



Escola Superior de Saúde **Norte**
CRUZ VERMELHA PORTUGUESA

**MESTRADO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA NA
ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO DE ENFERMAGEM À PESSOA EM
SITUAÇÃO CRÍTICA**

Ana Catarina Pereira Pinto

**PERCEÇÃO DOS ENFERMEIROS ESPECIALISTAS EM
ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA SOBRE A
PRÁTICA BASEADA NA EVIDÊNCIA**

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE NORTE DA CRUZ VERMELHA
PORTUGUESA**

**PERCEÇÃO DOS ENFERMEIROS ESPECIALISTAS EM
ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA SOBRE A
PRÁTICA BASEADA NA EVIDÊNCIA**

Relatório Final de Estágio

Ana Catarina Pereira Pinto

Relatório Final de Estágio apresentado com vista à obtenção do grau de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Especialização de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, sob orientação da Professora Doutora Liliana Mota.

Oliveira de Azeméis | 2022

“Os que se encantam com a prática sem a ciência são como os timoneiros que entram no navio sem timão nem bússola, nunca tendo certeza do seu destino”.

Leonardo da Vinci

AGRADECIMENTOS

O presente relatório de estágio resulta essencialmente da minha dedicação, motivação e resiliência ao longo de todo o meu percurso académico e profissional. Porém, o impacto e o valor do apoio de todos aqueles que contribuíram para este trabalho, é indiscutível, pelo que, a todos eles, dirijo a minha gratidão e apreço sinceros.

Gostaria de agradecer à professora doutora Liliana Mota por me desafiar constantemente e acreditar em mim, pela sua orientação, incentivo, disponibilidade, rigor científico, competência e reforço positivo.

Ao professor doutor Rui Pereira e restantes coautores pelo parecer favorável na utilização da versão portuguesa do Questionário de Atitudes e Barreiras face à prática Baseada na Evidência (QABPBE-26) e do Questionário de Eficácia Clínica e Prática Baseada em Evidências (QECPBE-20), neste estudo.

À Associação Portuguesa de Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica (AEEEMC) e à Associação Portuguesa de Enfermeiros de Diálise e Transplantação (APEDT) pelo apoio na divulgação do estudo e promoção da investigação em enfermagem.

Ao Pedro pela colaboração, disponibilidade e paciência ao longo de todo o tratamento estatístico.

A todos os colegas de especialidade que disponibilizaram do seu tempo para colaborarem no preenchimento dos questionários, permitindo a concretização deste estudo.

Aos contextos da prática clínica pelo acolhimento e por me proporcionarem as melhores condições para o meu desenvolvimento de competências avançadas.

A todos os meus amigos pelo reconhecimento e incentivo, sobretudo aqueles que de forma mais marcada me permitiram a partilha e o desabafo de muitas dúvidas, reticências, receios, angústias, mas sempre afirmaram com toda a convicção de que eu seria capaz. Sou-vos grata. Vocês sabem.

A toda a minha família pelo apoio incondicional, pelo incentivo constante e pela compreensão de todas as ausências. Destaco os meus sogros, Maria Pina e António Pina, pela disponibilidade, pelos inúmeros abraços apertados e porque de facto, estiveram presentes em todos os momentos.

Termino, dirigindo um agradecimento especial ao meu marido Filipe Pina por cuidar dos nossos pequenos e ser o pilar da nossa casa durante todas as ausências, pelo suporte em todos aqueles momentos em que me senti incapaz e o desânimo tomou conta de mim, pela compreensão e amor inesgotáveis.

LISTA DE ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

α – Alfa de Cronbach

AEEMC – Associação de Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica

ANOVA – Análise de variância

APEDT – Associação Portuguesa de Enfermeiros de Diálise e Transplantação

BIS – Bispectral Índex

BPAS –Behavioral Pain Assessment Scale

BPS - Behavioral Pain Scale

BPS-NI – Behavioral Pains Scale – Non-Intubated

CHBV – Centro Hospitalar do Baixo Vouga

CHVNG/E – Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/ Espinho

CPOT – Critical Care Pain Observation Tool

dB – decibéis

DGS – Direção-Geral da Saúde

EBP – Evidence-Based Practice

ECDC – Centro Europeu de Prevenção e Controlo de Doenças

EEEMC – Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica

ESSNorteCVP – Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa

EUA – Estados Unidos da América

FLACC – Face, Legs, Activity, Cry, Consolability Instrument

GCL-PPCIRA – Grupo Coordenador Local do Programa de Prevenção e Controlo de Infeção e Resistência aos Antimicrobianos

IACS – Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde

IPST – Instituto Português do Sangue e Transplantação

ISBAR – Identify, Situation, Background, Assessement, Recommendation

M - moda

Md – mediana

MRSA – *Staphylococcus Aureus Resistente à Meticilina*

n – tamanho da amostra

NCS – The Nociception Coma Scale

NVPS – Nonverbal Adult Pain Assessment Scale

OE – Ordem dos Enfermeiros

OSF – Open Science Framework

p – probabilidade de significância

PAI – Pneumonia Associada à Intubação

PBCI – Precauções Básicas do Controlo de Infecção

PBE – Prática Baseada na Evidência

Q – Questão

QABPBE-26 – Questionário de Atitudes e Barreiras face à prática Baseada na Evidência

QECPE-20 – Questionário de Eficácia Clínica e Prática Baseada em Evidências

r – Coeficiente de Correlação de Pearson

RAM – Resistência dos Microrganismos aos Antimicrobianos

REPE – Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

RNEHRMI – Rede Nacional de Especialidade Hospitalar e de Referência da Medicina Intensiva

s – desvio-padrão

SE – Sala de Emergência

SMI – Serviço de medicina intensiva

SNS – Serviço nacional de saúde

SPSS – Statistical Package for the Social Sciences

SU – Serviço de Urgência

UCI – Unidade de cuidados intensivos

UCICT – Unidade de cuidados intensivos de cirurgia cardiotorácica

VMI – Ventilação mecânica invasiva

\bar{X} – média

χ^2 – Teste do Qui-Quadrado

RESUMO

O cuidar da pessoa em situação crítica no contexto de uma evolução constante da saúde e da sociedade implica práticas baseadas na melhor evidência e um processo de formação contínua por parte do enfermeiro especialista, de forma a que este corresponda às exigências impostas. A formação contínua aliada a uma prática baseada na evidência promove o processo de empoderamento deste profissional e facilita o seu desenvolvimento de competências, que se podem repercutir na promoção e operacionalização de mudanças efetivas nos contextos de prática clínica. No âmbito do estágio de natureza profissional do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Especialização à Pessoa em Situação Crítica, realizado em duas unidades de cuidados intensivos (unidade específica – cardiorácica e unidade polivalente), urge a concretização da componente de investigação relacionada com a Perceção dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica sobre a Prática Baseada na Evidência.

O relatório de estágio tem como objetivos descrever a experiência da formação prática vivenciada, demonstrar a aquisição das competências especializadas no cuidado à pessoa em situação crítica, assim como o desenvolvimento de competências em investigação.

Tendo por base o método descritivo de carácter crítico-reflexivo, na primeira parte deste relatório expõe-se as experiências vividas, as atividades realizadas e as competências adquiridas em contexto de estágio, e na segunda parte, relativa à componente de investigação, descreve-se todo o processo metodológico conduzido para dar resposta ao estudo de investigação proposto.

A prestação de cuidados especializados ao doente crítico em contexto de cuidados intensivos permitiu o desenvolvimento das competências comuns e específicas do enfermeiro especialista, facultou o desenvolvimento do pensamento crítico, da capacidade de tomada de decisão e de reflexão crítica em enfermagem avançada. O estudo de investigação realizado permitiu incrementar as competências de investigação, reforçar os pilares essenciais ao desenvolvimento da prática baseada na evidência e demonstrar a importância de uma enfermagem avançada ancorada na melhor evidência disponível.

Os contributos das componentes de estágio clínico e de investigação foram múltiplos, no que diz respeito ao desenvolvimento profissional, à promoção da qualidade e da segurança nos cuidados especializados prestados aos doentes e ao incremento de uma enfermagem baseada na evidência com o foco na produção de valor no core da enfermagem.

ABSTRACT

The caring of a person in critical condition in the context of steady development of healthcare and society in general entails a set of practices that are based on the best available evidence, and a process of ongoing training by the specialist nurse, so that they can meet the imposed demands. Lifelong training combined with evidence-based practice promotes the empowerment of the professional, and enables the development of competencies, that may have an impact in the promotion and operationalization of effective changes in a clinical practice context. Within the scope of the professional internship as part of the Master's degree in Medical-Surgical Nursing - Area of Specialization in Person in Critical Condition - carried out in two intensive care units (specific unit – cardiothoracic and multipurpose unit), the research component focused on the Perception of Evidence-Based Practice among Medical-Surgical Nursing specialist nurses.

The objective of the internship's report is to describe the practical training experienced, demonstrate the acquisition of specialized competencies with regard to nursing care to the person in critical condition, as well as the development of research competencies.

Based on the descriptive method of critical-reflexive type, the first part of this report delves into the experiences lived, the listing of activities carried out and the acquired competencies within the internship. The second part, dedicated to the research component, describes the whole methodological process that was executed in order to fulfill the proposed objective of this study.

The provision of specialized care to the patient in critical condition, in intensive care units, allowed the development of competencies, both general and specific to the specialist nurse, enabled the development of critical thinking, decision-making capabilities, and critical reflection in advanced nursery. The research study undertaken allowed to enhance research competencies, strengthen the fundamental pillars integral to the development of evidence-based practices, and demonstrate the importance of an advanced nursery anchored in the best available evidence.

The contributions of the components of the clinical internship and research were numerous, in what concerns professional development, promotion of quality and safety of the specialized healthcare provided to patients and the increase of a nursery practice based on evidence, focused on the creation of added value to the core activities of nursery.

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1: Estatísticas relativas ao QABPBE - 26.....	72
Tabela 2: Estatísticas relativas às correlações entre as dimensões do QECPBE-20.....	75
Tabela 3: ANOVA simples.....	76

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: Gráfico das médias marginais estimadas da dimensão "Práticas" do QECPBE-20	77
Figura 2: Gráfico das médias marginais estimadas da dimensão "Atitudes" do QECPBE-20 ...	77
Figura 3: Gráfico das médias marginais estimadas da dimensão "Conhecimentos/Habilidades e Competências" do QECPBE-20	78

ÍNDICE GERAL

Introdução	17
PARTE I – COMPONENTE DE ESTÁGIO	21
1. Enquadramento dos contextos de estágio.....	23
1.1. Estágio em contexto de cuidados intensivos – cardiotorácica	23
1.2. Estágio em contexto de cuidados intensivos – unidade polivalente.....	24
2. Competências comuns do enfermeiro especialista	29
2.1. Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal	29
2.2. Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade	30
2.3. Domínio da Gestão dos Cuidados.....	34
2.4. Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais	35
3. Competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem à pessoa em situação crítica	39
3.1. Cuidar da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica	40
3.2. Maximizar a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas.....	43
4. Considerações finais.....	49
PARTE II – COMPONENTE DE INVESTIGAÇÃO.....	51
1. Resumo.....	53
2. Abstract	55
3. Fundamentação/enquadramento teórico.....	57
4. Finalidade e objetivos.....	61
5. Metodologia.....	63
5.1. Desenho do estudo	63
5.2. População e amostra	67

5.3.	Considerações éticas	67
6.	Resultados	69
6.1.	Caraterização socioprofissional	69
6.2.	Atitudes e Barreiras face à Prática Baseada na Evidência.....	71
6.3.	Práticas, Atitudes e Conhecimentos/Habilidades face à Prática Baseada na Evidência	74
7.	Discussão	81
8.	Conclusão.....	85
	CONSIDERAÇÕES FINAIS	87
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	89
	ANEXOS.....	97
	ANEXO I: Póster resumo – Etapas da Prática Baseada na Evidência	99
	ANEXO II: Póster “O Impacte do Ruído Ocupacional nos Enfermeiros das Unidades de Cuidados Intensivos”.....	103
	ANEXO III: Planificação da ação de formação “Prática Baseada na Evidência”.....	107
	ANEXO IV: Ação de formação “Prática Baseada na Evidência”	111
	ANEXO V: Póster “Evidence-Based Practice Surveys and Questionnaires for Nurses: Scoping Review”.....	131
	ANEXO VI: Póster “Instrumentos de Prática Baseada na Evidência validados para a realidade Portuguesa”	135
	ANEXO VII: Certificado de 2º Prémio atribuído ao Póster “Instrumentos de Prática Baseada na Evidência validados para a realidade Portuguesa	139
	ANEXO VIII: Instrução de trabalho “Manuseamento de equipamentos de ventilação”	143
	ANEXO IX: Formulário digital.....	153
	ANEXO X: Autorização formal dos autores	167
	ANEXO XI: Pedido de colaboração à APEEEMC na divulgação do estudo.....	171
	ANEXO XII: Pedido de colaboração à APEDT na divulgação do estudo	175
	ANEXO XIII: Parecer da Comissão de Ética da ESSNorteCVP	179

Introdução

A enfermagem é reconhecida mundialmente como uma profissão crucial para os serviços de saúde, com um papel preponderante na melhoria dos resultados em saúde e do binómio custo-eficácia dos cuidados (WHO, 2021). Cerca de 50% do número total de profissionais de saúde existentes a nível mundial são enfermeiros (WHO, 2021), pelo que, é relevante o investimento na atualização constante dos conhecimentos no sentido do aperfeiçoamento profissional e desenvolvimento de competências de enfermagem (OE, 2015a).

As organizações nacionais e internacionais defendem e recomendam um processo de formação contínua que permita aos enfermeiros corresponder ao desenvolvimento científico e tecnológico progressivo e constante da saúde e da sociedade (Vázquez-Calatayud et al., 2021). De facto, a formação contínua aliada a uma prática baseada na evidência (PBE), promove o processo de empoderamento do enfermeiro através do qual ocorre o desenvolvimento de competências que culminam na promoção e operacionalização de mudanças efetivas nos contextos nos quais os enfermeiros exercem funções (Machado et al., 2021).

A revisão sistemática da literatura realizada por Vázquez-Calatayud et al. (2021) demonstra que o desenvolvimento profissional dos enfermeiros promove a qualidade dos cuidados, a segurança do doente, a satisfação dos profissionais e a redução dos custos dos cuidados de saúde. Apesar deste impacto positivo, verifica-se a existência de alguns desafios inerentes à concretização da formação contínua que são abordados pelos autores do mesmo estudo. Os desafios prendem-se essencialmente com os custos inerentes à formação, as políticas institucionais e ainda, fatores relacionados com o próprio enfermeiro, nomeadamente o cansaço decorrente do exercício da sua atividade profissional e/ou vida pessoal (Vázquez-Calatayud et al., 2021).

Atualmente, os profissionais e as instituições de saúde são alvo de desafios de crescente complexidade e exigência, que requerem intervenções com um nível elevado de qualidade, eficiência, segurança e evidência científica (Pina, 2020).

A PBE implica a incorporação da melhor evidência, com a experiência clínica do profissional, focando as preferências e os valores da pessoa, de acordo com a realidade dos recursos disponíveis (Silva et al., 2021). Aumenta a eficácia, a segurança e a qualidade dos cuidados de saúde (Cardoso et al., 2019; Pereira, 2021; Pina, 2020; Schneider et al., 2020). Esta abordagem em saúde potencia decisões clínicas seguras, sendo imprescindível no

cuidado à pessoa em situação crítica, pela ameaça à vida “(...) por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica” (OE, 2018, p. 19362).

A literatura atual evidencia o impacte profícuo da PBE, porém demonstra de igual forma a lacuna entre os resultados provenientes da investigação científica e a sua incorporação na prática clínica (Apóstolo, 2017).

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EEEMC) enfrenta um enorme desafio no cuidar da pessoa em situação crítica, pelas inumeráveis particularidades e multidimensionalidade da sua condição, o que impõe uma prática de enfermagem assente na melhor evidência científica disponível.

O tema principal da componente de investigação partilhada neste relatório relaciona-se com a perceção dos EEEMC sobre a PBE. A opção por esta temática advém da importância que estes especialistas têm nas equipas de saúde. De facto, considerados como profissionais de referência assumem reiteradamente cargos de liderança, gestão, coordenação e chefia, cargos esses que determinam uma tomada de decisão impreterivelmente baseada na melhor evidência, assim como na prática assistencial. Considera-se que, partindo dos conhecimentos, atitudes, práticas e barreiras sentidas pelos EEEMC no exercício da PBE, é possível refletir e desenvolver estratégias para a implementação da mesma, colmatando a lacuna existente entre a evidência e sua aplicação prática, promovendo assim a excelência dos cuidados especializados de enfermagem.

Quanto à estrutura deste trabalho, este encontra-se organizado em duas grandes partes: componente de estágio e componente de investigação. A primeira parte encontra-se dividida em quatro capítulos: o primeiro diz respeito ao enquadramento dos locais de estágios, nomeadamente, da Unidade de Cuidados Intensivos de Cirurgia Cardiorácica (UCICT) do Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia e Espinho (CHVNG/E) e do Serviço de Medicina Intensiva (SMI) do Centro Hospitalar do Baixo Vouga (CHBV); no segundo capítulo, descrevem-se as competências comuns do enfermeiro especialista desenvolvidas ao longo do percurso de estágio; no terceiro aborda-se o desenvolvimento e aquisição das competências específicas do EEEMC à pessoa em situação crítica, terminando esta primeira parte com um último capítulo onde se traçam algumas considerações finais. A segunda parte divide-se em seis capítulos: o primeiro apresenta a fundamentação/enquadramento teórico da PBE, a sua definição, o seu impacte nos cuidados de saúde, as barreiras e os facilitadores para a translação do conhecimento científico para a prática; o segundo descreve a finalidade do estudo e os respetivos objetivos; o terceiro capítulo reserva-se à apresentação da metodologia de investigação desenvolvida, o tipo e desenho do estudo, os participantes, o instrumento de recolha de dados, os procedimentos estatísticos utilizados e as considerações

éticas; no quarto apresentamos os resultados obtidos e a sua análise estatística; no quinto capítulo a discussão dos resultados, terminando com as conclusões mais relevantes.

PARTE I – COMPONENTE DE ESTÁGIO

1. Enquadramento dos contextos de estágio

A unidade curricular estágio de enfermagem à pessoa em situação crítica II é composta por 810 horas, das quais 440 horas corresponderam a horas de contacto na tipologia de estágio (Diário da República, 2020) divididas por dois momentos distintos em contexto da prática clínica, de acordo com o plano de estudos, que serão descritos e caracterizados de seguida neste capítulo.

As diferentes experiências vivenciadas nos locais de prática clínica e a respetiva reflexão crítica, em complementaridade com a procura constante da melhor evidência e com os conteúdos teóricos lecionados ao longo do mestrado, constituíram a base para o desenvolvimento das competências de EEEMC.

1.1. Estágio em contexto de cuidados intensivos – cardiotorácica

O primeiro momento de estágio em contexto de prática clínica decorreu na UCICT do CHVNG/E, no período de 03 de janeiro a 11 de março do presente ano, sob orientação da professora doutora Liliana Mota e tutoria do EEEMC Nuno Tavares.

O CHVNG/E assume-se como um dos principais complexos assistenciais do norte do país, com capacidade de resposta em toda a linha de cuidados de saúde, desde o doente agudo, aos cuidados médico-cirúrgicos e de ambulatório, até aos cuidados continuados e de reabilitação. Assume a missão de promover a melhoria da qualidade de vida da população, através de cuidados de saúde diferenciados, em combinação com vários níveis do serviço nacional de saúde (SNS), com foco na qualidade e individualidade do cuidado. Pretende ainda conceber condições de excelência para a captação, manutenção e desenvolvimento dos seus colaboradores (CHVNG/E, 2022). Visa ser reconhecido como hospital de referência no SNS pela eficiência, responsabilidade, sustentabilidade e inovação na prestação de cuidados de saúde, ambicionando a diferenciação e criação de valor em saúde, conjugando as atividades de ensino e investigação e fomentando a formação pré e pós-graduada (CHVNG/E, 2022).

São quatro as unidades que constituem o CHVNG/E: unidade I - Hospital Eduardo Santos Silva, unidade II - Hospital Comendador Manuel Moreira de Barros, unidade III - Hospital Nossa Senhora da Ajuda e unidade IV - Centro de Reabilitação do Norte Dr. Ferreira Alves.

A UCICT está integrada no serviço de cirurgia cardiotorácica que se localiza no piso 2 do pavilhão central da unidade I, que contem ainda a maioria das especialidades médico-

cirúrgicas do centro hospitalar e o serviço de urgência (SU) polivalente. O serviço de cirurgia cardiotorácica engloba a consulta externa/ambulatório, o bloco operatório e o internamento, que para além da UCICT, contempla ainda a enfermaria e as unidades de cuidados intermédios A e B. Dispõe de valências como fisioterapia, nutrição e dietética, assistência social, assistência espiritual e religiosa, consultas de pré-operatório, pós-operatório, de enfermagem, de reabilitação cardiotorácica e de anestesiologia.

