira

**Finalidade:** Abordar a metodologia subjacente à PBE como estruturante e promotora da qualidade dos cuidados de enfermagem.

<i>Fases da Sessão</i>	<b>Conteúdos programáticos (Síntese)</b>	<b>Objetivos Específicos</b>	<b>Métodos e Técnicas</b>
<b>Introdução</b>	<p>Conceito, importância e relevância para a profissão da PBE;</p> <p>Recomendações institucionais e barreiras à PBE;</p>	Contextualizar a PBE como estratégia preconizada para a melhoria da prática clínica, obtenção de ganhos em saúde e combate à desigualdade no acesso a cuidados de qualidade;	Expositivo / Participativo com recurso a apresentação multimédia.
<b>Desenvolvimento</b>	<p>Etapas da PBE:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Definir a pergunta (Modelo PICOT);</li> <li>Planear e realizar a revisão da literatura;</li> <li>Avaliar criticamente a literatura;</li> <li>Integrar a evidência na prestação de cuidados;</li> <li>Avaliar o processo;</li> </ul>	Abordar as diversas etapas que constituem a estruturação de uma PBE;	
	<p>Como procurar / sistematizar evidência clinicamente válida:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Literatura científica periódica centrada em evidências;</li> <li>Centros de enfermagem baseados na evidência;</li> <li>Guias de boas práticas;</li> <li>Revisões sistemáticas da literatura;</li> <li>Evidência &amp; investigação qualitativa;</li> </ul>	Demonstrar como aceder a informação pré-processada, estruturada com base na metodologia PBE, promovendo o acesso a informação cientificamente relevante;	
<b>Conclusão</b>	Construir pontes para uma enfermagem baseada na melhor evidência.	Sistematizar dimensões estruturantes para o desenvolvimento de capacidades, competências e habilidades fundamentais para a PBE.	
<b>Observações:</b>	* O grupo de responsáveis institucionais compreende enfermeiros responsáveis, coordenadores, chefes, supervisores e diretores.		

Quadro de conteúdos programáticos (Síntese e Descritivo)

<b>Conteúdos programáticos (Síntese e Descritivo): “Prática de Enfermagem Baseada na Evidência: Uma estratégia de construção da melhoria contínua”</b>	
<b>Conteúdos programáticos (Síntese)</b>	<b>Conteúdos programáticos (Descritivo)</b>
<p>Conceito, importância e relevância para a profissão da PBE;</p> <p>Recomendações institucionais e barreiras à PBE;</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• A PBE enquanto pilar de uma enfermagem avançada;</li> <li>• Conceitos e enquadramento no contexto da profissão e da evolução social / sistemas de saúde;</li> <li>• Origem e evolução histórica. Florence Nightingale como perscrora da EBE;</li> <li>• Relevância e implicações para a profissão de enfermagem;</li> <li>• Complexidade e fatores que condicionam o processo de tomada de decisão com base em evidência;</li> <li>• Enquadramento da realidade Portuguesa: estudos exploratórios;</li> <li>• Recomendações institucionais: OMS, ICN, OE, DGS;</li> </ul>
<p>Etapas da PBE:</p> <p>Definir a pergunta (Modelo PICO);</p> <p>Planear e realizar a revisão da literatura;</p> <p>Avaliar criticamente a literatura;</p> <p>Integrar a evidência na prestação de cuidados;</p> <p>Avaliar o processo;</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Formulação de uma pergunta clinicamente relevante / Modelo PICO(D);</li> <li>• Componentes da pergunta e exemplos práticos;</li> <li>• Implicações inerentes à formulação da pergunta no planeamento e revisão da literatura;</li> <li>• Fontes de informação relevantes: Bases de dados e recurso à literatura cinzenta;</li> <li>• Utilização de bases de dados: caracterização das principais fontes de informação com acesso via OE através do EBSCOHOST: CINAHL; PUBMED; COCHRANE COLLABORATION; MEDICALATINA;</li> <li>• Abordagem sumária aos descritores MeSH, operadores booleanos e truncaturas;</li> <li>• Fontes primárias de informação;</li> <li>• Utilização de literatura cinzenta: vantagens e limitações;</li> <li>• Recursos de acesso livre / repositórios abertos;</li> <li>• Níveis e hierarquia da evidência;</li> <li>• Instrumentos de avaliação da literatura de acordo com a <i>network</i> EQUATOR: STROBE; CONSORT; PRISMA; CARE;</li> <li>• O processo de implementação da evidência;</li> <li>• Barreiras e facilitadores: O quadro de trabalho PARISH;</li> </ul>
<p>Como procurar / sistematizar evidência clinicamente válida:</p> <p>Literatura científica periódica centrada em evidências;</p> <p>Centros de enfermagem baseados na evidência;</p> <p>Guias de boas práticas;</p> <p>Revisões sistemáticas da literatura;</p> <p>Evidência &amp; investigação qualitativa;</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conceito de informação “pré-processada” e a hierarquia dos 6S de Haynes;</li> <li>• Periódicos científicos centrados em evidências: Fontes secundárias de informação;</li> <li>• Centros de enfermagem baseados em evidências: Centros de referência e acesso à informação;</li> <li>• Guias de boas práticas: Normas de orientação clínica;</li> <li>• Recursos de acesso a <i>Guidelines</i> internacionais e o AGREE II – versão Portuguesa;</li> <li>• Revisões sistemáticas da literatura: Conceito, processo e protocolo de revisão,</li> <li>• A Meta-Análise;</li> <li>• A investigação qualitativa como potenciador de geração de evidência científica aplicável à prática clínica;</li> <li>• O paradigma quantitativo na investigação em enfermagem;</li> </ul>
<p>Construir pontes para uma enfermagem baseada na melhor evidência.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• A PBE como atitude na abordagem ao exercício profissional: Aprendizagem ao longo da vida; Proatividade face às melhores evidências; Tomada de decisão informada; Respeitar a condição da pessoa e família; Avaliar: efetividade; eficiência e eficácia.</li> </ul>

