

## 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 (QECPBE). **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 QECPBE 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 QECPBE 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 (QECPBE), 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 (QECPBE) 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 acadêmico 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 QECPBE-20. Sua leitura permite identificar os itens alocados a cada uma das dimensões e que serviram de base à versão portuguesa do QECPBE.

Tabela 3 – Modelo trifatorial confirmatório do QECPBE-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.