Esta unidade de saúde encontra-se acreditada segundo o modelo de certificação do Ministério da Saúde, que reconhece a qualidade das unidades prestadoras de cuidados de saúde e reforça o seu empenho voluntário na procura da melhoria contínua, fortalecendo assim a confiança dos cidadãos e dos profissionais nas respetivas organizações. De facto, sendo uma unidade acreditada, todos os procedimentos estão protocolados segundo o departamento da qualidade na saúde, promovendo o rigor e a uniformização que facilitam o processo de integração na unidade.

A UCICT tem dez camas de cuidados intensivos, duas das quais unidades de isolamento, e 3 camas de cuidados intermédios que constituem a unidade de cuidados intermédios A. O rácio de enfermagem é 1:2 em cuidados intensivos e 1:3 nos cuidados intermédios.

A equipa de enfermagem está organizada por sub-equipas, constituídas de forma equitativa em termos de especialização e experiência profissional dos seus elementos, lideradas por um responsável de turno que assume a coordenação dos cuidados e da equipa. A equipa está ainda dividida por grupos de trabalho com diferentes áreas de intervenção no sentido da melhoria contínua.

A temática central da componente de investigação inerente a este relatório final de estágio centra-se na PBE, pelo que os objetivos específicos do estágio foram definidos neste âmbito. Assim, os objetivos específicos definidos para este local de estágio foram:

1. Desenvolver estratégias de implementação de projetos de PBE no contexto da UCICT;
2. Fomentar uma cultura de PBE, promovendo a translação de conhecimentos emergentes da investigação para os processos de tomada de decisão.

1.2. Estágio em contexto de cuidados intensivos – unidade polivalente

O segundo momento de estágio em contexto de prática clínica decorreu no SMI do CHBV, no período de 14 de março e 31 de maio do presente ano, sob orientação da professora doutora Liliana Mota e tutoria das EEEMC Neuza Maia e Cátia Oliveira.

O CHBV tem como missão “contribuir para a saúde e bem-estar através da prestação de cuidados de qualidade a cada utente, de práticas clínicas integradas, da formação e da investigação” e visa “posicionar-se como uma instituição de referência no SNS, como o melhor prestador de cuidados da região de Aveiro e o melhor local para trabalhar no setor da saúde”(CHBV, 2022).

São três as unidades que constituem este centro hospitalar, nomeadamente, Unidade de Aveiro, Unidade de Estarreja e Unidade de Águeda. O SMI está integrado no CHBV – Unidade de Aveiro, bloco 7, 1º piso, contudo, de momento encontra-se em reestruturação, pelo que as instalações provisórias do serviço estão a funcionar na antiga sala de observações do SU. Nestas circunstâncias, o espaço é limitado, pelo que a unidade está estruturada da seguinte forma: áreas de apoio - gabinetes, *stock* de material clínico, copa e quartos de banho; área técnica – farmácia, unidade de internamento, sala de equipamentos de reserva, zona de transfere e zona de receção de familiares; área externa ao serviço – vestiários dos funcionários. A unidade de internamento inclui dez camas de cuidados intensivos/intermédios, sendo quatro destas destinadas a doentes com infeção por Sars-Cov-2 e, portanto, com condições de isolamento com pressão negativa.

É um serviço polivalente, constituído por uma equipa multidisciplinar, qualificada e treinada, nomeadamente, enfermeiros, médicos, assistentes operacionais e uma secretária clínica, que trabalham em conjunto com outros profissionais, que não estando vinculados exclusivamente a este serviço, exercem funções em regime de colaboração, como sendo os enfermeiros especialistas em reabilitação, nutricionistas, fisioterapeutas, serviço social, técnicos de radiologia, entre outros.

Os rácios de enfermagem admitidos nesta unidade são de 1:2 doentes (nível 3 ou nível 2). De acordo com as recomendações do regulamento da norma para cálculo de dotações seguras dos cuidados de enfermagem, o adequado seria 2:3 doentes de nível 3 (Nuñez et al., 2020).

A OE recomenda a utilização do Sistema de Classificação de Doentes em Enfermagem para o cálculo de dotações seguras de enfermeiros e afirma que esta, para além do número de horas de cuidados, deve ter em conta as competências profissionais, a arquitetura da instituição, a desconcentração de serviços, a formação e a investigação (OE, 2019a). Apesar desta recomendação, a OE refere que se poderá recorrer ainda ao cálculo da carga de trabalho em enfermagem (OE, 2019a). Este deve ser valorizado, uma vez que segundo um estudo realizado por Padilha et al. (2017) quanto maior foi a carga de trabalho, maior é a probabilidade de ocorrência de eventos adversos.

Atualmente, existe uma panóplia de instrumentos que permitem a avaliação da carga de trabalho de enfermagem, como por exemplo, a Therapeutic Intervention Scoring System (TISS), a TISS-28, o Nursing Activities Score (NAS), o Nine Equivalents of Nursing Manpower (NEMS), o Omega Scoring System (OMEGA), o Project of Research of Nursing (PRN), o Time Oriented Score System (TOSS), o Comprehensive Nursing Intervention Score (CNIS), o Nursing Care Recording System (NCR11) e o Clinical Activity Monitoring System (CATS) (Macedo, 2017). Destes, apenas 3 se encontram validados para a realidade portuguesa, nomeadamente, a TISS, a TISS-28 e o NAS (Macedo, 2021). A escala utilizada no SMI é a TISS-28, uma versão reduzida (num total de 28 atos terapêuticos), que permite medir a gravidade e a carga de trabalho de enfermagem em UCI (Unidade de Cuidados Intensivos), partindo da quantificação das intervenções realizadas, em função da sua complexidade, grau de invasibilidade e do tempo investido pelos enfermeiros (Moreno & Morais, 1997).

Em Portugal, a TISS-28 é amplamente aplicada nos contextos das UCI, apesar das fragilidades identificadas, como por exemplo, o foco em procedimentos de diagnóstico-tratamento em detrimento das intervenções autónomas de enfermagem em UCI e o facto de não se atender às tarefas organizacionais, administrativas e de apoio às famílias (Simões, 2020). Assim, surge o NAS, uma versão melhorada e mais completa da TISS-28.

Os SMI são responsáveis por “todas as decisões referentes aos doentes que lhe são confiados nomeadamente critérios de admissão e alta, planificação e hierarquização de tratamentos e definição dos limites éticos de intervenção terapêutica” (Paiva et al., 2016, p. 7). É esperado ainda que estes serviços assumam a responsabilidade por todos os doentes críticos que se encontrem a nível hospitalar, não só nas UCI e/ou intermédios, mas também nos SU mediante intervenção nas salas de emergência (SE) e nas enfermarias por meio de equipas de emergência interna assim como através de serviços de consultadoria (Paiva et al., 2016).

Em 2020, a Rede Nacional de Especialidade Hospitalar e de Referenciação da Medicina Intensiva (RNEHRMI) foi alvo de reflexão e atualização. A elevada procura dos SMI decorrente da presente pandemia, exigiu uma capacitação simultânea da estrutura, equipamentos e recursos humanos, de forma a promover uma resposta de qualidade a um desafio sustentado no tempo (Nuñez et al., 2020). Segundo a RNEHRMI, esta capacitação implica: investimento; aquisição de equipamento; ampliação das áreas de isolamento; incremento dos recursos médicos; aumento significativo do número de enfermeiros, privilegiando EEEMC na área do doente crítico e especialistas em reabilitação; inclusão de fisioterapeutas nas UCI; implementação de um sistema de informação robusto e fiável que garanta uma gestão eficiente da rede de referenciação de medicina intensiva; extensão do âmbito das UCI por

meio de internamento de doentes com diferentes níveis de gravidade, sistemas de emergência interna, gestão da Sala de Emergência (SE) dos SU, modelos de deteção precoce, responsabilidade direta nas vias verdes de trauma e sépsis ou colaborativa nas vias verdes de acidentes vasculares cerebrais e coronária, e implementação de consultas de seguimento pós internamento em UCI (Nuñez et al., 2020).

É evidente o trabalho do SMI do CHBV no sentido de dar resposta às recomendações da RNEHRMI. A assunção da responsabilidade pelas SE (respiratória e não respiratória) do SU do CHBV passou a estar ao cargo do SMI no período das 8h às 20h, contudo, pretende-se que a médio prazo se expanda ao período noturno. A evolução para admissão de doentes de nível 2 está de acordo com o modelo de gestão integrada proposto, o que promove o aumento da segurança dos cuidados, redução da mortalidade e morbilidade e uma gestão mais assertiva das unidades de nível 3, e a existência de uma zona de isolamento com possibilidade de controlo de pressão que incrementa a segurança dos doentes e dos profissionais de saúde (Nuñez et al., 2020). Como previamente referido, o serviço encontra-se em reestruturação, sendo que nas novas instalações as unidades disponíveis serão 14 (aumento de 4 em relação às vagas atuais), na tentativa de aproximação à média europeia de 11,5 camas /100000 habitantes (Nuñez et al., 2020).

Alinhados com a temática central da componente de investigação deste relatório final de estágio, definiram-se os seguintes objetivos específicos:

1. Uniformizar a prática clínica com base na evidência quanto à prevenção e controlo de infeção dos equipamentos de ventilação;
2. Incrementar a operacionalização da prática baseada na evidência, promovendo a incorporação da evidência científica nos processos de tomada de decisão no contexto da prática clínica.

2. Competências comuns do enfermeiro especialista

A crescente exigência técnico-científica e o reconhecimento e valor atribuídos à saúde em geral e à enfermagem em particular demandam um processo de diferenciação e especialização dos seus profissionais (OE, 2019b). O enfermeiro especialista é definido como “aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem” (OE, 2019b, p. 4744)

O Regulamento n.º 140/2019 da OE explana as competências comuns do enfermeiro especialista como as “competências partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria”(OE, 2019b, p. 4745). São quatro os domínios das competências comuns, nomeadamente: domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, domínio da melhoria contínua da qualidade, domínio da gestão dos cuidados e domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

2.1. Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal

No que concerne às competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, estas prendem-se com o desenvolvimento de uma prática profissional, ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional, e ainda, com a garantia de práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais (OE, 2019b).

O artigo 8º do Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE) corrobora que os enfermeiros devem adotar uma conduta responsável e ética e atuar no respeito pelos direitos e interesses legalmente protegidos dos cidadãos (OE, 2015a).

O confronto com os direitos e os deveres da pessoa e o respeito pela mesma são uma constante na prática de enfermagem. Mealer & Moss (2016) afirmam que os enfermeiros das UCI são expostos de forma frequente a fontes diversas de stress e dilemas éticos diários, como são exemplos as situações de fim de vida e do prolongar da vida com recurso a suporte

artificial. Os mesmos autores reiteram que o conflito ético está inerente às profissões da saúde, sobretudo nos contextos de prestação de cuidados à pessoa em situação crítica, o que acarreta por vezes sentimentos de impotência e aumenta a propensão para o desenvolvimento de sofrimento moral, exaustão emocional e *burnout* (Mealer & Moss, 2016). O enfermeiro especialista munido de conhecimento ético, autoconsciência, autoconfiança, competências comunicacionais e promotoras de *debriefing*, assume-se como o enfermeiro mais capaz para assumir a liderança efetiva dos processos de tomada de decisão perante dilemas éticos complexos (OE, 2019b).

Ao longo do percurso clínico dos dois momentos de estágio procurou-se promover o exercício profissional e as tomadas de decisão de acordo com os princípios e as normas da deontologia da profissão, assim como fomentar a reflexão crítica sobre os mesmos. O desenvolvimento de competências no que se refere à defesa dos Direitos Humanos, ao respeito pelo direito no acesso à informação, à confidencialidade e à segurança da informação, ao respeito pela dignidade, à promoção da segurança e ao respeito pelos valores, costumes e crenças espirituais, foram aprimoradas nos diferentes contextos de UCI. A gestão das práticas de cuidados que asseguram o respeito pelo direito à privacidade da pessoa, tanto na UCICT como no SMI denotaram uma preocupação real da equipa no que diz respeito à vulnerabilidade da pessoa em situação crítica. De facto, a pessoa em situação crítica apresenta um nível acrescido de vulnerabilidade pela necessidade de suporte de vida, a eminência da instabilidade, a exposição física/corporal, o desconforto, a dependência do outro e a perda de controlo sobre a sua circunstância (Pacheco, 2018).

2.2. *Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade*

O papel do enfermeiro especialista na promoção de um ambiente terapêutico e seguro, na gestão do risco e na prevenção de incidentes é fundamental, independentemente da sua área de especialidade e do contexto onde exerce funções.

As competências do domínio da melhoria contínua da qualidade centram-se na garantia de um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica; no desenvolvimento de práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua; e na garantia de um ambiente terapêutico e seguro (OE, 2019b).

A evidência científica comprova que a existência de uma comunicação eficaz durante a transmissão da informação é primordial para garantir a segurança do doente (Figueiredo et

al., 2020). O Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026 (2021), que visa a consolidação e promoção da segurança na prestação de cuidados no sistema de saúde, encontra-se estruturado em cinco pilares, sendo o terceiro constituído pelo pilar da comunicação em que um dos objetivos estratégicos consiste em melhorar a comunicação e segurança no processo de transição de cuidados.

A transição de cuidados de saúde corresponde a " qualquer momento da prestação em que se verifique a transferência de responsabilidade de cuidados e de informação entre prestadores, que tem como missão a continuidade e segurança dos mesmos" (DGS, 2017, p. 4). A Direção-Geral da Saúde (DGS) reitera a existência de um risco de erro superior na transferência de informação aquando das admissões, altas, transferências inter-hospitalares e mudanças de turno, designando estes momentos como vulneráveis/críticos da transição de cuidados para a segurança do doente (DGS, 2017).

No âmbito da segurança da comunicação, em fevereiro de 2017, a DGS emite uma norma de orientação clínica, relacionada com a comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde. Segundo a mesma, a comunicação eficaz entre profissionais de saúde deve ser padronizada, com recurso à técnica ISBAR (Identify, Situation, Background, Assesment, Recommendation) (DGS, 2017).

Ao longo dos dois momentos de estágio foi possível desenvolver esta competência comum enquanto especialista mediante a reflexão e treino da técnica ISBAR nas passagens de turno, promovendo a tomada de decisão célere, o pensamento crítico e a otimização do tempo na transferência de informação. Este instrumento de padronização da comunicação em saúde permite de uma forma simples, concisa e clara, a estruturação da informação relevante acerca da situação clínica do doente, que se deve desenrolar com a seguinte sequência: I – identificação, S – situação atual, B – antecedentes, A – avaliação e R – recomendações (Figueiredo et al., 2020).

Na UCICT está protocolado a utilização da ISBAR nos dois momentos de passagem de turno (um primeiro momento, da responsabilidade do enfermeiro coordenador, que visa proporcionar ao coordenador do turno seguinte, uma visão geral dos doentes internados, de forma a que este faça uma gestão assertiva da equipa e dos cuidados, em função da tipologia e gravidade dos doentes; um segundo momento que consiste na passagem individual da informação dos doentes atribuídos). No contexto do SMI não está protocolado o recurso à ISBAR e a folha de passagem de informação utilizada pela equipa apresenta esta lacuna em termos de estrutura, contudo, houve abertura para refletir sobre a temática e ponderar melhorar futuramente. Na revisão scoping efetuada a nível nacional por Figueiredo et al. (2020), os autores afirmam que recorrer a uma ferramenta que permita a uniformização da

transmissão de informação é fundamental para aumentar a eficácia da comunicação e, portanto, a ISBAR evita lacunas, promove uma transferência atempada e eficiente, melhora a transmissão de informação e aumenta a segurança do doente (Figueiredo et al., 2020).

No contexto da promoção de um ambiente terapêutico e seguro, e de forma a dar resposta aos objetivos específicos definidos em consonância com o tutor do primeiro campo de estágio, colaborou-se com o grupo de trabalho da unidade responsável por desenvolver um estudo acerca da percepção do ruído na UCICT. Elaborou-se uma revisão integrativa da literatura a partir das questões de investigação: “Qual o impacto do ruído ocupacional nos enfermeiros das UCI?” e “Qual o impacto do ruído no doente internado em UCI?”, da qual emergiram os resultados que se descrevem de seguida.

Os cuidados intensivos focados na pessoa em situação crítica permitem dar suporte vital e aumentam a sua sobrevivência, acarretando intervenções e dispositivos médicos com incremento dos níveis sonoros (Jung et al., 2020). De facto, a maioria das UCI são muito movimentadas, caóticas e barulhentas, com um impacto negativo nos resultados da pessoa em situação crítica, mas também na equipa de saúde (Goeren et al., 2018; Jung et al., 2020). O ruído gerado nas UCI apresenta diversos efeitos negativos na saúde da mesma, auditiva e não auditiva (Jung et al., 2020), como são exemplos a perda de audição, interferência na comunicação oral, os distúrbios do sono, delírio, episódios de amnésia, estados de confusão, agressividade, os efeitos cardiovasculares, o atraso na cicatrização, o aumento da percepção da dor, problemas psicológicos, ansiedade, instabilidade hemodinâmica e aumento do número de dias de internamento (Goeren et al., 2018).

De facto, o impacto negativo do ruído nos doentes internados em UCI é irrefutável, pelo que a sua exposição ao ruído constante e desnecessário, constitui uma forma de desumanização dos cuidados de enfermagem. Revela-se assim de extrema importância controlar os seus níveis de forma a proporcionar um maior conforto ao doente, contribuir para a sua melhor *performance* fisiológica e, conseqüentemente, para a melhoria do seu estado clínico. Constata-se também que a hiperexcitação e o *stress* induzidos pelo ruído prejudicam a saúde e o desempenho dos profissionais de saúde, o que aumenta o risco de eventos adversos e complicações que colocam em causa a segurança da pessoa em situação crítica nas UCI (Imbriaco et al., 2022; Jung et al., 2020).

A presença constante de ruído pode ocasionar nos enfermeiros diminuição da acuidade auditiva, da capacidade de concentração intelectual, alterações nas funções cognitivas e conseqüente diminuição da produtividade, interferência com a capacidade de ouvir os alarmes, dificuldade na percepção das indicações verbais, cefaleias, fadiga, irritabilidade, aumentando a probabilidade de ocorrência de eventos adversos (Silva, 2020). Num estudo

realizado no Brasil, os enfermeiros que trabalham em ambientes ruidosos referem exaustão, burnout, depressão e irritabilidade (Fonseca & Mello, 2016).

A OMS afirma que as unidades hospitalares devem reduzir os níveis de ruído ao mínimo possível de forma a não prejudicar o descanso e a recuperação dos doentes, recomendando níveis máximos de ruído hospitalar não superiores a 35 dB (decibéis) durante o dia e não superiores a 30 dB à noite (Souza & Melo, 2021). As diretrizes das “Guidelines for Community Noise” estabelecem ainda 45 dB para o máximo de intensidade para eventos à cabeceira dos doentes (Silva, 2020). A evidência científica nacional e internacional demonstra que as UCI são serviços ruidosos, com níveis de ruído acima dos recomendados pela OMS. Um estudo coreano demonstrou uma média do nível de ruído de 54,5 dB, sendo o valor mais elevado o referente a uma UCI cirúrgica de 57.6 dB (Jung et al., 2020). Imbriaco et al. (2022) num estudo comparativo do ruído entre UCI Covid e UCI não Covid, apresentou uma média do nível do ruído de 60.9 dB, com picos superiores a 90 dB. Nos países baixos, Vreman et al. (2020) apresentam resultados de níveis médios de pressão sonora de 56,1 dB durante o dia e de 55,1 dB durante a noite.

As diretrizes nacionais para o controlo do ruído no meio hospitalar são limitadas, o que faz com que exista necessidade de adotar estratégias que permitam avaliar e reduzir este risco para os profissionais de saúde e para os doentes internados em UCI.

A intervenção do enfermeiro neste âmbito do cuidado é crucial uma vez que a gestão e o controlo do ruído promovem a melhoria na qualidade dos cuidados e conseqüente melhores resultados do doente em UCI (Pereira, 2017).

Com o intuito de desenvolver estratégias de implementação de projetos de PBE e de fomentar uma cultura de PBE no contexto da UCICT, para além da revisão integrativa, foi elaborado um póster resumo acerca das etapas da PBE (anexo I), que foi disponibilizado ao grupo de trabalho do ruído, ao tutor e à enfermeira gestora. Foi ainda realizado um póster científico (anexo II) intitulado “O Impacte do Ruído Ocupacional nos Enfermeiros nas Unidades de Cuidados Intensivos”, que foi apresentado no VIII Congresso Internacional de Cuidados Intensivos que decorreu de 19 a 20 de fevereiro, em formato virtual. No sentido de promover uma integração mais efetiva dos conteúdos pelo grupo, optou-se por realizar dois vídeos tutoriais onde foram explicadas detalhadamente e com recurso a exemplos práticos, as diferentes etapas da PBE e as normas de elaboração de um póster científico.

Os resultados obtidos num estudo realizado nos Estados Unidos da América (EUA) ressaltam a importância dos mentores no desenvolvimento de competências para a translação do conhecimento para a prática (Friesen et al., 2017). Silva et al. (2021) demonstram que oficinas teórico-metodológicas para enfermeiros gestores/líderes e sessões

de formação contínua motivam e transmitem segurança para a implementação da PBE. A participação em grupos de trabalho sobre PBE é entendida de facto como uma estratégia efetiva de desenvolvimento de competências nesta área. Neste sentido, considera-se que os objetivos específicos foram atingidos. Com a intervenção pedagógica efetuada é esperado que este grupo de trabalho adquira conhecimentos e habilidades de PBE e atue como grupo dinamizador e fomentador da mesma no seio da equipa da UCICT.