Anexo XI – Apresentação visual do formulário em linha aplicado para avaliação pós-intervenção



**ENFERMAGEM BASEADA NA EVIDÊNCIA***Estudo de impacte de uma intervenção formativa de curta duração***FASE II - PÓS-FORMAÇÃO****Em que sessão formativa esteve presente?**

- Secção Regional do Norte OE - Porto (18/09/2014)
- Hospital Pedro Hispano - Matosinhos (21/10/2014)
- Hospital de Macedo Cavaleiros (04/11/2014)
- Hospital S. Pedro - Vila Real (18/11/2014)
- Hospital de Braga (25/11/2014)
- Hospital Eduardo Santos Silva - Vila Nova Gaia (02/12/2014)

**Grupo 1 - Questionário de Atitudes e Barreiras em relação à Prática Baseada na Evidência (Pereira *et al.*, 2015)**[\[Sair\]](#) [\[Ajudas\]](#)[Gravar](#)

SI-FMUP 2013

**Grupo 2 - Questionário sobre Eficácia Clínica e Prática Baseada em Evidências (Pereira *et al.*, 2015)**

Este questionário foi concebido para reunir informações e opiniões sobre o uso de práticas com base em evidências por parte de profissionais de saúde. Não existem respostas certas ou erradas, pois estamos interessados nas *suas* opiniões e a *sua* utilização de evidências nas *suas* práticas.

**Tendo em conta a sua prática em relação aos cuidados prestados aos doentes (clientes) no último ano, com que frequência fez o seguinte em consequência de uma lacuna no seu conhecimento. Assinale de acordo com a escala: Nunca (pontuação 1) até Frequentemente (pontuação 7)**

2.1 - Formulou uma pergunta de partida claramente definida, como início de um processo para preencher essa lacuna

- 1  2  3  4  5  6  7

2.2 - Localizou as evidências relevantes depois de ter formulado a pergunta

- 1  2  3  4  5  6  7

2.3 - Analisou criticamente e segundo critérios explícitos, qualquer literatura que tenha encontrado

- 1  2  3  4  5  6  7

[\[Sair\]](#) [\[Ajudas\]](#)[Gravar](#)

SI-FMUP 2013

**Grupo 3 - Barreiras e Facilitadores à Utilização da Investigação na Prática (Vilelas & Basto, 2011)**

Os artigos em revistas de enfermagem indicam que os enfermeiros em exercício não utilizam os resultados da investigação para orientar a sua prática profissional. Tal poderá acontecer por muitas razões. Gostaríamos de saber até que ponto considera que cada uma das seguintes situações constitui uma barreira à utilização da investigação, por parte dos enfermeiros, para alterarem / melhorarem o seu exercício profissional.

*Por favor responda às questões tendo como referência o seu atual ambiente de trabalho.*

**Em cada um dos itens, assinale a resposta que considera representar a sua opinião de acordo com a seguinte escala:**

**Isto é uma barreira:**

**1 - Nada significativa; 2 - Pouco significativa; 3 - Moderadamente significativa; 4 - Muito significativa; 5 - Sem opinião**

3.1 - Os artigos/relatórios de investigação não estão rapidamente disponíveis

- 1 - Nada significativa
- 2 - Pouco significativa
- 3 - Moderadamente significativa
- 4 - Muito significativa
- 5 - Sem opinião

[\[Sair\]](#) [\[Ajudas\]](#)[Gravar](#)

SI-FMUP 2013