2.3. *Domínio da Gestão dos Cuidados*

As competências do domínio da gestão dos cuidados são: gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde; adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados (OE, 2019b).

O regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista revela a exigência de competências na área da gestão a esta categoria profissional, uma vez que estas são parte integrante da sua prática diária. Esta gestão implica a gestão de recursos materiais e de equipamentos (gestão de *stocks* de material e fármacos, em articulação com serviços de apoio, como o aprovisionamento, a esterilização e a farmácia), assim como a gestão de recursos humanos (coordenação de enfermeiros e assistentes operacionais, distribuição de elementos, alocação de recursos e previsão de necessidade de elementos extra) e dos cuidados (gestão e coordenação dos cuidados ao longo do turno; supervisão da prestação de cuidados; participação em reuniões clínicas e articulação com a equipa médica).

A complexidade do ambiente e dos doentes em UCI implicam uma gestão rigorosa dos *stocks* de material e dos fármacos e ainda uma capacidade de prever e antecipar gastos, garantindo a inexistência de falhas dos mesmos. A gestão dos recursos humanos e dos cuidados requer perícia por parte do enfermeiro especialista de forma a otimizar ao máximo a equipa em função da complexidade/gravidade dos doentes e ainda da experiência profissional dos seus elementos, garantindo sempre a qualidade e a segurança dos cuidados.

O percurso pelos locais de estágio permitiu o acompanhamento do enfermeiro na função de responsável de turno, possibilitando momentos diversos de aprendizagem no que diz respeito à distribuição dos elementos, à gestão da equipa aquando da necessidade de transferências inter-hospitalares urgentes, à gestão das vagas para os doentes em pós-operatório (no contexto da UCICT esta gestão implica uma articulação efetiva do responsável

de turno com o BO, enfermaria e unidade de intermédios em simultâneo), à assessoria dos colegas, à gestão de conflitos, à delegação de tarefas e respetiva supervisão, entre outras.

Em ambos os locais de estágio, constatou-se que os enfermeiros escalados como responsáveis de turno são essencialmente enfermeiros especialistas, estando de acordo com o recomendado no parecer conjunto nº 01/2017 do Conselho de Enfermagem e da Mesa do Colégio da Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica (OE, 2017). Segundo o mesmo, o enfermeiro com funções de responsável de turno deve “possuir um conjunto de competências, que integra cumulativamente as competências comuns e específicas na área de especialização de acordo com o core de conhecimentos científicos da respetiva unidade orgânica/serviço” e compete ao “enfermeiro especialista, enquanto profissional melhor preparado e com competências para a área da gestão” (OE, 2017, p. 2).

2.4. Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais

O desenvolvimento do autoconhecimento e da assertividade, definido pela OE como umas das competências do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, implica a gestão de respostas de adaptabilidade individual e organizacional (OE, 2019b). Esta é demonstrada através da gestão das emoções, da atuação eficiente em momentos de stress elevado, da antecipação de situações geradoras de conflito e da gestão adequada das mesmas (OE, 2019b).

A complexidade tecnológica do ambiente de prestação de cuidados à pessoa em situação crítica no contexto das UCI, assim como a instabilidade e gravidade associada à mesma, potenciam a ocorrência de conflitos entre os diversos profissionais. Lima et al. (2021) afirma que a qualidade dos cuidados de saúde prestados depende do equilíbrio das relações interpessoais no seio das equipas de saúde. Desta forma, é fundamental prevenir a ocorrência de conflitos e desenvolver estratégias eficazes de resolução dos mesmos.

O enfermeiro especialista, detentor de autoconsciência pessoal e profissional (OE, 2019b), possui habilidades de inteligência emocional essenciais à prevenção e à gestão eficaz de conflitos. No decorrer da prática clínica em UCI, procurou-se desenvolver capacidades de inteligência emocional e autocontrolo das emoções, uma vez que, segundo Oliveira (2019) estas aptidões são cruciais na orientação do pensamento, da atuação e para a compressão das emoções do outro.

Uma outra estratégia que tem demonstrado sucesso na prevenção e na gestão eficaz de conflitos é o *debriefing*. Este, é definido como uma metodologia reflexiva de ensino-aprendizagem, que proporciona o escrutínio das práticas após uma ação, por meio de uma análise crítico-reflexiva no sentido de melhorar desempenhos futuros (Farrés-Tarafa et al., 2022). Constitui um pilar fundamental da educação baseada em simulação, que promove o desenvolvimento de competências e de pensamento crítico, de alunos e professores (em contexto de prática simulada) e faculta oportunidades de melhoria dos processos e do desempenho clínico dos profissionais de saúde (em contexto real de prática clínica) (Mota et al., 2019; Xie et al., 2022).

Segundo Sousa (2020), é fundamental a aplicação de um *debriefing* estruturado, independentemente da técnica utilizada, de forma a garantir a satisfação dos envolvidos, a promoção de capacidades de autoavaliação e de resolução de problemas, com vista à aplicabilidade efetiva do resultado da análise crítica-reflexiva na prática, que constitui a verdadeira experiência de aprendizagem.

Coutinho (2016) afirma que a qualidade dos cuidados está dependente do treino de competências, habilidades e atitudes específicas na resolução de cenários complexos, quer resultem de ambientes reais quer resultem da prática simulada. A autora descreve o *debriefing* como uma metodologia de consolidação de saberes, treino de senso clínico, desenvolvimento dos processos de tomada de decisão, das competências técnicas e não técnicas fundamentais aos profissionais e/ou formandos para a gestão eficaz de eventos críticos em saúde (Coutinho, 2016). No decorrer dos momentos de estágio foram surgindo situações complexas, difíceis de gerir e potenciadoras de conflitos entre os elementos das equipas. Em algumas dessas situações, houve intencionalidade de implementação do *debriefing* implementado pela equipa, dado que a mesma procurou esclarecer e refletir sobre os eventos, contudo, não se verificou a estrutura formal esperada nem o desenrolar de todas as etapas da técnica do *debriefing* definidas pela evidência. O enfermeiro especialista munido de competências comunicacionais e relacionais exímias, surge como um elemento dinamizador de formação nesta área e promotor da prática estruturada do *debriefing* nos contextos da prática clínica.

Ainda no domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, a OE define outra competência do enfermeiro especialista que consiste no basear a sua praxis clínica especializada em evidência científica, ou seja, fundamentar os processos de tomada de decisão e a sua atuação nos resultados da melhor evidência disponível, promovendo os processos de aprendizagem e a investigação em enfermagem (OE, 2019b). De facto, o percurso pelos contextos de prática clínica foi marcado pela partilha constante com os

enfermeiros tutores, de artigos científicos recentes acerca de temáticas discutidas nos turnos ou até mesmo para esclarecimento de dúvidas existentes.

Ainda neste contexto, conforme descrito anteriormente, foi elaborado um póster resumo e dois vídeos tutoriais acerca das etapas da PBE no sentido de fomentar e incentivar o recurso à PBE no contexto da UCICT. No SMI, realizou-se uma ação de formação intitulada “Prática Baseada na Evidência” onde foi abordado o conceito da PBE, os pilares da PBE, as etapas da PBE, os benefícios da PBE, os passos para a construção de uma questão de investigação e a importância da disseminação dos resultados. Para aumentar a adesão à formação, esta foi realizada em formato presencial e online, além disso, procedeu-se à gravação da mesma que ficou disponível para todos os elementos da equipa. A planificação da sessão e a respetiva apresentação encontram-se em anexo (anexo III e anexo IV). Através de exemplos práticos, procurou-se envolver os formandos, no sentido de fomentar uma cultura de PBE e incrementar a sua operacionalização no contexto do SMI, garantindo assim o cumprimento do segundo objetivo específico estabelecido para este campo de estágio. Acredita-se que, com estas iniciativas barreiras foram eliminadas e competências de PBE desenvolvidas, promovendo-se a incorporação da investigação na prática destas equipas.

Salienta-se ainda que, paralelamente ao percurso efetuado ao longo dos dois momentos de prática clínica e no sentido de fundamentar e dar robustez ao estudo de investigação desenvolvido e descrito na segunda parte deste relatório, foram elaboradas duas revisões scoping. A primeira foi apresentada em formato de póster na Conferência COEHRE 2022 em Roterdão (anexo V) e submetida para publicação em formato de artigo científico, com o título “Evidence-Based Practice Tools for Nurses: Scoping Review”, a uma revista científica internacional denominada Nurse Education Today, encontrando-se de momento em processo de revisão. O respetivo protocolo encontra-se registado na plataforma Open Science Framework (OSF) (Pinto & Mota, 2022). A segunda, intitulada “Instrumentos de Prática Baseada na Evidência validados para a População Portuguesa” foi apresentada em formato de póster (anexo VI), no 1º Congresso de Enfermagem em Urgência e Emergência do Centro Hospital e Universitário de Coimbra, tendo-lhe sido atribuído o segundo prémio na categoria de pósteres (anexo VII).

3. Competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem à pessoa em situação crítica

Os padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem médico-cirúrgica na área de enfermagem à pessoa em situação crítica afirmam que os EEEMC “serão reconhecidos como elementos chave na resposta à necessidade de cuidados seguros das pessoas em situação crítica e/ou falência orgânica” (OE, 2017b, p. 11). No sentido de promover a qualidade das práticas de enfermagem, a OE define sete enunciados descritivos dos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem especializados em enfermagem médico-cirúrgica na área de enfermagem à pessoa em situação crítica (OE, 2017b). Assim, o EEEMC com o foco na excelência do exercício profissional, procura a satisfação do cliente, a promoção da saúde, a prevenção de complicações, o bem-estar e o autocuidado, a readaptação funcional, a organização dos cuidados de enfermagem e a prevenção e controlo das infeções associadas aos cuidados de saúde (IACS) (OE, 2017b).

Segundo o regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica à pessoa em situação crítica, esta “é aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica” (OE, 2018, p. 4), o que requer “cuidados altamente qualificados, prestados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, como resposta às necessidades afetadas e permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total” (OE, 2018, p. 4).

As competências do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica à pessoa em situação crítica, definidas pelo regulamento anterior são: cuidar da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica; dinamizar a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação; maximizar a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas (OE, 2018). Estas competências assumem-se como essenciais, para uma prática de enfermagem especializada e diferenciada, com vista à excelência dos cuidados.

3.1. Cuidar da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica

A pessoa em situação crítica e sua família/cuidador impõem a mobilização de uma multiplicidade de aptidões e conhecimentos por parte do enfermeiro especialista, pela urgência/emergência da sua condição, pelo risco acrescido de instabilidade e pela demanda de protocolos terapêuticos complexos (OE, 2018).

O desenvolvimento desta competência específica foi aprimorado ao prestar cuidados a doentes submetidos a cirurgias cardíacas diversas dada a vasta oferta de serviços disponíveis na UCICT. De facto, o risco de instabilidade elétrica e hemodinâmica no pós-operatório de cirurgia cardiotorácica é enorme, pelo que foi fundamental desenvolver competências relacionadas com a identificação, a antecipação e a atuação perante a instabilidade do doente (OE, 2018). Exemplos destas cirurgias são: cirurgia de revascularização do miocárdio, cirurgia da válvula aórtica, mitral e tricúspide (e múltiplas válvulas), cirurgia das cardiopatias congénitas, cirurgia da aorta torácica, cirurgia das complicações mecânicas do enfarte agudo, entre outras, e ainda, submetidos a cirurgia torácica como vídeo-mediastinoscopia e vídeo-toracoscopia uniportal, cirurgia do cancro do pulmão, do pneumotórax e do empiema, cirurgia de complicações da tuberculose e enfisema, cirurgia de patologias pulmonares congénitas, cirurgia da hiperidrose primária, cirurgia do pectus excavatum, sleeve lobectomia com reimplantação brônquica e cirurgia da traqueia. A receção de uma doente com uma dissecação da aorta proveniente do SU possibilitou ainda o acompanhamento da mesma na preparação pré-operatória, ao longo de toda a cirurgia de correção da dissecação com recurso a circulação extracorporeal e ainda no pós-operatório da mesma.

O SMI, sendo uma UCI polivalente, admite doentes com disfunções múltiplas, nomeadamente respiratória, cardiovascular, neurológica, renal e gastrointestinal, quer médicas, quer cirúrgicas. Uma panóplia de novas experiências e inúmeras oportunidades de aprendizagem emergiram da prestação de cuidados a: doentes com patologias diversas; doentes sob ventilação mecânica invasiva (por diferentes próteses ventilatórias, sob diferentes modos ventilatórios), não invasiva (diversas interfaces) ou oxigenioterapia por alto fluxo; doentes com múltiplas perfusões contínuas, incluindo analgo-sedação e curarização; sob alimentação entérica ou parentérica; com dreno torácico; doentes sob técnica contínua de substituição da função renal, nomeadamente hemodiafiltração venovenosa contínua com remoção de dióxido de carbono; doentes com necessidade de monitorização da pressão intra-abdominal; colaboração na realização de posicionamento em decúbito ventral;

colaboração na realização de broncofibroscopia; colaboração na colocação de cateter venoso central, cateter arterial e cateter epidural, entre outros. Diversas circunstâncias que proporcionaram a execução de procedimentos técnicos complexos, a administração de protocolos terapêuticos de elevada complexidade, assim como o diagnóstico e intervenção perante complicações resultantes dos mesmos, conforme definido no regulamento das competências específicas do EEEMC (OE, 2018).

O tratamento ativo do potencial dador de órgãos é uma realidade frequente no SMI, que facultou a aquisição de conhecimentos e desenvolvimento de habilidades perante situações de morte cerebral e manutenção hemodinâmica do potencial dador de órgãos e tecidos. Depois de instalada e certificada a morte cerebral, o potencial dador de órgãos torna-se um doente crítico e instável, que requer enfermeiros especializados para garantir a adequada perfusão e oxigenação necessárias à manutenção da viabilidade dos órgãos a transplantar (Faria, 2017). Este processo inicia-se muitas vezes no extra-hospitalar ou no SU, contudo adquire uma maior dimensão no SMI, pelo que, os enfermeiros deste serviço têm a responsabilidade de garantir a manutenção hemodinâmica, eletrolítica, endócrina e renal, a manutenção da temperatura corporal num intervalo fisiológico (idealmente superior a 34°C), a monitorização e correção das principais patologias da coagulação, a ventilação mecânica adequada e todos os cuidados diferenciados que caracterizam um doente crítico (IPST, 2016).

A gestão diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa em situação crítica constitui uma unidade de competência definida pela OE, que implica a identificação de evidências fisiológicas e emocionais de desconforto, a gestão farmacológica e não farmacológica da dor assim como a gestão de situações de analgo-sedação (OE, 2018). Em ambas as UCI a importância atribuída à gestão da dor foi notória, contudo denotou-se um cuidado adicional por parte da equipa do SMI quanto à avaliação da dor nos doentes com alteração do estado de consciência. Em cuidados intensivos são diversas as situações que limitam o doente na expressão eficaz da intensidade da sua dor, como as alterações do estado de consciência resultantes de patologia de base ou resultantes da curarização, sedação e/ou utilização de suporte ventilatório (Cunha, 2020). Existem escalas de avaliação da dor que foram desenvolvidas no sentido de colmatar esta dificuldade nos doentes inconscientes. De facto, têm sido criados e testados diversos instrumentos que auxiliam o diagnóstico e tratamento da dor nos doentes em UCI. Uma revisão sistemática da literatura realizada por Cunha (2020) revela a existência de sete escalas de avaliação da dor dirigidas aos doentes internados em cuidados intensivos, nomeadamente: FLACC (Face, Legs, Activity, Cry, Consolability Instrument), BPAS (Behavioral Pain Assessment Scale), BPS (Behavioral Pain Scale), NVPS (Nonverbal Adult Pain Assessment Scale), CPOT (Critical Care Pain Observation Tool), BPS-NI

(Behavioral Pain Scale-Non Intubated) e NCS (The Nociception Coma Scale). A escala de avaliação da dor utilizada no SMI é a BPS, que dos instrumentos existentes constitui o mais amplamente testado e que se encontra validado e traduzido para a realidade portuguesa desde 2009 (Cunha, 2020). A BPS consiste na atribuição de pontuação a três dimensões, a expressão facial, o movimento dos membros superiores e a adaptação à ventilação mecânica, obtendo uma intensidade da dor entre 3 (sem dor) e 12 (maior intensidade da dor), permitindo desta forma traduzir de forma mais objetiva a presença de dor nos doentes com alterações graves do estado de consciência, sob sedação e suporte ventilatório (Cunha, 2020).

O doente crítico apresenta um risco elevado de instabilidade elétrica e hemodinâmica, pelo que a observação e a vigilância contínuas por parte do enfermeiro são fundamentais. Mota et al. (2018), num estudo efetuado em 2018 conclui que 57,07% das intervenções executadas pelos enfermeiros centram-se no âmbito do observar. Segundo Pinto et al. (2021), o enfermeiro é o profissional mais capacitado para a deteção precoce de complicações e de sinais/sintomas de deterioração clínica da pessoa em situação crítica. No mesmo estudo, a autora afirma que a observação da pessoa é essencial, assim como a valorização dos dados observados, no sentido de promover uma intervenção precoce e atempada. Benner (2001) salienta a importância da vigilância como uma intervenção de enfermagem que promove a prevenção de complicações e a identificação precoce de situações irreversíveis e permite ao enfermeiro intervir eficientemente. Segundo Benner (2001) a aquisição de competências pelo enfermeiro desenvolve-se ao longo de cinco estádios, que têm em comum sete domínios de competência, entre as quais se salienta a função de diagnóstico, acompanhamento e monitorização do doente. Este domínio engloba cinco competências: detetar e determinar mudanças significativas do estado do doente; fornecer um sinal de alarme precoce: antecipar uma crise e uma deterioração do estado do doente, antes que os sinais explícitos confirmem o diagnóstico; antecipar os problemas: pensar no futuro; compreender os pedidos e os comportamentos tipo de uma doença: antecipar as necessidades do doente e avaliar o potencial de cura do doente e responder às diversas estratégias de tratamento (Benner, 2001).

A evolução tecnológica das UCI englobou o desenvolvimento da tecnologia de monitorização contínua invasiva e não invasiva dos parâmetros vitais. A monitorização e a vigilância contínua promovem a segurança do doente crítico.

NA UCICT, os dados do doente são transcritos pelos enfermeiros para uma folha em papel a cada hora, dados como parâmetros vitais, modos ventilatórios, parâmetros do ventilador e entradas de fluídos horárias. O enfermeiro dispensa muito do seu tempo para estes registos,

tempo que podia ser usado para na prestação de cuidados ao doente. No SMI, o sistema informático utilizado é o PICIS® que permite a automatização do registo dos dados relativos à monitorização dos parâmetros vitais e do ventilador, tendo o profissional que confirmar apenas se essa funcionalidade se desenrola sem intercorrências, com exceção da monitorização BIS (Bispectral Index). Após prescrição médica, os fluídos ficam inseridos no sistema que assume o débito da prescrição inicial, havendo apenas a necessidade de o enfermeiro registar as alterações que se verificarem à posteriori. Esta passagem automática dos dados do sistema de prescrição médica, do monitor e do ventilador, para o PICIS® é uma mais valia para a equipa de enfermagem, pois reduz a carga de trabalho e otimiza o tempo e a disponibilidade deste profissional para o doente.

Associada à gestão da monitorização está a gestão dos alarmes. Em ambos os contextos de estágio, a equipa de enfermagem revela um cuidado acrescido na adequação dos limites dos alarmes à situação clínica do doente. É necessário garantir que dados relevantes acionem um alarme, contudo, demasiados alarmes sem relevância clínica podem colocar em causa a segurança do doente pelo aumento dos níveis de ruído e pela promoção da fadiga de alarme (Silva, 2020). Um estudo efetuado por Oliveira et al. (2018) acerca da implicação da fadiga de alarmes na segurança do doente afirma que esta consiste na resistência/dessensibilização na percepção dos alarmes pelos profissionais, ou seja, a existência de um elevado número de disparos de alarmes faz com que a equipa desvalorize outros clinicamente significativos o que compromete a condição e a segurança do doente. Assim, a parametrização dos limites dos alarmes constitui uma estratégia eficaz, assim como a otimização das conexões, do posicionamento dos equipamentos de monitorização hemodinâmica, invasiva ou não invasiva, e a utilização do modo silencioso aquando da realização de procedimentos.

3.2. Maximizar a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas

As IACS e o aumento da resistência dos microrganismos aos antimicrobianos (RAM) são problemas interligados e de abrangência mundial, que aumentam a morbilidade e a mortalidade, prolongam os internamentos e aumentam os custos em saúde, pelo que as suas

implicações e o seu impacto devem ser uma preocupação constante das instituições de saúde (DGS, 2017b).

O controlo de infeção assume-se como fundamental no que diz respeito à segurança e à qualidade dos cuidados. Neste sentido, em Portugal, o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026 anuncia como um dos objetivos estratégicos integrados no pilar das práticas seguras em ambientes seguros, a redução das IACS e da RAM (DGS, 2021).

As precauções básicas de controlo de infeção (PBCI) e os “feixes de intervenções” constituem-se medidas cruciais para prevenção e controlo das IACS. As primeiras visam a prevenção da transmissão cruzada e baseiam-se em dez padrões de qualidade: avaliação individual do risco de infeção na admissão do utente e colocação/isolamento dos utentes; higiene das mãos; etiqueta respiratória; utilização de equipamento de proteção individual; descontaminação do equipamento clínico; controlo ambiental e descontaminação adequada das superfícies; manuseamento seguro da roupa; gestão adequada dos resíduos; práticas seguras na preparação e administração de injetáveis; prevenção da exposição a agentes microbianos no local de trabalho (DGS, 2017b). Os “feixes de intervenções” visam garantir tratamentos e cuidados consistentes e baseados na melhor evidência (DGS, 2015). São definidos como “um conjunto de intervenções (geralmente 3 a 5) que, quando agrupadas e implementadas de forma integrada, promovem melhor resultado, com maior impacto do que a mera adição do efeito de cada uma das intervenções individualmente” (DGS, 2015, p. 5)

A evolução da medicina e da tecnologia permitem por um lado o aumento da esperança média de vida, mas por outro aumentam o risco das IACS, pela utilização de procedimentos mais invasivos, terapêutica antibiótica agressiva ou imunossupressora e pela necessidade de internamento à posteriori.

A pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica no contexto das UCI apresenta um risco elevado de infeção pelo que o EEEMC à pessoa em situação crítica assume um papel primordial na maximização da intervenção na prevenção e controlo da infeção e da RAM. Ao longo do percurso pelos dois momentos de estágio, esta competência foi sendo desenvolvida e aprimorada, confrontando a reflexão e a evidência científica com a atuação na prática, promovendo a melhoria dos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem prestados.

O “feixe de intervenções” de prevenção da infeção do local cirúrgico destaca-se no contexto da UCICT. De facto, constata-se a preocupação da equipa no sentido da implementação de forma integrada das cinco intervenções que constituem o feixe, nomeadamente: o banho com cloro-hexidina a 2% no dia anterior à cirurgia e, no dia da cirurgia, com pelo menos 2 horas de antecedência; a administração de antibioterapia profilática dentro dos 60 minutos anteriores à incisão cirúrgica, sempre que indicado; a

tricotomia é evitada sempre que possível e quando realizada, recorre-se a máquina de corte e imediatamente antes da cirurgia; manutenção de normotermia peri-operatória e normoglicémia (glicemia ≤ 180 mg/dl) durante a cirurgia e nas 24 horas seguintes (DGS, 2015). De forma a garantir o controlo glicémico é avaliada a glicemia de 4 em 4 horas, nas primeiras 24h após a cirurgia, e sempre que necessário administrada insulina segundo o protocolo instituído no serviço.

Relativamente ao “Feixe de Intervenções” de prevenção de pneumonia associada à intubação (PAI) este assumiu uma maior relevância no contexto do SMI uma vez que os doentes permanecem muito mais tempo sob ventilação mecânica invasiva (VMI) neste contexto dada a tipologia de doentes admitidos.

A PAI continua a ser um grave problema nas UCI pelo amplo recurso à VMI nestas unidades (Ścisło et al., 2022). É definida pela DGS como “a pneumonia que surge em pessoa com tubo orotraqueal há mais do que 48 horas ou em pessoa que foi extubada há menos de 48 horas” (DGS, 2015b).

Em Portugal, verifica-se uma diminuição da incidência da PAI de 36.6%, entre 2008 e 2016 (DGS, 2017b). Contudo, continua a constituir-se a IACS com maior taxa de incidência em UCI e a evidência demonstra que incrementa importantes indicadores de qualidade em saúde, nomeadamente, a resistência aos antimicrobianos, os dias sob ventilação invasiva, os dias de internamento e a taxa de mortalidade, e conseqüentemente, os custos em saúde (Ścisło et al., 2022). A implementação do “feixe de intervenções” de prevenção da PAI assume assim crucial importância.

No SMI verifica-se o cuidado da equipa em cumprir as seis intervenções que constituem o feixe. A manutenção da cabeceira em ângulo $\geq 30^\circ$, a realização da higiene oral com gluconato de cloro-hexidina a 0,2%, pelo menos 3 vezes por dia, a manutenção dos circuitos ventilatórios, substituindo-os apenas quando visivelmente sujos ou disfuncionantes e a manutenção da pressão do cuff do tubo endotraqueal dentro dos valores recomendados é realizada de forma exímia pela equipa de enfermagem. A revisão da sedação e a avaliação da possibilidade de desmame ventilatórios é efetuada diariamente pela equipa médica, contudo, constata-se que nem sempre fica documentado no processo clínico.

Entre 2015 e 2018 foi realizado um estudo experimental controlado randomizado com o objetivo de conhecer o efeito da aspiração orofaríngea imediatamente antes dos posicionamentos na diminuição da incidência de PAI em doentes sob VMI (Akbiyik et al., 2021). A amostra foi constituída por quarenta doentes internados em UCI de anestesiologia e reanimação. Os resultados do estudo revelam que a aspiração orofaríngea antes da mudança de posição do doente reduz significativamente o desenvolvimento de PAI, pelo que,

os autores sugerem a inclusão desta intervenção no “feixe de intervenções” de prevenção da PAI (Akbiyik et al., 2021).

A ventilação mecânica, invasiva e não invasiva é uma realidade no SMI. Ao longo do percurso neste contexto de prática clínica verificou-se a necessidade de melhorar e uniformizar procedimentos, com base na evidência atual, de forma a promover a prevenção e o controlo de infeção associada aos equipamentos de ventilação e aos seus componentes. Neste sentido, e de forma a atingir um dos objetivos estabelecidos para este local de estágio, procedeu-se à elaboração de uma instrução de trabalho, em conjunto com as enfermeiras tutoras, o grupo coordenador local do programa de prevenção e controlo de infeção e resistência aos antimicrobianos (GCL-PPCIRA) e o gabinete de engenharia clínica. A instrução de trabalho intitulou-se “Manuseamento dos equipamentos de ventilação” e estendeu-se a todos os serviços do CHBV cujos stocks incluem equipamentos de ventilação mecânica invasiva e não invasiva. Houve necessidade de realizar uma revisão da literatura acerca da temática e complementar a mesma com a informação das fichas técnicas de cada equipamento e as recomendações dos respetivos fabricantes. A instrução de trabalho (anexo VIII) encontra-se neste momento a aguardar a aprovação do conselho de administração do CHBV.

O *Staphylococcus aureus* é uma bactéria comensal de elevada capacidade de invasão e patogénese de tecidos saudáveis independentemente da localização anatómica, cujo reservatório primário são as narinas (DGS, 2015c). Assume-se como a causa mais prevalente de infeções nosocomiais e uma das principais causas de morte em doentes internados, com taxas de morbilidade e mortalidade elevadas dada a resistência aos antimicrobianos de muitas das suas estirpes (Negrinho et al., 2019). O *Staphylococcus aureus resistente à Meticilina* (MRSA) constitui um problema de saúde pública importante, colonizando essencialmente profissionais de saúde, doentes internados e imunocomprometidos e a sua transmissão ocorre maioritariamente através das mãos dos profissionais de saúde (Negrinho et al., 2019).

Segundo o Centro Europeu de Prevenção e Controlo de Doenças (ECDC), apesar da percentagem de MRSA em Portugal ter diminuído 8,2% entre 2014 e 2017, este continua a ser considerado um dos países com maior percentagem de MRSA na Europa (ECDC, 2018). Nas UCI a colonização ou infeção por MRSA está associada a complicações de maior gravidade, pelo que o controlo do MRSA nestas unidades é mandatário (DGS, 2015c). Em 2014, a DGS emana uma norma neste sentido com o objetivo de prevenir e controlar a colonização e infeção por MRSA nos hospitais (DGS, 2015c). De facto, em ambos os contextos (UCICT e SMI) os rastreios de MRSA são realizados como preconizado assim como a execução

da higiene oral com gluconato de clorhexidina a 0,2%, nos doentes com tubo ou cânula endotraqueal. Contudo, apenas no SMI se verifica o cumprimento da orientação relativa à higiene corporal com gluconato de clorhexidina a 2% em toalhetes, pelo menos, nos primeiros 5 dias após admissão. De forma a proporcionar mais conforto ao doente, o serviço dispõe de uma estufa onde os toalhetes são aquecidos atempadamente.

4. Considerações finais

A crescente complexidade dos cuidados e a evolução tecnológica características das UCI constituem-se um enorme desafio aos sistemas de saúde na atualidade. O investimento em capital humano através da qualificação dos enfermeiros é mandatório, de forma a que as suas competências se encontrem ao nível dos desafios dos serviços de saúde garantindo ganhos de eficiência e efetividade e elevada qualidade dos cuidados (Leonardsen et al., 2022).

O percurso pelas diferentes UCI foi determinante para o desenvolvimento de competências pessoais, interpessoais, técnicas e crítico-reflexivas inerentes à enfermagem especializada médico-cirúrgica à pessoa em situação crítica. A aquisição de novo conhecimento, o desenvolvimento de novas competências, o vivenciar diferentes experiências e contextos de cuidados, a autoimplicação no processo de aprendizagem, a resiliência e motivação constantes permitiram uma resposta adequada aos desafios confrontados e facultaram o alcance dos objetivos específicos definidos para cada um dos momentos de estágio.

A experiência prévia de urgência, emergência e extra-hospitalar em conjunto com a experiência vivenciada numa UCI específica de cirurgia cardiotorácica e numa UCI polivalente, permitiram a elevação a um patamar de *expertise* clínica e *know-how* elevados, caracterizados pelo desenvolvimento de competências de enfermagem com formação avançada e, portanto, pela aquisição de conhecimentos especializados, elevada capacidade de tomada de decisão, elevada autonomia e capacidade de raciocínio clínico, e a execução de funções altamente diferenciadas que extravasam o domínio comum da prática de enfermagem. Sendo o core da enfermagem o cuidado, todo este percurso efetuado permitiu o desenvolvimento de uma prática de enfermagem avançada, através de um pensamento profissional centrado numa lógica conceptual, que recorre à melhor evidência científica disponível para conhecer as respostas humanas potencialmente sensíveis aos cuidados de enfermagem.

Destacam-se alguns pontos impactantes comuns aos dois contextos de estágio, como a humanização dos cuidados, o trabalho em equipa, a responsabilidade e ética profissional, o respeito pela dignidade humana, o cuidado com as questões relacionadas com a prevenção e controlo de infeção, a gestão do risco, a importância atribuída à observação e à vigilância da pessoa em situação crítica, e a perícia na gestão da instabilidade ventilatória, neurológica, elétrica e hemodinâmica. Apesar dos inúmeros constrangimentos relacionados com as

circunstâncias atuais do SNS, estas equipas mantem o foco na segurança e na melhoria contínua da qualidade. Reforça-se ainda o cuidado no acolhimento, na integração e orientação do elemento em estágio, promovendo um ambiente acolhedor e promotor de aprendizagem e reflexão.

PARTE II – COMPONENTE DE INVESTIGAÇÃO

1. Resumo

Enquadramento: A prática baseada na evidência (PBE) integra a melhor evidência científica disponível com a experiência clínica individual do profissional, focando as preferências e valores da pessoa, de acordo com os recursos disponíveis. Constitui um pilar essencial ao incremento da eficácia e da segurança nas práticas em saúde, e à promoção da qualidade dos cuidados.

Objetivos: Identificar as barreiras à PBE percecionadas pelos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EEEMC); descrever as práticas, atitudes e conhecimentos/competências dos EEEMC em relação à PBE.

Metodologia: Estudo descritivo, de carácter quantitativo. Recolha de dados através de um formulário digital: I – Questionário de caracterização socioprofissional; II – Questionário de Atitudes e Barreiras face à Prática Baseada na Evidência (QABPBE-26); III – Questionário de Eficácia Clínica e Prática Baseada em Evidências (QECPE-20), traduzidos e validados para Portugal por Pereira et al. (2015a, b). Amostragem não-probabilística por conveniência, que envolveu EEEMC em funções nos contextos de prática clínica a nível nacional. Análise de dados de acordo com a natureza das variáveis e com recurso ao SPSS versão 24.

Resultados: A amostra final foi constituída por 218 EEEMC, que revelam o predomínio de atitudes favoráveis à PBE considerando que a sua implementação trará benefício para o seu desenvolvimento profissional. As barreiras à PBE destacadas foram a falta de incentivos, o défice de apoio por colegas peritos, a falta de formação, a falta de financiamento e de tempo. A dimensão “Atitudes” apresenta a média mais elevada (6,15), seguida dos “Conhecimentos/Habilidades e Competências” (5,09) e das “Práticas” (4,79).

Conclusão: Os EEEMC valorizam a PBE, reconhecem os seus benefícios, demonstram conhecimentos e habilidades, contudo a sua implementação prática efetiva continua a ser um desafio. A aplicação de instrumentos de medida que possibilitam a avaliação das dimensões relacionadas com a PBE no contexto do exercício profissional dos EEEMC, permite identificar lacunas, delinear estratégias e planos formativos dirigidos, incrementando a incorporação da evidência na prática destes profissionais de referência.

Palavras-chave: Enfermagem Baseada em Evidências; Prática Clínica Baseada em Evidências; Enfermagem

2. Abstract

Background: Evidence-based practice (EBP) brings together the best available scientific evidence with the clinical experience of the professional, focusing on the preferences and personal values, in accordance with resource availability. It is a cornerstone for increasing effectiveness and safety in health practices, as well as promoting quality of care.

Objectives: To identify barriers to EBP perceived by Nurses Specialized in Medical-Surgical Nursing (EEEMC); to describe practices, attitudes and knowledge/competencies of EEEMC with regard to EBP.

Methodology: Descriptive study of quantitative type. Data collection via a digital form: I – Socioprofessional characterization questionnaire; II – Attitudes and Barriers to Evidence-based Practice questionnaire (QABPBE-26); III – Clinical Effectiveness and Evidence-based Practice questionnaire (QECPE-20) both translated and validated in Portugal by Pereira et al. (2015a, b)). Non-probability convenience sampling, involving EEEMC active in the context of clinical practice at the national level. Data analysis according to the variable types using SPSS version 24.

Results: The final sample consists of 218 EEEMC, revealing a generally positive attitude towards EBP, and that its implementation will benefit their professional development. Barriers to EBP highlighted were the lack of incentives, support from expert colleagues, training, financing and time. The “Attitudes” dimension yields the highest mean (6,15), followed by “Knowledge/Skills and Competencies” (5,09) and “Practices” (4,79). Nurses with higher academic degrees also score higher on the dimensions “Practices” and “Knowledge/Skills and Competencies”.

Conclusion: EEEMC value EBP, recognize its benefits and demonstrate knowledge and skills; however, the practical implementation of EBP remains a challenge. The use of measurement instruments that facilitate the evaluation of dimensions related to EBP in the context of EEEMC activities allows the identification of deficiencies, in order to outline strategies and tailor training plans, thereby increasing the integration of EBP in the activities of these renowned professionals.

Keywords: Evidence-based practice; Evidence-based clinical practice; Nursing

3. Fundamentação/enquadramento teórico

A PBE reporta-se à integração da melhor evidência científica disponível com a experiência clínica individual do profissional, focando as preferências, escolhas e valores da pessoa no centro dos cuidados, de acordo com a realidade dos recursos disponíveis (Silva et al., 2021).

O recurso à PBE nos contextos de prática clínica tem um impacto positivo nos cuidados de saúde (Cardoso et al., 2019) e é considerado a chave para medir a qualidade da saúde (Alqahtani et al., 2020).

A evidência científica nacional e internacional defende a sua incorporação como um pilar essencial ao incremento da eficácia e da segurança nas práticas em saúde, bem como de resultados mais efetivos (Pereira, 2021; Pina, 2020; Schneider et al., 2020). Constata-se assim que a translação dos resultados emergidos da investigação para a prática clínica fomenta o pensamento crítico, promove a efetivação de mudanças, com redução de custos (Camargo et al., 2018) e conseqüente otimização da performance dos sistemas de saúde (Pereira, 2021). Pina (2020, p. 139) afirma ainda que a fundamentação da prática na investigação associa-se “... à segurança da decisão clínica, à qualidade dos cuidados e à confiança depositada na prática clínica que tornam a Enfermagem uma profissão mais desenvolvida, com um campo de atuação autónoma mais amplificado...”.

De facto, a base epistemológica da Enfermagem suportada pelos contributos de Florence Nightingale advoga que é mandatário o emprego dos princípios científicos no cuidado à pessoa, não esquecendo o core desta disciplina do conhecimento que é o cuidado (Camargo et al., 2018). Recorrendo a uma prática de enfermagem avançada nas suas intervenções autónomas, o enfermeiro opta por mais enfermagem na enfermagem (Queirós, 2017) dotado de um pensamento profissional centrado numa lógica conceptual, que recorre à melhor evidência científica para conhecer as respostas humanas potencialmente sensíveis aos cuidados de enfermagem.

Desta forma, estabelecer uma enfermagem avançada baseada na evidência fomenta a expansão da enfermagem enquanto ciência, aumenta a sua credibilidade e promove a sua influência nas políticas de saúde (Peixoto et al., 2017).

Do ponto de vista da conceptualização da enfermagem avançada Benner (2001) nomeia as diferenças em termos de perícia clínica entre os enfermeiros e no impacto da mesma nos processos de tomada de decisão e na conceção/qualidade dos cuidados. A teórica descreve cinco níveis de aquisição de competências, de iniciado a perito, e reforça que é crucial a

existência de enfermeiros peritos nos contextos distintos da prática devido à exigência crescente das situações (Benner, 2004).

O enfermeiro perito é aquele que possui um saber diferenciado e fundamentado, munido de investigação, antecipação, perspicácia, priorização e segurança (Queirós, 2017).

A Ordem dos Enfermeiros (OE) afirma que os enfermeiros devem “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, adotando todas as medidas que visem melhorar a qualidade dos cuidados e serviços de enfermagem” (OE, 2015b, p. 78).

O regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista define que este, no domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, “Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica” (OE, 2019b, p. 4745). Suportando a sua prática na melhor evidência, o Enfermeiro Especialista, agente ativo da investigação, identifica lacunas de conhecimento, investiga e promove a divulgação dos resultados de forma a sustentar as suas ações e decisões em conhecimento válido e atual (OE, 2019b).

A emersão de desafios clínicos de crescente complexidade e a evolução da ciência, exige aos profissionais e respetivas instituições de saúde respostas de elevado nível de qualidade, segurança, eficácia, eficiência e efetividade (Pereira, 2021; Pina, 2020). Neste sentido, a OE reitera que é perentório que o EEEMC implemente práticas e decisões considerando sempre a melhor evidência disponível e os resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem, assumindo-se como o profissional mais capaz para liderar programas de formação, de assessoria e de investigação (OE, 2018). Apesar da pertinência da temática e da evidência existente do impacto positivo da PBE, continua a verificar-se uma lacuna entre a investigação e a sua implementação na prática (Apóstolo, 2017).

As dimensões que interferem na translação do conhecimento para a prática clínica são múltiplas e têm sido estudadas nacional e internacionalmente, em diversos contextos como por exemplo, ao nível dos cuidados de saúde primários (Pereira et al., 2015a; Schneider et al., 2020), a nível hospitalar (Camargo et al., 2018; Pereira et al., 2015b; Pina, 2020; Silva et al., 2021), entre diferentes contextos de cuidados, entre chefias de enfermagem (Camargo et al., 2016), em contexto perioperatório (Cambotas, 2015) e instituições de ensino superior de saúde (Cardoso et al., 2019).

Vários estudos evidenciam que os enfermeiros consideram que implementar práticas baseadas na evidência trará benefícios para o seu desenvolvimento profissional (Pereira, 2021; Silva et al., 2021) e de facto, é denotada a importância que a enfermagem atribui à mudança e à melhoria da prática de cuidados (Pina, 2020).

Os estudos supramencionados revelam ainda barreiras e facilitadores da incorporação da PBE. As principais barreiras nomeadas são: falta de tempo, défice de incentivo por parte da gestão, resistência da liderança, falta de formação, cultura organizacional, falta de competência para analisar criticamente resultados científicos, dificuldade em cumprir as etapas de investigação, défice de recursos e elevada carga de trabalho (Apóstolo, 2017; Cardoso et al., 2019; Pina, 2020; Schneider et al., 2020; Silva et al., 2021).

Camargo (2018) apresenta como facilitadores a existência de uma cultura organizacional fomentadora da PBE, apoio/sensibilização institucional, formação pós-graduada, incorporação de unidades curriculares sobre PBE na licenciatura de base de enfermagem e a parceria entre docentes, investigadores e enfermeiros da prática clínica. Outros autores apontam como facilitadores a formação contínua e intervenções educativas (Pereira, 2016), disponibilidade de tempo e de recursos (Schneider et al., 2020) e ainda apoio administrativo (Apóstolo, 2017).

4. Finalidade e objetivos

De todos os estudos consultados acerca da presente temática, nenhum se dedica de forma exclusiva ao âmbito dos EEEMC. Dada a relevância destes especialistas no seio das equipas de saúde, profissionais de referência que assumem muitas vezes posições de liderança, gestão, coordenação e chefia, consideramos pertinente o desenvolvimento deste estudo.

Ao compreendermos os conhecimentos, as atitudes, as práticas e as barreiras que os EEEMC enfrentam no exercício da PBE, ser-nos-á possível desenvolver um modelo de intervenção para implementação da mesma, através de estratégias que fortaleçam a sua operacionalização e incorporação efetiva, atenuando os desafios para a translação da evidência para a prática.

Assim, pretende-se com este estudo responder à questão de investigação: “Quais as competências e as barreiras à PBE, identificadas pelos EEEMC em contexto da prática clínica, a nível nacional?”. Em consonância com a questão formulada, os objetivos definidos são:

- Identificar as barreiras à prática baseada na evidência percebidas pelos EEEMC;
- Descrever as práticas, atitudes e conhecimentos/competências dos EEEMC em relação à PBE.

5. Metodologia

Neste capítulo, procede-se à descrição da metodologia utilizada de forma a garantir a operacionalização do estudo. Assim, é abordado e descrito o desenho do estudo, o instrumento de recolha de dados e a justificação da sua aplicação, o período de recolha de dados, a técnica de amostragem utilizada, os critérios de inclusão, as variáveis do estudo, as considerações éticas e por fim, os procedimentos adotados na análise dos dados e no tratamento estatístico dos mesmos que permitirão responder à questão de investigação formulada.

5.1. *Desenho do estudo*

A escolha do tipo de metodologia a adotar deve ser feita em função dos objetivos do estudo, de forma a garantir que a estratégia escolhida permite responder aos mesmos, sendo que diferentes metodologias (quantitativa/qualitativa) apresentam diferentes vantagens e desvantagens (Álvares, 2021).

Trata-se de um estudo descritivo, que se suporta numa metodologia quantitativa, pois a compreensão do fenómeno em estudo parte da sua fragmentação em componentes e na análise das relações entre estes, procurando a generalização dos resultados (Coutinho, 2018). Esta metodologia possibilita o estudo de uma população ampla, com recurso a instrumentos de recolha de dados padronizados, técnicas de amostragem, análise quantitativa de dados e das relações entre as variáveis, exigindo elevado rigor e precisão nos processos metodológicos (Álvares, 2021).

A recolha de dados foi realizada através de um formulário digital (via Google Forms (anexo IX)) constituído por um conjunto de três partes com a seguinte designação e sequência: I – Questionário de caracterização socioprofissional; II – Questionário de Atitudes e Barreiras face à Prática Baseada na Evidência (QABPBE-26) (Pereira et al., 2015a); III – Questionário de Eficácia Clínica e Prática Baseada em Evidências (QECPE-20) (Pereira et al., 2015b).

A primeira parte é constituída por 10 questões relacionadas com as variáveis socioprofissionais, nomeadamente, a idade, o género, o estado civil, o grau académico, a área de especialização, serviço em que exerce funções, funções exercidas, localização geográfica da instituição, tempo de exercício profissional total e enquanto especialista.

A segunda parte consiste no instrumento QABPBE-26 que foi traduzido e validado para Portugal (Pereira et al., 2015a) a partir do questionário “*Barriers to evidence-based practice in primary care*” (McKenna et al., 2004). Trata-se de um questionário de autopreenchimento constituído por 26 questões dirigidas às atitudes e barreiras face ao uso da PBE. A escolha deste instrumento deveu-se ao facto de valorizar muito as atitudes e as barreiras em relação à PBE, atribuindo-lhes uma grande influência na integração da mesma, seja por questões pessoais, profissionais, académicas e/ou organizacionais, englobando assim duas das dimensões estruturais do presente estudo (Pereira et al., 2015a). Além disso, existe evidência empírica quanto à sua validade e à fiabilidade da sua aplicação (Pereira et al., 2015a). Por último, o facto de existirem apenas dois questionários que abordem a dimensão das barreiras validados para a realidade portuguesa, sendo este o mais atual.

Originalmente, o QABPBE – 26 é apresentado como unidimensional pelo que se optou pela análise individual de um conjunto de questões selecionadas por serem consideradas mais relevantes e ainda, pela análise de possíveis correlações entre estas e as variáveis socioprofissionais. Existem itens que foram considerados genericamente como “atitudes” e outros que foram interpretados como “barreiras”, uma vez que o intuito da sua aplicação foi permitir a avaliação das duas dimensões. Os itens desta escala são variáveis ordinais, ou seja, variáveis categóricas ordenadas em que os participantes podem ser ordenados em função do seu grau de concordância em relação ao tema em questão. Neste caso, os inquiridos posicionam-se numa escala de 5 pontos em que o valor 1 corresponde à categoria “Discordo Totalmente”, o valor 2 a “Discordo”, o valor 3 a “Não tenho a certeza”, o valor 4 a “Concordo” e o valor 5 a “Concordo Totalmente”. Não sendo variáveis contínuas, recorreu-se à moda (valor mais comum) e à mediana (valor central do conjunto de respostas ordenando do mais baixo para o mais alto), em detrimento da média.

A terceira parte do formulário é constituída pelo instrumento QECPBE-20 que foi traduzido e validado para a população portuguesa (Pereira et al., 2015b) a partir do “*Evidence Based Practice Questionnaire*” (Upton & Upton, 2006). As razões que estiveram na base da tomada de decisão na escolha deste instrumento foram o facto de existir evidência empírica em termos de validade e de fiabilidade para a sua aplicação em Portugal (Pereira et al., 2015b); por outro lado, a abrangência das três dimensões avaliadas permite complementar o QABPBE-26 tornando este estudo mais completo e robusto. O QECPBE-20 é instrumento de autopreenchimento que engloba 20 questões avaliadas através de uma escala de diferencial semântico, organizada em três dimensões. A primeira dimensão constituída por seis itens, avalia as Práticas e recorre a uma escala tipo Likert, que varia entre 1 (nunca) e 7 (frequentemente). A segunda dimensão, as Atitudes, é avaliada através do posicionamento

de proximidade adotado para cada uma de três questões. Na terceira e última dimensão são avaliados os Conhecimentos/Habilidades e Competências através de uma escala tipo Likert, que varia entre 1 (pior) e 7 (melhor), num total de onze itens. Assim:

- “Práticas”: soma dos itens de Likert das questões 1 a 6 (mínimo 5, máximo 35)
- “Atitudes”: soma dos itens de Likert das questões 7 a 9 (mínimo 3, máximo 21)
- “Conhecimentos/Habilidades e Competências”: soma dos itens de Likert das questões 10 a 20 (mínimo 11, máximo 77)

Desta forma, o score total corresponde à soma dos itens de Likert da questão 1 à questão 20, excluindo a questão 5 (mínimo 19, máximo 133). Na dimensão práticas, a questão 5 teve que ser descartada uma vez que só se obteve a resposta de 8 participantes. De forma a que o score final não tivesse dois critérios diferentes e impedisse qualquer comparação possível, optou-se por não se utilizar essas 8 respostas.

Souza (2017) defende que a opção por determinado instrumento deve ter em conta as suas propriedades psicométricas de forma a garantir a qualidade dos resultados e a obtenção de dados cientificamente robustos que orientem adequadamente as intervenções no sentido da operacionalização da PBE. A consistência interna do QABPBE-26 neste estudo, aferida através do alfa de Cronbach foi de 0,52, inferior ao α identificado no estudo de validação por Pereira et al. ((2015a) de 0,60 e ao da versão original de McKenna et al. (2004) de 0,74. Apesar do α obtido não apresentar um valor razoável, considera-se que, e em consonância com o autor, este questionário revela-se útil pela valorização atribuída às atitudes e às barreiras, assim como à relevante influência de ambas na efetivação da PBE na enfermagem. O valor do α obtido não retira qualquer valor à análise individual de cada item, muito pelo contrário, uma vez que a análise dimensional realizada por Pereira et al. (2015a) constata a inexistência de acréscimo de valor ao instrumento, optando o autor pela análise individual que se revela mais adequada que a análise por dimensão. Quanto ao QECPBE-20, o alfa de Cronbach global foi de 0,95, considerado muito bom, oscilando entre o bom e o muito bom (Marôco, 2014) nas suas dimensões, nomeadamente: práticas ($\alpha=0,92$), atitudes ($\alpha=0,79$) e conhecimentos/habilidades e competências ($\alpha=0,95$). Estes resultados revelam uma consistência superior em relação ao estudo original de validação para a realidade portuguesa, em que o α global foi de 0,74, e 0,74, 0,75 e 0,95 para as respetivas dimensões.

Foi pedida a autorização formal ao representante dos autores de ambos os questionários na pessoa do Professor Doutor Rui Pereira, via e-mail, tendo-se obtido parecer favorável para a sua utilização (anexo X).

A recolha de dados decorreu entre 31 janeiro de 2022 e 30 de abril de 2022.

O link de acesso ao formulário digital foi enviado por email e por meio de aplicações digitais, tendo em consideração a proximidade e acessibilidade a EEEMC. Procedeu-se ao pedido de colaboração na divulgação do estudo e no envio do formulário digital à Associação Portuguesa de Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica e à Associação Portuguesa de Enfermeiros de Diálise e Transplantação, de forma a promover a representatividade da amostra (pedido em anexo (anexo XI e anexo XII)). Foi ainda pedida colaboração à OE (secção centro), que não foi obtida de forma atempada por limitações de tempo inerentes aos desígnios académicos.

A análise dos dados foi efetuada com recurso à estatística descritiva e inferencial, utilizando o Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versão 24. A estatística descritiva permite a descrição sumária de um conjunto de dados, através de um conjunto de medidas de tendência central e de dispersão (Martins, 2011). As medidas de tendência central utilizadas foram a moda (M), a mediana (Md) e a média (\bar{x}) e as medidas de dispersão utilizadas foram as frequências e o desvio-padrão (s).

A estatística inferencial recorre a um processo de inferência estatística, onde a partir dos resultados da amostra se obtêm conclusões acerca da população-alvo (Martins, 2011). Abrange uma série de testes estatísticos que fornecem a probabilidade do resultado encontrado se dever ao acaso, isto é, se essa probabilidade for elevada (significância estatística considerada foi de 0,05, logo, se $p > 0,05$) significa que é pouco provável que os achados encontrados na amostra estejam presentes na população em estudo e, portanto, afirmamos que os resultados são estatisticamente não significativos (Teixeira, 2018). Por outro lado, se essa probabilidade for diminuta ($p < 0,05$) permite concluir que as associações/diferenças constatadas na amostra se devem ao facto de estas existirem na população-alvo possibilitando a afirmação de que os resultados são estatisticamente significativos (Teixeira, 2018).

Os testes estatísticos utilizados neste estudo foram o Teste do Qui-quadrado (χ^2) para o estudo das relações entre duas variáveis nominais ou uma nominal e uma ordinal, o Teste de Fisher, a análise de variância (ANOVA) simples para as comparações entre três ou mais grupos independentes ao nível de uma variável dependente intervalar, os Testes Post-Hoc para deteção da origem de eventuais diferenças detetadas na ANOVA e o Teste T (t(graus de liberdade) para avaliar a diferença de médias encontrada em amostras independentes, ou seja, procedeu-se à análise das médias de cada uma das dimensões do QECPE-20 (variável numérica intervalar) por resposta a cada questão do QABPE-26 (variável qualitativa ordinal), no sentido de aferir significância estatística por meio do Teste T para amostras independentes. Recorreu-se ainda ao Coeficiente de Correlação de Pearson no sentido de

avaliar se duas ou mais variáveis intervalares estão associadas e nesse caso, avaliar a direção e a magnitude dessa associação (Martins, 2011).

5.2. *População e amostra*

Depois de identificar a população que se pretende estudar é imprescindível definir o processo de seleção dos participantes que irão constituir a amostra. Pretende-se que a amostra final seja representativa da população em estudo, ou seja, que a mesma permita obter conclusões que se possam estender à população teórica. Coutinho (2018) afirma que uma amostra está bem definida se o procedimento de amostragem aplicado for claro e descrito com exatidão, assim como as características da amostra escolhida.

Neste estudo de amostragem não-probabilística por conveniência, a probabilidade de incluir os elementos na amostra não é conhecida, e portanto, nem todos cumprem os critérios de inclusão na mesma (Bhardwaj, 2019). Esta permite extrair a maior quantidade de informação possível a partir de um pequeno número de participantes, é fácil de implementar e os custos são reduzidos, contudo, tem como desvantagem a elevada probabilidade de erro de amostragem (Bhardwaj, 2019).

No presente estudo, a população em estudo consiste nos EEEMC inscritos na OE, que exercem funções em contextos da prática clínica a nível nacional. Segundo o relatório dos membros ativos da OE (OE, 2021), o número total de EEEMC inscritos na OE em 2021 é de 5438 (4850 em enfermagem médico-cirúrgica, 258 em enfermagem à pessoa em situação crítica, 56 em enfermagem à pessoa em situação crónica, 155 em enfermagem à pessoa em situação paliativa e 119 em enfermagem à pessoa em situação perioperatória), tendo obtido uma amostra final de 218 EEEMC, o que corresponde a 4% da população-alvo.

5.3. *Considerações éticas*

Os participantes do presente estudo foram EEEMC, reconhecidos pela OE, a exercerem funções em contextos da prática clínica pelo que, os resultados que advêm do mesmo, trarão ganhos em saúde para os clientes, serão benéficos para a sua prática profissional, para as respetivas instituições, assim como para a enfermagem enquanto disciplina do conhecimento.

Não existem conflitos de interesse, nem quaisquer custos para os participantes.

De forma a garantir o respeito pelos princípios éticos, cada participante no estudo deu o seu consentimento informado através do preenchimento de uma secção no início do questionário que contém informações acerca do estudo em desenvolvimento, dos seus objetivos, enquadramento, investigador responsável, condições e financiamento.

A participação foi anónima e voluntária, podendo os participantes abandonarem o estudo a qualquer momento sem qualquer prejuízo. Em qualquer momento do estudo os participantes são identificados e/ou identificáveis.

Foi solicitada e obtida autorização prévia dos autores (Pereira et al., 2015a; Pereira et al., 2015b) para a aplicação dos instrumentos de recolha de dados utilizados, validados pelos mesmos para a realidade portuguesa, nomeadamente, o QABPBE-26 e o QECPBE-20 (anexo X).

O estudo teve parecer favorável da Comissão de Ética da ESSNorteCVP - Parecer n.º 003/2022 (anexo XIII).

6. Resultados

No sentido de promover a organização dos conteúdos e a coerência da apresentação dos resultados, optou-se pela apresentação inicial da caracterização socioprofissional, seguida da apresentação dos resultados relativos às atitudes e barreiras face à PBE e dos resultados relativos às práticas, atitudes e conhecimentos /habilidades face à PBE, em função dos objetivos previamente definidos. Posteriormente, serão apresentadas as correlações observadas entre as dimensões da PBE, avaliadas por cada um dos instrumentos utilizados. Da mesma forma, no que diz respeito à metodologia de apresentação dos dados, inicia-se pela estatística descritiva optando-se de seguida pela estatística inferencial, onde apenas são apresentados os dados que revelaram associações estatísticas significativas, para um nível de significância de 0,05, como referido anteriormente.

6.1. *Caraterização socioprofissional*

A amostra final obtida foi constituída por 218 EEEMC a exercerem funções em Portugal, de um universo de 5438 EEEMC inscritos na OE (OE, 2021).

A idade dos enfermeiros em estudo varia entre os 27 e os 68 anos, sendo a idade média de 42,1 anos, a mediana de 40,0 anos e o desvio padrão de 8,2 anos. O número de enfermeiras predomina (n= 160; 73,4%) relativamente ao número de enfermeiros (n=58; 26,6%), em linha com a distribuição do género na profissão de enfermagem. A distribuição das idades é similar entre homens (\bar{x} =41,4; s= 8,2) e mulheres (\bar{x} =42,4; s=8,2), tanto nas médias como na dispersão.

Mais de metade dos inquiridos (n= 113; 51,8%) exercem funções em instituições na zona centro do país, justificado pelo facto de ser a região onde a autora tem um maior número de ligações por motivos académicos; 61 (28,0%) trabalham na região Norte e 30 (13,8%) em Lisboa e Vale do Tejo. As contribuições da zona Sul e das Ilhas são residuais neste estudo.

A amostra é composta predominantemente por licenciados (n=90; 41,3%) e mestres (n=119; 54,6%). Existem apenas 9 enfermeiros com doutoramento, o que corresponde a 4,1% do total da amostra.

Em relação à área de especialização dos enfermeiros, surgem essencialmente dois grandes grupos: os enfermeiros que frequentaram a especialização em enfermagem médico-cirúrgica antes da existência de diferenciação por áreas específicas (n=94; 43,1%), e os enfermeiros com a especialização em enfermagem médico-cirúrgica à pessoa em situação crítica (n= 95; 43,6%). As outras áreas de especialização têm valores comparativamente pequenos: 5,5% (n=12) - enfermagem à pessoa em situação perioperatória, 4,1% (n= 9) - enfermagem à pessoa situação crónica e 3,7% (n= 8) - enfermagem à pessoa em situação paliativa. Como seria expectável, os enfermeiros com a especialização prévia à diferenciação por áreas são aqueles que já fizeram a especialização há mais tempo (\bar{x} = 6,9 anos, mínimo = 0 anos, máximo 40 anos, s = 8,9 anos).

Relativamente ao serviço onde exercem funções, 61,4% (n=134) dos profissionais em estudo trabalham em UCI/Intermédios, bloco operatório e SU. Os 38,6% (n=84) restantes provêm de diversos serviços como: especialidades cirúrgicas, especialidades médicas, unidades de diálise, unidades de cuidados paliativos, cardiologia, extra-hospitalar, cirurgia, medicina, unidades de cuidados continuados e “outros”. O grupo “outros” não é tipificável uma vez que engloba cerca de 14 serviços diferentes e dada a quantidade de valores, esta variável é meramente informativa, não se esperando que tenha qualquer valor preditivo.

Apesar de todos os inquiridos serem EEEMC (critério de inclusão), 46,8% (n=102) afirmam exercer apenas funções de enfermeiro generalista, não lhes sendo, portanto, reconhecida a especialidade nos seus contextos de trabalho. 15,6% (n=34) dos enfermeiros referem ocupar cargos de liderança e responsabilidade como coordenação, gestão, docência, investigação e supervisão.

Quanto ao tempo de exercício profissional, os inquiridos são, em média, enfermeiros há 19,1 anos (mínimo =2 anos, máximo 48 anos, s= 8,3 anos) e especialistas há cerca de 4,7 anos (mínimo= 0 anos, máximo= 40 anos, s= 6,6 anos).

Sendo a idade, o tempo de exercício profissional total e o tempo de exercício profissional enquanto especialista variáveis numéricas, realizou-se uma análise de correlações para as três variáveis. Constata-se a existência de uma correlação muito forte ($r=0,962$) e significativa ($p<0,05$) entre a idade e tempo de exercício profissional, como era esperado. Constata-se ainda a existência de uma correlação moderada ($r=0,58$) e significativa ($p<0,05$) entre o tempo de exercício profissional total e o tempo de exercício profissional enquanto especialista, o que poderá ser justificado pelo facto dos enfermeiros avançarem para a especialização em diferentes momentos do seu percurso profissional, além de que, só o podem fazer depois de terem pelo menos dois anos de experiência profissional como enfermeiro, um dos requisitos exigidos pela OE aos requerentes do título (OE, 2018b).

Quando questionados quanto ao conceito de PBE, apenas um enfermeiro referiu não conhecer o mesmo. Dos 217 enfermeiros que afirmam conhecer o conceito, 129 (59,2%) afirmam ter tomado conhecimento do mesmo através de instituições de ensino superior, 36 (16,5%) através de pesquisa de artigos em bases de dados, 26 (11,9%) através de congressos, jornadas ou seminários, 17 (7,8%) através de leitura de artigos em revistas e 10 (4,6%) através de colegas ou outros profissionais de saúde.

6.2. Atitudes e Barreiras face à Prática Baseada na Evidência

Os resultados obtidos através da aplicação do QABPBE-26 revelam o predomínio de atitudes favoráveis relativamente à PBE. Verifica-se um consenso praticamente absoluto entre os enfermeiros (M=5) no que diz respeito ao benefício da implementação da PBE no seu desenvolvimento profissional (Questão (Q) 8 e 26). A maioria dos enfermeiros (M=4) considera-se apto a aceder (Q12, % respostas positivas= 88,1%), a pesquisar (Q15, % respostas positivas= 77,5%) e a avaliar (Q1, % respostas positivas= 72,9%) os artigos de investigação, confiando no conteúdo do que leem (Q22, % respostas positivas= 87,2%). As estatísticas relativas ao QABPBE – 26 encontram-se descritas na tabela seguinte (Tabela 1).

Tabela 1: Estatísticas relativas ao QABPBE - 26

	Mediana	Moda	Mínimo	Máximo
8. Sinto que há benefícios em alterar a minha prática, com base na investigação	5.00	5	1	5
26. Implementar práticas baseadas na evidência trará benefícios para o meu desenvolvimento profissional	5.00	5	2	5
1. Sinto-me confiante na minha capacidade para avaliar a qualidade dos artigos de investigação	4.00	4	1	5
9. Não há incentivos para desenvolver as minhas competências de investigação, para utilização na prática clínica	4.00	4	1	5
11. Acho que a adesão dos clientes é um fator fundamental na utilização da evidência	4.00	4	1	5
12. Sinto confiança em utilizar o computador para pesquisar informação baseada na evidência	4.00	4	1	5
15. Sei como pesquisar informação baseada na evidência	4.00	4	1	5
19. Creio que deveria fazer formação para me ajudar a utilizar a investigação eficazmente	4.00	4	1	5
20. Não há dinheiro suficiente para financiar investigação sobre cuidados de saúde	4.00	4	1	5
21. Constato que as limitações de tempo impedem que a prática baseada na evidência, seja usada eficazmente no meu exercício clínico	4.00	4	1	5
22. Acredito nos resultados da investigação que leio	4.00	4	1	5
23. Sentir-me-ia mais confiante se alguém experiente em investigação me fornecesse informação relevante	4.00	4	2	5
14. Acho difícil manter-me a par de todas as mudanças que acontecem presentemente no meu contexto de trabalho	3.50	4	1	5
5. Acho que as chefias apoiam a utilização de PBE	3.00	4	1	5
10. Tenho dificuldades em contactar colegas com conhecimentos, para discutir resultados de investigação	3.00	4	1	5
13. Acho avassaladora a quantidade de literatura de investigação	3.00	4	1	5
17. Acho difícil influenciar a mudança na prática clínica no meu contexto de trabalho	3.00	4	1	5
18. Tenho constatado que a literatura de investigação por vezes reporta resultados contraditórios	3.00	4	1	5
24. Os meus colegas apoiam a aplicação de investigação relevante na prática	3.00	4	1	5
25. Frequentemente, os resultados da investigação não são facilmente transferíveis para a minha prática clínica	3.00	4	1	5
16. Os recursos informáticos de que disponho no local de trabalho são adequados para pesquisar literatura baseada na evidência	2.50	2	1	5
2. Creio que a aplicação da investigação à prática depende, até certo ponto, de quanto é que isso me vai custar	2.00	2	1	5
3. Muita da investigação disponível não é relevante para a minha prática profissional	2.00	2	1	5
4. Acho difícil aceder regularmente à biblioteca mais próxima	2.00	2	1	5
6. Acho que a investigação disponível específica para a minha área de trabalho é de fraca qualidade	2.00	2	1	5
7. Acho que os artigos de investigação não são de fácil compreensão	2.00	2	1	5

Os enfermeiros identificam ainda barreiras à PBE, das quais se destacam a falta de incentivos para desenvolver competências de investigação (Q9, % respostas positivas=

83,9%, M=4), défice de apoio por colegas peritos em investigação (Q23, % respostas positivas= 76,6%, M=4), a falta de formação para utilizar a investigação de forma eficaz (Q19, % de respostas positivas= 74,3%, M=4), a falta de financiamento para investigação (Q20, % respostas positivas=63,3%, M=4) e a falta de tempo (Q21, % respostas positivas=70,2%, M=4). Em menor escala, referem o suporte limitado por parte das chefias (Q5, % respostas positivas= 40,8%, M=3), a dificuldade em contactar colegas peritos para discutir resultados de investigação científica (Q10, % respostas positivas= 47,2%, M=3), a quantidade avassaladora de informação de investigação (Q13, % respostas positivas= 44,0%, M=3), a falta de transferibilidade para a prática clínica (Q25, % respostas positivas= 47,7%, M=3) e inadequação dos recursos informáticos disponíveis no local de trabalho para realizar pesquisas de literatura baseada na evidência (Q16, % respostas positivas= 38,5%, M=2,5).

De forma a permitir conclusões significativas na seguinte análise de correlações, tornaram-se as respostas binárias, ou seja, resposta positiva – Concordo/Concordo Totalmente e resposta negativa/neutra – Discordo Totalmente/Discordo/Não tenho a certeza.

A Q8 *“Sinto que há benefícios em alterar a minha prática, com base na investigação”* e a Q26 *“Implementar práticas baseadas na evidência trará benefícios para o meu desenvolvimento profissional”* apresentam, como demonstrado anteriormente, respostas com o maior valor (M=5) e elevado consenso, pelo que, desta uniformidade decorre naturalmente ausência de associação com qualquer variável.

Na Q5 *“Acho que as chefias apoiam a utilização de PBE”* constata-se uma relação estatisticamente significativa com o género ($X^2=5,7$, $p=0,017$): 45,6% das enfermeiras considera que as chefias apoiam a utilização da PBE face a 27,6% dos enfermeiros. Os enfermeiros com grau académico de doutoramento são os que menos consideram que há apoio por parte das chefias (22,2%), contudo, dado o número reduzido de doutorados neste estudo, esta diferença não atinge significância estatística ($p > 0,05$).

O grau académico apresenta uma associação significativa com a questão 9 *“Não há incentivos para desenvolver as minhas competências de investigação, para utilização na prática clínica”* ($X^2=5,6$, $p=0,018$), ou seja, os doutorados discordam muito menos que exista um défice de incentivos para o desenvolvimento das suas próprias competências de investigação. De igual forma, a percentagem de enfermeiros com doutoramento que considera que os recursos informáticos de que dispõem no local de trabalho são adequados para pesquisar literatura baseada na evidência (Q16) é significativamente superior ($X^2=7,7$, $p=0,022$).

Analisando as respostas à Q19 *“Creio que deveria fazer formação para me ajudar a utilizar a investigação eficazmente”* há uma diferença clara entre os diferentes graus académicos. A percentagem de licenciados que demonstrou sentir necessidade de fazer formação foi de 83,3% (n= 75), ao passo que a percentagem relativa aos enfermeiros com mestrado foi de 68,9% (n=82) e com doutoramento foi de 55,6% (n= 5). A relação entre a Q19 e esta variável socioprofissional é estatisticamente significativa ($\chi^2 = 7,3, p=0,026$), sendo possível afirmar que quanto mais elevado for o grau académico dos enfermeiros, menores são as necessidades formativas percebidas pelos mesmos na área em questão. O mesmo se verifica na Q25 *“Frequentemente, os resultados da investigação não são facilmente transferíveis para a minha prática clínica”*, onde os enfermeiros mais graduados revelam menor percepção desta dificuldade, existindo então uma relação estatisticamente significativa entre este item e a variável grau académico ($\chi^2=7,8, p=0,02$).

A percepção da limitação de tempo como barreira à PBE é significativamente superior nos enfermeiros com grau académico de licenciatura/mestrado relativamente aos que possuem doutoramento. De facto, a Q21 *“Constato que as limitações de tempo impedem que a prática baseada na evidência, seja usada eficazmente no meu exercício clínico”* revela uma associação estatisticamente significativa com a variável grau académico, Teste de Fisher, $p<0,001$. Ressalvamos que o Teste do Qui-Quadrado só fornece resultados de confiança se a percentagem de células da tabela de contingência com frequências esperadas inferiores a 5 for inferior a 20%. Tendo em conta que neste caso isso não se verificou, utilizamos como recomendado, o Teste Exato de Fisher.

6.3. *Práticas, Atitudes e Conhecimentos/Habilidades face à Prática Baseada na Evidência*

Analisando os dados da estatística descritiva do instrumento QECPBE - 20, constata-se que o valor médio da dimensão “Práticas” entre os EEEMC é de $23,69/5 = 4,79$, o que numa escala de 7 pontos corresponde qualitativamente a “Bom”; o valor médio da dimensão “Atitudes” entre os EEEMC é de $18,44/3 = 6,15$, o que numa escala de 7 pontos corresponde qualitativamente a “Muito Bom”; o valor médio da dimensão “Conhecimentos/Habilidades e Competências” entre os EEEMC é de $55,98/11 = 5,09$, o que numa escala de 7 pontos corresponde qualitativamente a “Bom” e por fim, o valor médio global do QECPBE-20 entre os EEEMC é de $55,98/19 = 5,16$, o que numa escala de 7 pontos corresponde qualitativamente a “Bom”.

Aplicando o teste do Coeficiente de Correlação de Pearson verifica-se que existe correlação positiva ($r > 0$) e estatisticamente significativa ($p < 0,05$) entre quaisquer duas combinações das 3 dimensões do QCEPBE-20, variando entre uma correlação mínima de 0,37 [fraca a moderada] entre “Práticas” e “Atitudes” e uma correlação máxima de 0.70 [moderada a forte] entre “Práticas” e “Conhecimentos/Habilidades e Competências” (Tabela 2).

Tabela 2: Estatísticas relativas às correlações entre as dimensões do QCEPBE-20

		Práticas	Atitudes	Conhecimentos/Habilidades e Competências
Práticas	Pearson Correlation	1	.374**	.696**
	Sig. (2-tailed)		.000	.000
	N	218	218	218
Atitudes	Pearson Correlation	.374**	1	.467**
	Sig. (2-tailed)	.000		.000
	N	218	218	218
Conhecimentos/Habilidades e Competências	Pearson Correlation	.696**	.467**	1
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	
	N	218	218	218

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Com base nas 3 escalas construídas anteriormente, procuraram-se associações entre estas e as variáveis socioprofissionais, através do teste estatístico ANOVA simples (Tabela 3), tendo sido encontrada apenas uma correlação significativa entre as 3 dimensões e o grau académico dos enfermeiros.

Tabela 3: ANOVA simples

		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
QECPBE_20 – Práticas	Between Groups	475.335	2	237.667	5.371	.005
	Within Groups	9513.073	215	44.247		
	Total	9988.408	217			
QECPBE_20 – Atitudes	Between Groups	50.392	2	25.196	3.392	.035
	Within Groups	1597.209	215	7.429		
	Total	1647.601	217			
QECPBE_20 - Conhecimentos/Habilidades e Competências	Between Groups	1382.675	2	691.338	7.098	.001
	Within Groups	20942.210	215	97.406		
	Total	22324.885	217			

Realizaram-se os Testes Post-Hoc, de forma a compreender melhor de onde vêm as diferenças consideradas significativas. Assim, conclui-se que (Figura 1, 2 e 3): na dimensão “Práticas”, os doutorados têm um score médio 7.5 pontos superior aos licenciados e 6.3 pontos superior aos mestres, sendo significativo em ambos os casos; na dimensão “Atitudes”, não existe diferença significativa entre doutorados e enfermeiros com outras habilitações, mas sim uma diferença marginalmente significativa entre Licenciatura e Mestrado (significância perto de 0.05), mas a diferença no score é inferior a 1 ponto (0.97), pelo que esta relação deverá ser ignorada; na dimensão “Conhecimento/Habilidades e Competências”, os doutorados têm um score médio 12.1 pontos superior aos licenciados e 9.2 pontos superior aos mestres, sendo significativo em ambos os casos.

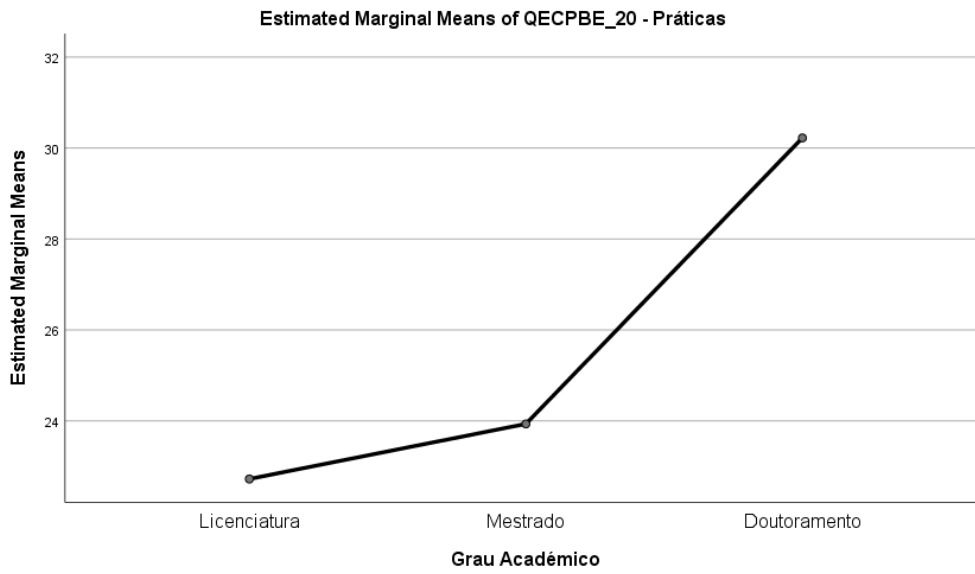


Figura 1: Gráfico das médias marginais estimadas da dimensão "Práticas" do QCEPBE-20

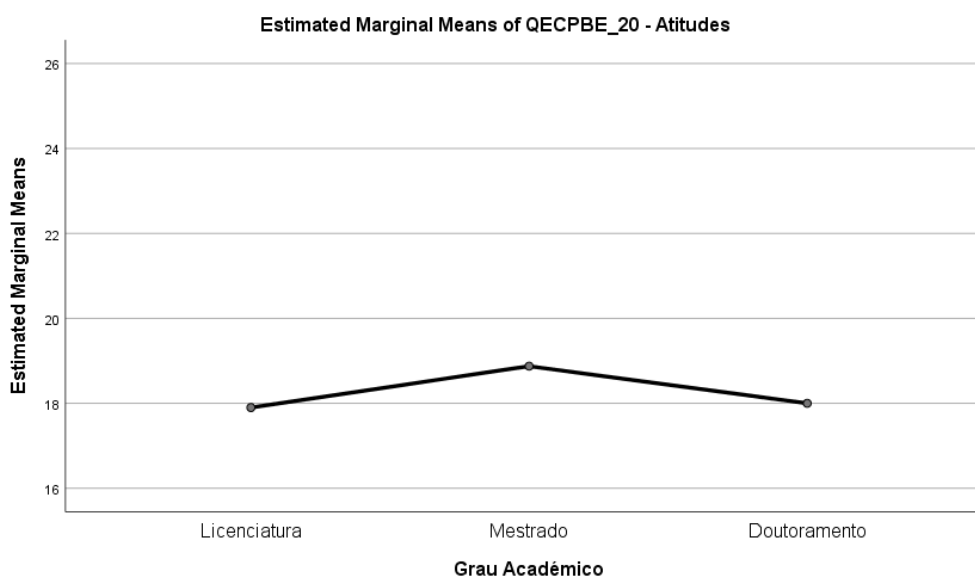


Figura 2: Gráfico das médias marginais estimadas da dimensão "Atitudes" do QCEPBE-20

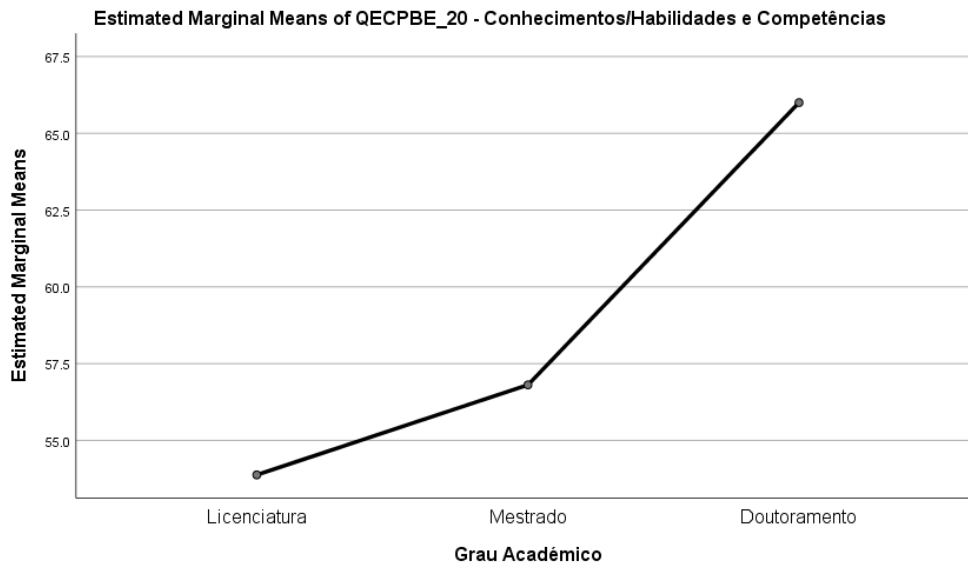


Figura 3: Gráfico das médias marginais estimadas da dimensão "Conhecimentos/Habilidades e Competências" do QCEPBE-20

A análise fatorial realizada revela que este instrumento possui 3 dimensões que explicam cerca de 72% da variabilidade total (o autor aborda as 3 dimensões, mas com apenas 56% de variabilidade explicada). Para compreender a carga fatorial de cada item em cada dimensão, procedeu-se à eliminação de cargas inferiores a 0,5, tendo-se obtido uma correspondência item/dimensão exatamente igual à obtida pelo autor, considerando-se assim este instrumento revalidado.

De seguida, como proposto no início deste capítulo, apresentam-se as correlações significativas (ou seja, evidência de diferenças nas médias) encontradas entre as questões do QABPBE- 26 e as dimensões do QCEPBE – 20, que se constataram entre: Q8 “Sinto que há benefícios em alterar a minha prática, com base na investigação” e a dimensão “Atitudes” ($t(216) = -2,827, p = 0,015$); Q26 “Implementar práticas baseadas na evidência trará benefícios para o meu desenvolvimento profissional” e as dimensões “Atitudes” ($t(216) = -2,867, p = 0,005$) e “Conhecimentos/Habilidades e Competências” ($t(216) = -2,710, p = 0,007$); Q5 “Acho que as chefias apoiam a utilização de PBE” e a dimensão “Práticas” ($t(216) = -2,116, p = 0,035$); Q12 “Sinto confiança em utilizar o computador para pesquisa informação baseada na evidência” e as dimensões “Práticas” ($t(216) = -2,914, p = 0,004$) e “Conhecimentos/Habilidades e Competências” ($t(216) = -5,470, p < 0,001$); Q15 “Sei como pesquisar informação baseada na evidencia” e as dimensões “Práticas” ($t(216) = -5,415, p < 0,001$), Atitudes ($t(216) = -2,895, p = 0,004$) e “Conhecimentos/Habilidades e Competências” ($t(216) = -7,552, p < 0,001$); Q16 “Os recursos informáticos de que disponho no local de trabalho são adequados para pesquisar literatura baseada na evidência” e as dimensões

“Práticas” ($t(216) = -3,621, p < 0,001$) e “Conhecimentos/Habilidades e Competências” ($t(216) = -5,534, p < 0,001$); Q19 “Creio que deveria fazer formação para me ajudar a utilizar a investigação eficazmente” e as dimensões “Práticas” ($t(216) = 2,053, p = 0,041$) e “Conhecimentos/Habilidades e Competências” ($t(216) = 3,867, p < 0,001$); Q21 “ Constato que as limitações de tempo impedem que a prática baseada na evidência, seja usada eficazmente no meu exercício clínico” e as dimensões “Práticas” ($t(216) = 2,111, p = 0,036$) e “Conhecimentos/Habilidades e Competências” ($t(216) = 2,933, p = 0,004$) e, por fim, Q23 “Sentir-me-ia mais confiante se alguém experiente em investigação me fornecesse informação relevante” e a dimensão “Conhecimentos/Habilidades e Competências” ($t(216) = 3,107, p = 0,002$).

7. Discussão

Reconhecendo a valor da PBE e a relevância do papel dos EEEMC nos sistemas de saúde, importa conhecer e caracterizar a sua realidade atual com vista à definição de estratégias promotoras de intervenções de enfermagem especializadas baseadas na melhor evidência. Este estudo possibilitou a identificação das barreiras à PBE percebidas pelos EEEMC e a descrição das práticas, das atitudes e dos conhecimentos/competências destes profissionais relativamente à mesma.

O conceito de PBE é conhecido pelos enfermeiros da amostra o que corrobora a afirmação de Paler e Cachaper (2021) num estudo realizado nos EUA, de que nos últimos 10 anos, o termo PBE tem vindo gradualmente a fazer parte do léxico da enfermagem. No presente estudo, a maioria dos enfermeiros afirma ainda ter contactado com o conceito de PBE através de escolas de ensino superior, e os restantes através de bases de dados, congressos, revistas ou profissionais de saúde. O papel das instituições de ensino superior destaca-se, não só na divulgação, mas também no treino de competências em investigação, pelo que é fundamental a consolidação de parcerias entre os centros académicos e as instituições de saúde, promovendo uma maior colaboração entre os contextos de produção e os de utilização do conhecimento (Pereira, 2016).

Os EEEMC demonstram o predomínio de atitudes positivas face à PBE, referem sentir benefícios em alterar a sua *praxis* com base na investigação (Q8) e acreditam de forma vinculada que a incorporação da evidência na prática será profícua para o seu desenvolvimento profissional (Q26). Numa revisão integrativa, Camargo (2018) corrobora estes dados revelando atitudes favoráveis à PBE por parte dos enfermeiros, assim como Silva et al. (2021), num estudo feito no Brasil, onde demonstram que os enfermeiros vêm a PBE como essencial à prestação de cuidados. Num estudo transversal, que procurou comparar contextos de cuidados (hospitalar e cuidados de saúde primários), Peixoto et al. (2017) declara que os enfermeiros de ambos os contextos espelham atitudes positivas relativamente à PBE, mas reconhece que a sua translação para a prática se verifica em menor proporção. Apóstolo (2017) e Pereira (2021) subscrevem o plasmado pela autora, reiterando que apesar do impacto da PBE evidenciado pela literatura e da sua valorização pelos enfermeiros, continua a existir uma lacuna considerável na sua aplicabilidade prática.

A existência de barreiras à PBE é uma realidade e limitam a sua incorporação. As barreiras identificadas pelos EEEMC, que se destacaram, foram o défice de incentivo, défice de apoio por parte de colegas peritos, défice de formação para utilizar a investigação de forma eficaz,

a falta de financiamento para investigação e as limitações de tempo. Estes achados estão de acordo com os de um estudo realizado em contexto de pediatria (Torres, 2019), apesar de neste a perceção da falta de tempo ser maior (%respostas positivas= 85,3%). Corroboram ainda os resultados de Peixoto et al. (2017), contudo, no que se refere à Q9 “*Não há incentivos para desenvolver as minhas competências de investigação, para utilização da prática clínica*”, esta barreira é percecionada em maior escala pelos EEEMC do presente estudo (%respostas positivas=83,9%).

Apesar da maioria dos EEEMC considerarem-se aptos a aceder, a pesquisar e a avaliar os artigos de investigação, acreditando nos resultados científicos dos artigos que leem, a maioria também responde positivamente à Q23 “*Sentir-me-ia mais confiante se alguém experiente em investigação me fornecesse informação relevante*”. Melnyk et al. (2018) num estudo realizado em 19 hospitais dos EUA, aborda a importância da existência de mentores na incorporação da PBE, pelo que recorre à *The EBP mentorship scale* no sentido de avaliar a existência, a disponibilidade e o acesso a mentores para auxiliar a implementação da PBE. Gorsuch et al. (2020) afirmam que os programas educacionais formais e de desenvolvimento de competências em PBE promovem atitudes positivas dos profissionais e aumentam os conhecimentos/habilidades, prolongando-os no tempo, e Silva et al. (2021) partilham desta opinião, enfatizando as oficinas teórico-metodológicas como um método eficiente para o desenvolvimento de competências de PBE. Ambos os autores corroboram a ideia de que a segurança, o apoio e o incentivo transmitido por mentores incrementa a efetivação da investigação na prática (Gorsuch et al., 2020; Silva et al., 2021).

Na literatura científica, constata-se que são diversos os estudos que abordam a questão das barreiras à PBE. Em consonância com os resultados do presente estudo, as barreiras que emergem da literatura dizem respeito à falta de tempo (Gorsuch et al., 2020; Rahmayanti et al., 2020), à inexistência de mentores de PBE (Friesen et al., 2017; Melnyk et al., 2018), elevada carga de trabalho (Schneider et al., 2020), défice de formação (Gorsuch et al., 2020; Underhill et al., 2015), insegurança na avaliação da qualidade dos resultados (Friesen et al., 2017), défice de habilidades em pesquisa (Schneider et al., 2020) e a falta de incentivo por parte dos gestores (Silva et al., 2021). De facto, as barreiras para a implementação da PBE são uma realidade nas organizações de saúde e a sua efetivação constitui-se muitas vezes um desafio (Friesen et al., 2017). Apesar de reconhecida a influência da PBE no aumento da segurança e da qualidade dos cuidados por parte dos enfermeiros gestores e peritos em saúde, a integração desta prioridade no planeamento estratégico e a disponibilização dos recursos necessários à integração da mesma na enfermagem é insuficiente (Friesen et al., 2017).

A influência do posicionamento da cultura organizacional face à PBE é enorme. Este, é descrito na literatura de duas formas, por um lado como uma barreira à PBE, por outro como um meio facilitador da mesma (Friesen et al., 2017; Gorsuch et al., 2020; Melnyk et al., 2018; Silva et al., 2021). Segundo Crawford et al. (2020), no sentido de proporcionar um ambiente de suporte e valorização da PBE no seio de uma organização, torna-se crucial avaliar conceitos específicos relacionados com a mesma e deliberar intervenções dirigidas. Este autor sugere a aplicação do *The new 2019 version of the Nursing EBP Survey*, em conjunto com o *Implementation Climate Scale* (avaliação adicional do clima organizacional para a implementação da PBE) e ainda, o *Implementation Leadership Scale* (avaliação das atitudes de PBE adotadas pelos líderes) nas suas duas versões (perceção dos funcionários/autoavaliação dos líderes) (Crawford et al., 2020). Existem ainda outros dois instrumentos que permitem o estudo da cultura de PBE de uma instituição, mas assim como os anteriormente referidos, também estes não se encontram adaptados à realidade portuguesa: o *The Organizational Culture and Readiness for System-Wide Integration of EBP Scale*, aplicado nos EUA por Melnyk et al. (2018), Gorsuch et al. (2020) e Gallagher-Ford et al. (2020) e o *“Evidence-based practice readiness survey instruments”* utilizado por Rahmayanti et al. (2020).

Ressalta-se que os enfermeiros com grau académico de doutoramento são os que menos percecionam as barreiras falta de tempo e inadequação dos recursos informáticos, são os que menos consideram que haja apoio por parte das chefias relativamente à PBE e são ainda, os que discordam menos que exista um défice de incentivos para o desenvolvimento das suas competências de investigação. Este estudo permite ainda constatar que quanto mais elevado for o grau académico dos enfermeiros, menor é a perceção da necessidade de realizar formação nesta área e menor é a perceção da dificuldade na translação dos resultados científicos para a prática. Melnyk et al. (2018) e Crawford et al. (2020) corroboram estes resultados afirmando que os enfermeiros com graus académicos superiores tendem a percecionar menores barreiras.

Saunders e Vehviläinen-Julkunen (2018) consideram o QCEPBE-20 como o instrumento com maior validade e eficiência para a avaliação das competências de PBE dos enfermeiros, apesar de, como referido por Melnyk et al. (2018), este depender da autoperceção do profissional que pode ser sob ou sobrestimada. Analisando os dados provenientes da aplicação do mesmo, a dimensão “Atitudes” apresenta a média mais elevada e favorável à PBE, seguida dos “Conhecimentos/Habilidades e Competências” e das “Práticas”. O mesmo se verifica no estudo de validação de Pereira et al. (2015a) e no estudo de Teixeira (2021), ao contrário de Silva et al. (2021) e de Rospendowiski et al. (2014), que obtiveram valores mais

elevados na dimensão Práticas e Atitudes, respetivamente. Ainda em concordância Pereira et al. (2015a) e com Teixeira (2021), as dimensões apresentam correlação positiva e estatisticamente significativa entre elas, sendo que também neste estudo as Práticas e os Conhecimentos/Habilidades e Competências também apresentaram o valor mais elevado de correlação.

Os resultados deste estudo suportam ainda que a formação académica influencia de forma positiva as “Práticas” e os “Conhecimento/Habilidades e Competências” e, portanto, os enfermeiros com graus académicos superiores apresentaram scores mais elevados nestas duas dimensões. De facto, Connor et al. (2017), Friesen et al. (2017) e Melnyk et al. (2018) demonstram que a existência de formação prévia sobre PBE facilita a sua incorporação na prática e Rahmayanti et al. (2020) revela que competências em PBE pré existentes influenciam de forma positiva a sua implementação. Um estudo realizado no Brasil revela também que enfermeiros com maior nível de especialização demonstram melhor desempenho em aplicar a evidência na prática (Silva et al., 2021). Estes achados não estão de acordo com um estudo de Rospendowski et al. (2014), que afirma que os enfermeiros com menor experiência profissional tendem a demonstrar maiores habilidades de PBE dada a ligação recente com os professores e com a faculdade onde esta temática é abordada.

No estudo de Pereira et al. (2015a), os enfermeiros autopercecionam-se como mais capazes de aplicar a PBE comparativamente às enfermeiras. No presente estudo, o género apenas apresentou uma única correlação estatisticamente significativa com a Q5 do QABPBE-26, ou seja, as enfermeiras consideram em maior escala que as chefias apoiam a PBE, correlação esta sem aparente justificação.

Constata-se a existência de diversas associações significativas, na sua maioria diretas, ou seja, melhores scores nas dimensões do QECPBE-20 tendem a corresponder a posições mais positivas nas questões do QABPBE-26. Verificam-se ainda correlações inversas especificamente na dimensão Conhecimentos/Habilidades e Competências e as questões 19, 21 e 23. Os enfermeiros que se autopercecionam como mais capazes na identificação de lacunas e conversão das mesmas em perguntas de investigação, na pesquisa e utilização das tecnologias de informação, na obtenção das evidências analisando-as criticamente e estabelecendo a sua aplicabilidade a casos individuais, sentem uma menor necessidade em termos de orientação/apoio por peritos e no que se refere à realização de formação. A competência e habilidade no processo pode justificar a menor perceção da limitação de tempo enquanto barreira à PBE.

8. Conclusão

Este estudo permitiu identificar as barreiras à PBE percebidas pelos EEEMC e descrever as práticas, as atitudes e os conhecimentos/competências dos EEEMC em relação à mesma.

Os EEEMC reconhecem o impacto positivo da PBE e o benefício da incorporação da mesma no seu desenvolvimento profissional, contudo denotam dificuldades na implementação prática da mesma. As barreiras à PBE mais destacadas relacionaram-se com a falta de incentivos para o desenvolvimento de competências em investigação, o défice de apoio por colegas peritos, a falta de formação, a falta de financiamento e de tempo.

No que diz respeito às implicações deste estudo para a prática, de facto, a avaliação das dimensões relacionadas com a PBE no contexto da prática clínica dos EEEMC, permite identificar lacunas e delinear estratégias e planos formativos dirigidos às mesmas de forma a intensificar cuidados de enfermagem especializados baseados na melhor evidência. É necessário aumentar o incentivo dos gestores, fomentar uma cultura organizacional estruturada em PBE e estabelecer parcerias entre os EEEMC da prática e os docentes/investigadores.

Consideram-se como limitações ao estudo o facto de a maioria dos participantes serem da mesma região do país, e não haver uma representatividade da população dos enfermeiros portugueses. Uma outra limitação prende-se com o facto de se utilizarem instrumentos de auto-perceção que poderão dar origem a resultados sub/sobrestimados. Salientamos ainda a limitação relacionada com a não utilização da Q5 do QCEPBE-20, uma vez que por motivos técnicos, só foi possível obter respostas de 8 participantes. Apesar destas limitações, reconhece-se a contribuição deste estudo para investigações futuras relacionados com os EEEMC e a sua prática diferenciada e baseada na melhor evidência.

Tendo em conta que os instrumentos de PBE adaptados transculturalmente para a realidade portuguesa são escassos, sugerem-se estudos futuros neste sentido, de forma a fomentar e potenciar a operacionalização da PBE em Portugal.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A concretização da componente de estágio permitiu o desenvolvimento de competências pessoais, interpessoais, comunicacionais, técnicas, científicas e reflexivas inerentes às competências comuns e específicas de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de especialização de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica.

Ao longo do percurso pela prática clínica, os objetivos delineados para cada contexto em concreto foram atingidos com sucesso e espelharam uma autoimplicação no processo de aprendizagem, com crescimento pessoal e profissional. A reflexão e o pensamento crítico-reflexivo acompanharam todo o caminho percorrido, na procura constante da excelência dos cuidados de enfermagem, caminho esse caracterizado ainda por uma enorme resiliência, capacidade de adaptação, criatividade, flexibilidade, inteligência emocional e assertividade.

Os contextos distintos da prática revelaram-se enriquecedores nas oportunidades de aprendizagem, na aquisição de um amplo leque de conhecimentos e na partilha de experiências pessoais e profissionais com as equipas de saúde envolvidas. Salienta-se ainda abertura e disponibilidade das mesmas para um crescimento em conjunto e no acolhimento do valor acrescentado aos contextos.

Focando uma prática baseada na melhor evidência, reuniram-se esforços contínuos de pesquisa e análise crítica dos resultados da investigação, que suportassem as práticas e colmassem as dúvidas existentes, com vista ao conhecimento científico especializado e diferenciado e uma praxis de excelência.

A componente de investigação implicou um crescimento imenso relativamente aos conceitos centrais da metodologia de investigação e à sua operacionalização, e facultou a compreensão da percepção dos EEEMC acerca de práticas baseadas na evidência e das principais limitações com que se deparam na implementação da mesma. O estudo desenvolvido acarreta uma contribuição significativa para uma enfermagem baseada na evidência, dotada de tomadas de decisão seguras, com qualidade, segurança e autonomia, que aumentam a satisfação dos cientes e dos profissionais, e promovem o crescimento da enfermagem enquanto disciplina do conhecimento.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Akbiyik, A., Hepçivici, Z., Eşer, I., Uyar, M., & Çetin, P. (2021). The effect of oropharyngeal aspiration before position change on reducing the incidence of ventilator-associated pneumonia. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis*, 40(3), 615-622. <https://doi.org/10.1007/s10096-019-03789-4>
- Alqahtani, N., Oh, K. M., Kitsantas, P., & Rodan, M. (2020). Nurses' evidence-based practice knowledge, attitudes and implementation: A cross-sectional study. *J Clin Nurs*, 29(1-2), 274-283. <https://doi.org/10.1111/jocn.15097>
- Álvares, M. (2021). *Introdução à investigação quantitativa e análise SPSS* (MAGE, Ed.). Universidade Aberta. https://repositorioaberto.uab.pt/bitstream/10400.2/10529/1/E_book_Quantitativos%20%281%29.pdf
- Apóstolo, J. (2017). *Síntese da Evidência no Contexto da Translação da Ciência*. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. https://www.researchgate.net/publication/322861762_Sintese_da_evidencia_no_contexto_da_translacao_da_ciencia
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito: excelência e poder na prática clínica de enfermagem*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Benner, P. (2004). De principiante a perito. *Revista Servir*, 44(3), 23-27.
- Bhardwaj, P. (2019). Types of Sampling in Research. *Journal of the Practice of Cardiovascular Sciences*, 5, 157-163. https://doi.org/10.4103/jpcs.jpcs_62_19
- Camargo, F. C., Iwamoto, H. H., Galvão, C. M., Pereira, G. d. A., Andrade, R. B., & Masso, G. C. (2018). Competências e barreiras para Prática Baseada em Evidências na Enfermagem: revisão integrativa. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 71(4), 2148-2156. <https://doi.org/DOI:http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0617>
- Camargo, F. C., Iwamoto, H. H., Monteiro, D. A. T., Lorena, L. T., & Pereira, G. d. A. (2016). Avaliação de intervenção para difusão da enfermagem baseada em evidências em hospital de ensino. *Revista Gaúcha Enfermagem*, 37, 1-9. <https://doi.org/https://doi.org/10.1590/1983-1447.2016.esp.68962>
- Cambotas, C. M. J. C. (2015). *A prática baseada na evidência em contexto da enfermagem perioperatória* [Dissertação de Mestrado]. Escola Superior de Saúde, Instituto Politécnico de Setúbal.
- Cardoso, D. F. B., Coelho, A. R. N., Louçano, C. d. C., Parola, V. S. d. O., Rodrigues, M. A., Fineout-Overholt, E., & Apóstolo, J. L. A. (2019). Tradução e adaptação de instrumentos sobre prática baseada na evidência para estudantes de enfermagem portugueses. *Revista de Enfermagem Referência*, IV(23), 141-152. <https://doi.org/DOI:10.12707/RIV19058>
- CHBV. (2022). *Missão e Visão. Valores e Princípios*. <https://www.chbv.min-saude.pt/CHVNG/E.>
- CHVNG/E. (2022). *Visão, missão, princípios e valores*. https://www.chvng.pt/PAGE_20210804162144796432
- Connor, L., Paul, F., McCabe, M., & Ziniel, S. (2017). Measuring Nurses' Value, Implementation, and Knowledge of Evidence-Based Practice: Further Psychometric Testing of the Quick-EBP-VIK Survey. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 14(1), 10-21. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/wvn.12190>
- Coutinho, C. P. (2018). *Metodologia de Investigação em Ciências Sociais e Humanas*. Almedina.
- Coutinho, V. R. d. (2016). *Impacto do debriefing associado a práticas simuladas no desenvolvimento de competências em Estudantes de Enfermagem* [Tese de

- Doutoramento]. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto. https://sigarra.up.pt/icbas/pt/pub_geral.pub_view?pi_pub_base_id=200361
- Crawford, C. L., Rondinelli, J., Zuniga, S., Valdez, R. M., Cullen, L., Hanrahan, K., & Titler, M. G. (2020). Testing of the Nursing Evidence-Based Practice Survey. *Worldviews Evid Based Nurs*, 17(2), 118-128. <https://doi.org/10.1111/wvn.12432>
- Cunha, D., Ribeiro, A., & Pereira, F. (2020). Instrumentos de avaliação da dor em pessoas com alteração da consciência: uma revisão sistemática. *Suplemento digital Rev ROL Enferm* 43(1), 59-68. <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/31334/1/59-68.pdf>
- Diário da República (2020). Despacho n.º 11688/2020, de 25 de Novembro. Diário da República, 2.ª Série - N.º 230. <https://files.dre.pt/2s/2020/11/230000000/0017400176.pdf>
- Direção-Geral da Saúde (2015). Norma 020/2015 de 15/12/2015. “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Infecção de Local Cirúrgico. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0202015-de-15122015-pdf.aspx>
- Direção-Geral da Saúde (2015b). Norma 021/2015 de 16/12/2015. “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Pneumonia Associada à Intubação. <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/09/feixe-de-intervencoes-de-prevencao-de-pneumonia-associada-a-intubacao.pdf>
- Direção-Geral da Saúde (2015c). Norma 018/2014 de 09/12/2014, atualizada a 27/04/2015. Prevenção e Controlo de Colonização e Infecção por *Staphylococcus aureus* Resistente à Meticilina (MRSA) nos Hospitais e Unidades de Internamento de Cuidados Continuados Integrados. https://static.sanchoeassociados.com/DireitoMedicina/Omlegissum/legislacao2015/Maio/Norma_018_2014.pdf
- Direção-Geral da Saúde (2017). Norma nº 001/2017 de 08/02/2017. Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde. <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/comunicacao-eficaz-na-transicao-de-cuidados-de-saude.pdf>
- Direção-Geral da Saúde (2017b). Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos. https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/12/DGS_PCIRA_V8.pdf
- Direção-Geral da Saúde (2021). Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021 -2026. Despacho n.º 9390/2021. Diário da República, 2.ª Série. 96-103. <https://www.arsnorte.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/3/2021/09/Plano-Nacional-para-a-Seguranca-dos-Doentes-2021-2026.pdf>
- ECDC (2018). *Surveillance of antimicrobial resistance in Europe 2017: Annual report of the European Antimicrobial Resistance Surveillance Network (EARS-Net)* <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/AMR-surveillance-EARS-Net-2017.pdf>
- Faria, S. S. (2017). Intervenção Especializada de Enfermagem ao Potencial Dador de Órgãos em Morte Cerebral [Dissertação de Mestrado]. Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/21127/1/Relat%c3%b3rio%20de%20Est%c3%a1gio%20%20Interven%c3%a7%c3%a3o%20Especializada%20de%20Enfermagem%20ao%20Potencial%20Dador%20de%20%c3%b3rg%c3%a3os%20em%20Morte%20Cerebral.pdf>
- Farrés-Tarafa, M., Julian, D. B., Lorenzo-Seva, U., Hurtado-Pardos, B., Raurell-Torredà, M., Casas, I., Carballado-Pulido, J., & Roldán-Merino, J. (2022). Cultural adaptation, translation and validation of the Spanish version Debriefing Experience Scale. *PLoS One*, 17(5), e0267956. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0267956>

- Ferreira, M. B., Haas, V. J., Dantas, R. A., Felix, M. M., & Galvão, C. M. (2017). Cultural adaptation and validation of an instrument on barriers for the use of research results. *Rev Lat Am Enfermagem*, 25, e2852. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.1652.2852>
- Figueiredo, A. R. E., Potra, T. M. F. d. S., & Lucas, P. R. M. B. (2020). Transição de cuidados de enfermagem: ISBAR na promoção da segurança dos doentes – revisão scoping. *Ámbitos. Revista Internacional de Comunicación*, 32-48. <https://doi.org/DOI:https://dx.doi.org/10.12795/Ambitos.2020.i49.03>
- Fonseca, T. C. d. P., & Mello, R. (2016). Síndrome de Burnout entre profissionais de enfermagem de unidades intensivas em um hospital público. *Revista de Enfermagem UFPE Online*, 10(1), 296-303. <https://doi.org/file:///C:/Users/FICAT/Downloads/10953-23880-1-PB.pdf>
- Friesen, M. A., Brady, J. M., Milligan, R., & Christensen, P. (2017). Findings From a Pilot Study: Bringing Evidence-Based Practice to the Bedside. *Worldviews Evid Based Nurs*, 14(1), 22-34. <https://doi.org/10.1111/wvn.12195>
- Funk, S. G., Champagne, M. T., Wiese, R. A., & Tornquist, E. M. (1991). BARRIERS: the barriers to research utilization scale. *Appl Nurs Res*, 4(1), 39-45. [https://doi.org/10.1016/s0897-1897\(05\)80052-7](https://doi.org/10.1016/s0897-1897(05)80052-7)
- Gallagher-Ford, L., Koshy Thomas, B., Connor, L., Sinnott, L. T., & Melnyk, B. M. (2020). The Effects of an Intensive Evidence-Based Practice Educational and Skills Building Program on EBP Competency and Attributes. *Worldviews Evid Based Nurs*, 17(1), 71-81. <https://doi.org/10.1111/wvn.12397>
- Goeren, D., John, S., Meskill, K., Iacono, L., Wahl, S., & Scanlon, K. (2018). Quiet Time: A Noise Reduction Initiative in a Neurosurgical Intensive Care Unit. *Crit Care Nurse*, 38(4), 38-44. <https://doi.org/10.4037/ccn2018219>
- Gorsuch, C., Gallagher Ford, L., Koshy Thomas, B., Melnyk, B. M., & Connor, L. (2020). Impact of a Formal Educational Skill-Building Program Based on the ARCC Model to Enhance Evidence-Based Practice Competency in Nurse Teams. *Worldviews Evid Based Nurs*, 17(4), 258-268. <https://doi.org/10.1111/wvn.12463>
- Imbriaco, G., Gazzato, A., Monesi, A., Scquizzato, T., & Semeraro, F. (2022). Evaluation of noise levels in COVID-19 and non-COVID-19 intensive care units in Italy. *Intensive Crit Care Nurs*, 68, 103167. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2021.103167>
- IPST. (2016). *Guia para a qualidade e segurança dos órgãos para transplantação*. (5ª Edição ed.). Conselho de Europa. http://www.ipst.pt/files/TRANSPLANTACAO/DOACAOETRANSPLANTACAO/Guia_Qualidade_rgos_Verso_Portuguesa_final.pdf
- Jung, S., Kim, J., Lee, J., Rhee, C., Na, S., & Yoon, J.-H. (2020). Assessment of Noise Exposure and Its Characteristics in the Intensive Care Unit of a Tertiary Hospital. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(13), 4670. <https://www.mdpi.com/1660-4601/17/13/4670>
- Leonardsen, A. C., Gulbrandsen, T., Wasenius, C., & Fossen, L. T. (2022). Nursing perspectives and strategies in patients with respiratory insufficiency. *Nurs Crit Care*, 27(1), 27-35. <https://doi.org/10.1111/nicc.12555>
- Lima, L. N. d., França, E. G. d., Mola, R., Lacerda, L. C. A. d., Neto, L. B. d. L., & Góis, A. R. d. S. (2021). Conflitos na prática profissional em ambientes de urgência e emergência. *Revista Eletrônica Acervo Saúde* 13(8), 1-11. <https://doi.org/https://doi.org/10.25248/reas.e8273.2021>
- Macedo, R., Dias, A. M. ., Cunha, M. ., Costa, P., Sardo, P., & Macedo, M. (2021). Nursing activities score: adaptação transcultural e validação para a população portuguesa. *Servir*, 2(1), 19-30. <https://doi.org/https://doi.org/10.48492/servir0201.23763>
- Macedo, R. P. A. (2017). *Nursing Activities Score (NAS): adaptação transcultural e validação para a população portuguesa [Dissertação de Mestrado]*. Instituto Politécnico de Viseu]. <https://repositorio.ipv.pt/handle/10400.19/4540>

- Machado, L. M., Camponogara, S., & Moreira, D. Y. I. (2021). O empoderamento como componente do trabalho do enfermeiro: tendência de teses e dissertações. *Brazilian Journal of Development*, 7(8), 83103-83117.
- Marôco, J. (2014). *Análise estatística com o SPSS statistics* (6ª ed., Vol. XII). Pêro Pinheiro : ReportNumber.
- Martins, C. (2011). *Manual de Análise de dados Quantitativos com recurso ao IBM SPSS: Saber decidir, fazer, interpretar e redigir*. Psiquilíbrios Edições.
- McKenna, H. P., Ashton, S., & Keeney, S. (2004). Barriers to evidence-based practice in primary care. *J Adv Nurs*, 45(2), 178-189. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2003.02879.x>
- Mealer, M., & Moss, M. (2016). Moral distress in ICU nurses. *Intensive Care Med*, 42(10), 1615-1617. <https://doi.org/10.1007/s00134-016-4441-1>
- Melnyk, B. M., Gallagher-Ford, L., Zellefrow, C., Tucker, S., Thomas, B., Sinnott, L. T., & Tan, A. (2018). The First U.S. Study on Nurses' Evidence-Based Practice Competencies Indicates Major Deficits That Threaten Healthcare Quality, Safety, and Patient Outcomes. *Worldviews Evid Based Nurs*, 15(1), 16-25. <https://doi.org/10.1111/wvn.12269>
- Moreno, R., & Morais, P. (1997). Validation of the simplified therapeutic intervention scoring system on an independent database. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9255643/>
- Mota, L., Bastos, F., & Brito, M. A. (2018). A pessoa submetida a transplante de fígado: terapêuticas de enfermagem no follow-up. *Revista Referência*, IV, 19-28. <http://www.index-f.com/referencia/2018/r416019.php>
- Mota, L., Maia, C., Soares, F., Marreiros, T., Silva, A. R., & Freitas, R. (2019). Perspetiva dos estudantes e docentes acerca do debriefing na prática simulada. *Revista de Investigação & Inovação em Saúde*, 2(1), 41-50. <https://doi.org/10.37914/riis.v2i1.46>
- Negrinho, A., Ferreira, B., Serrano, D., Ribeiro, E., & Shone, S. (2019). Prevalência da colonização nasal por *Staphylococcus Aureus* resistente à metilina nos técnicos de análises clínicas e saúde pública num hospital do distrito de Lisboa: estudo de caso. *Saúde & Tecnologia*, 22, 34-41. https://repositorio.ipl.pt/bitstream/10400.21/11462/1/Preval%20da%20coloniza%20a%20nasal%20por%20Staphylococcus%20Aureus%20resistente%20a%20metilina%20nos%20t%20a%20c%20n%20ic%20os%20de%20an%20a%20l%20is%20cl%20in%20ic%20as%20e%20sa%20u%20d%20e%20p%20u%20b%20l%20i%20c%20a%20n%20a%20l%20do%20distrito%20de%20Lisboa_estudo%20de%20caso.pdf
- Nuñez, D., Gouveia, J., Sousa, J. P. A. e., Paiva, J. A., Bento, L., Moreira, P., & Araújo, R. (2020). Atualização da Rede Nacional de Especialidade Hospitalar e de Referência 1-35. https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2020/10/RNERH_Medicina-Intensiva_v2020.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (2015a). Código Deontológico (Inserido no Estatuto da OE republicado como anexo pela Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro). <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/CodigoDeontologico.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros (2015b). Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros. Alterado e republicado pela lei n.º 156/2015 de 16 de setembro., 1-112. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/nEstatuto_REPE_29102015_VF_site.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (2017). Parecer Conjunto N.º 01/2017 do Conselho de Enfermagem e Mesa do Colégio da Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Atribuição de Responsável de Turno., 1-3. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/ParecerConjuntoCE_MCEEMC_01-2017_AtribuicaoResponsavelTurno_.pdf

- Ordem dos Enfermeiros (2017b). Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Assembleia Extraordinária do Colégio da Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5681/ponto-2_padroes-qualidade-emc_rev.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (2018). Regulamento n.º 429/2018 - Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa, na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória e na área de enfermagem à pessoa em situação crónica. Diário da República, 2.ª série — N.º 135 — 16 de julho. 19359-19370. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8420/115698537.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros (2018b). Circular normativa de 18/10/2018: Obtenção do Título Profissional de Especialista - Procedimentos e Orientações. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/17192/circular-normativa-cd02_18102018_obten%C3%A7%C3%A3o-tit-prof-enfermeiro-especialista_procedimentos_orient.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (2019a). Revisão do Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem, publicado no Regulamento n.º 533/2014, de 2 de dezembro. 1-33. https://www.aper.pt/Ficheiros/Consulta%20P%C3%BAblica/dot_3.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (2019b). Regulamento número 140/2019 - Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. 4744-4750. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros (2021). *Estatística dos Enfermeiros. Anuário Estatístico 2021*. <https://www.ordemenfermeiros.pt/estat%C3%ADstica-de-enfermeiros/>
- Oliveira, A. E. C., Machado, A. B., Santos, E. D., & Almeida, É. B. (2018). Fadiga de alarmes e as implicações para segurança do paciente. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 71(6), 3211-3216. <https://www.scielo.br/j/reben/a/mFVm9pcsK4PfcFNXHPSxZLF/?format=pdf&lang=pt>
- Oliveira, K. S. (2019). *Inteligência Emocional dos Enfermeiros: Contributos da supervisão Clínica* [Dissertação de Mestrado]. Escola Superior de Enfermagem do Porto. https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/28831/1/Tese_KARINE_mar%C3%A7o%20FORMATADA%20FINAL%20.pdf
- Pacheco, M. S. T. N. S. (2018). *A vulnerabilidade na pessoa em situação crítica: Intervenção de enfermagem especializada* [Dissertação de Mestrado]. Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/27913/1/Relat%C3%B3rio%20de%20est%C3%A1gio%20final.pdf>
- Padilha, K. G., Barbosa, R. L., Andolhe, R., Oliveira, E. M. d., Ducci, A. J., Bregalda, R. S., & Secco, L. M. D. (2017). Carga de trabalho de enfermagem, estresse/burnout, satisfação e incidentes em unidades de terapia intensiva em trauma. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 26(3), 1-8. <https://doi.org/https://doi.org/10.1590/0104-07072017001720016>.
- Paiva, J. A., Fernandes, A., Granja, C., Esteves, F., Ribeiro, J., Nóbrega, J. J., Vaz, J., & Coutinho, P. (2016). Rede de Referência de Medicina Intensiva. 1-87. <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/11/RRH-Medicina-Intensiva.pdf>
- Paler, C. M., & Cachaper, G. A. (2021). Evidence-Based Practice: Are Nurses Ready? *JOURNAL OF NURSING PRACTICE APPLICATIONS & REVIEWS OF RESEARCH*, 11(1), 43-51. <https://doi.org/doi:https://doi.org/10.13178/jnparr.2021.11.01.1006>

- Peixoto, M. J., Pereira, R., Martins, A., Martins, T., & Barbieri, M. (2017). Enfermagem baseada em evidência: atitudes, barreiras e práticas entre contextos de cuidados. *Jornadas Internacionais de Enfermagem Comunitária*, 26-34. https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/31753/1/2016_Jornadas26-34.pdf
- Pereira, M. d. R. C. (2017). *Gestão do Ambiente no Cuidado à Pessoa em Situação Crítica: Uma Intervenção de Enfermagem Especializada* [Dissertação de Mestrado]. Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/22154/1/Relat%c3%b3rio%20de%20Est%c3%a1gio%20Maria%20do%20Ros%c3%a1rio%20Pereira%20n%c2%ba%206746%20CMEPSC.pdf>
- Pereira, R. P. G. (2016). *Enfermagem Baseada na Evidência: Atitudes, Barreiras e Práticas* [Tese de Doutoramento]. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto. <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/84324/2/137294.pdf>
- Pereira, R. P. G. (2021). Eficácia clínica e prática baseada em evidências: avaliação de atitudes, competências e práticas. In. <https://doi.org/10.37885/210303903>
- Pereira, R. P. G., Cardoso, M. J., Martins, M. A., Martins, T., Figueiredo, M. d. C. A. B. d., & Carneiro, A. V. (2015a). Validação da versão portuguesa do questionário de atitudes e barreiras em relação à prática baseada na evidência. *Evidentia - Revista de Enfermeria Basada en la Evidencia*, 12(49), 1-7. <http://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/40460>
- 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., & Carneiro, A. C. V. (2015b). Validation of the Portuguese version of the Evidence-Based Practice Questionnaire. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 23(2), 345-351. <https://doi.org/https://doi.org/10.1590/0104-1169.0367.2561>
- Pina, J. C. B. (2020). *Conhecimentos dos Enfermeiros Portugueses acerca das Intervenções Autónomas no doente com Síndrome Coronário Agudo e Prática Baseada em Evidências* [Dissertação de Mestrado]. Instituto Politécnico de Bragança. <https://bibliotecadigital.ipb.pt/handle/10198/22673>
- Pinto, A. C., Gomes, J. T., Pires, C., Duarte, R. F., Mota, L., & Príncipe, F. (2021). Fatores preditivos de descompensação da pessoa em situação crítica no serviço de urgência. *Revista de Investigação & Inovação em Saúde*, 4(2), 19-27. <https://doi.org/10.37914/riis.v4i2.147>
- Pinto, A.C.P., & Mota, L. A. N (2022). Evidence-based practice surveys and questionnaires for nurses: scoping review protocol. <https://doi.org/10.17605/OSF.IO/NB2PU>
- Queirós, P. (2017). Nota Introdutória. *Revista Investigação em Enfermagem*. <https://www.sinaisvitais.pt/index.php/revista-investigacao-enfermagem/rie-serie-2/757-rie-18-fevereiro-2017>
- Rahmayanti, E. I., Kadar, K. S., & Saleh, A. (2020). Readiness , Barriers and Potential Strenght of Nursing in Implementing Evidence-Based Practice. *International Journal of Caring Sciences*, 13(2), 1203-1211. http://www.internationaljournalofcaringsciences.org/docs/44_1_rahmayanti_original_13_2.pdf
- Rospendowski, K., Alexandre, N. M. C., & Cornélio, M. E. (2014). Cultural adaptation to Brazil and psychometric performance of the “Evidence-Based Practice Questionnaire”. *Acta Paul Enferm*, 27(5), 405-411. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201400068>
- Saunders, H., & Vehviläinen-Julkunen, K. (2018). Key considerations for selecting instruments when evaluating healthcare professionals' evidence-based practice competencies: A discussion paper. *J Adv Nurs*, 74(10), 2301-2311. <https://doi.org/10.1111/jan.13802>
- Schneider, L. R., Pereira, R. P., & Ferraz, L. (2020). Enfermagem e pesquisa na atenção primária: conhecimentos e habilidades para a prática baseada em evidência. *Revista*

- de Enfermagem e Atenção à Saúde*, 9(1), 113-126. <https://doi.org/10.18554/reas.v9i1.3944>
- Ścisło, L., Walewska, E., Bodys-Cupak, I., Gniadek, A., & Kózka, M. (2022). Nutritional Status Disorders and Selected Risk Factors of Ventilator-Associated Pneumonia (VAP) in Patients Treated in the Intensive Care Ward-A Retrospective Study. *Int J Environ Res Public Health*, 19(1). <https://doi.org/10.3390/ijerph19010602>
- Silva, J. D. O. M., Santos, L. C. O., Menezes, A. N., Lopes Neto, A., Melo, L. S., & Silva, F. J. C. P. (2021). Utilização Da Prática Baseada Em Evidências Por Enfermeiros No Serviço Hospitalar. *Revista Cogitare Enfermagem*, 26. <https://doi.org/10.5380/ce.v26i0.67898>
- Silva, S. C. F. d. (2020). *Gestão dos alarmes clínicos na segurança do doente crítico: perspetiva do enfermeiro numa Unidade de Cuidados Intensivos Cardíacos [Dissertação de Mestrado]*. Universidade do Minho. <https://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/69742/1/Dissertacao%20Sonia%20Cristina%20Faria%20da%20Silva.pdf>
- Simões, J. F. L. (2020). *Análise da Carga de Trabalho de Enfermagem de um Serviço de Medicina Intensiva [Dissertação de Mestrado]*. Instituto Politécnico de Bragança. <https://bibliotecadigital.ipb.pt/handle/10198/22672?locale=en>
- Sousa, C. G. (2020). *Simulação de Alta-Fidelidade enquanto Estratégia Formativa de Enfermeiros de Unidades de Cuidados Intensivos em Reanimação Cardio-Pulmonar [Dissertação de Mestrado]*. Instituto Politécnico de Viana do Castelo. http://repositorio.ipvc.pt/bitstream/20.500.11960/2556/1/Carolina_Sousa.pdf
- Souza, A. C., Alexandre, N.M.C., & Guirardello, E.B. (2017). Propriedades psicométricas na avaliação de instrumentos: avaliação da confiabilidade e da validade. *Epidemiol. Serv. Saude*, 26(3), 649-659. <https://doi.org/doi:10.5123/S1679-49742017000300022>
- Souza, V. C., & Melo, R. B. (2021). Efeito dos ruídos da unidade de terapia intensiva na equipe de enfermagem: uma revisão. *Brazilian Journal of Health Review*, 4(4), 14571-14580. <https://doi.org/http://10.34119/bjhrv4n4-017>
- Teixeira, A. I. (2021). *Supervisão Clínica em Enfermagem -Contributo para a Prática Baseada na Evidência e Competência Emocional [Tese de Doutoramento]*. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/136599/2/502760.pdf>
- Teixeira, P. M. (2018). On the Meaning of Statistical Significance. *Revista Científica da Ordem dos Médicos*, 31(5), 238-240. <https://doi.org/https://doi.org/10.20344/amp.9375>
- Torres, C. P. M. B. (2019). *Enfermagem Baseada na Evidência nos Cuidados Prestados à Criança e Família: Atitudes e Barreiras – Estudo realizado num serviço de Pediatria do Norte de Portugal [Dissertação de Mestrado]*. Associação De Politécnicos Do Norte Instituto Politécnico Do Porto. https://recipp.ipp.pt/bitstream/10400.22/15591/1/DM_C%C3%A2niaTorres_2019_MGO.pdf
- Underhill, M., Roper, K., Siefert, M. L., Boucher, J., & Berry, D. (2015). Evidence-based practice beliefs and implementation before and after an initiative to promote evidence-based nursing in an ambulatory oncology setting. *Worldviews Evid Based Nurs*, 12(2), 70-78. <https://doi.org/10.1111/wvn.12080>
- Upton, D., & Upton, P. (2006). Development of an evidence-based practice questionnaire for nurses. *J Adv Nurs*, 53(4), 454-458. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2006.03739.x>
- Vázquez-Calatayud, M., Errasti-Ibarrondo, B., & Choperena, A. (2021). Nurses' continuing professional development: A systematic literature review. *Nurse Educ Pract*, 50, 102963. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2020.102963>

- Vilelas, J., & Basto, M. L. (2011). Validação para a Língua Portuguesa da Escala de Funck et al., “Barreiras à Utilização da Investigação”. *Pensar Enfermagem*, 15(1), 25-38. https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/23942/1/2011_15_1_25-38.pdf
- Vreman, J., Loon, L. M., Biggelaar, W., Hoeven, J. G., Lemson, J., & Boogaard, M. (2020). Contribution of alarm noise to average sound pressure levels in the ICU: An observational cross-sectional study. *Intensive Crit Care Nurs*, 61, 102901. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2020.102901>
- WHO (2021). *Global strategic directions for Nursing and Midwifery 2021-2025*. [file:///C:/Users/FICAT/Downloads/9789240033863-eng%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/FICAT/Downloads/9789240033863-eng%20(1).pdf)
- Xie, Y. D., Li, X. Y., Liu, Q., Huang, R., Li, T., Fang, Y. X., Luo, D., Wan, Y., Yang, B. X., & Reed, S. J. (2022). Cross-cultural validation and psychometric testing of the Debriefing Experience Scale (DES): a cross-sectional study. *BMC Med Educ*, 22(1), 272. <https://doi.org/10.1186/s12909-022-03332-8>

ANEXOS

ANEXO I: Póster resumo – Etapas da Prática Baseada na Evidência

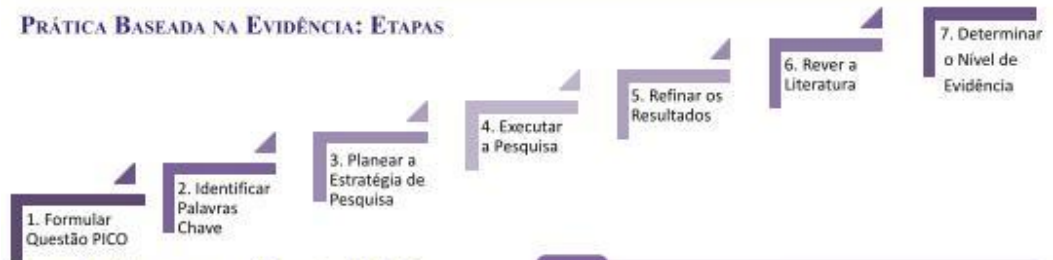
PRÁTICA BASEADA NA EVIDÊNCIA: ETAPAS

Pinto, Catarina*; Tavares, Nuno**; Marcos, Mafalda**.
Mestranda 1º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica - Pessoa em Situação Crítica ESSNorteCVP
**Enfermeiro (a) Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica UCICET - CHVMS/E

PRÁTICA BASEADA NA EVIDÊNCIA: O QUE É?

A Prática Baseada na Evidência (PBE) reporta-se à integração da melhor evidência científica disponível com a experiência clínica individual do profissional, focando as preferências, escolhas e valores da pessoa no centro dos cuidados, de acordo com a realidade dos recursos disponíveis (Silva, 2021). O recurso à PBE nos contextos de prática clínica tem um impacto positivo nos cuidados de saúde (Cardoso, 2019) e é considerado a chave para medir a qualidade da saúde (Naji Alqahntani et al., 2020).

PRÁTICA BASEADA NA EVIDÊNCIA: ETAPAS



ETAPA 1: FORMULAR A QUESTÃO PICO

PICO - Permite a elaboração de uma questão de investigação bem estruturada, antes de iniciar a pesquisa.

Exemplo 1:

Efeitos do Ruído nos enfermeiros das UCI

Questão de Investigação:

Qual o impacto do Ruído no bem estar e no desempenho profissional dos enfermeiros das UCI?

P	<ul style="list-style-type: none"> Paciente, População, Problema Qual o indivíduo ou grupo que queremos estudar?
I	<ul style="list-style-type: none"> Intervenção/ Exposição Qual a ação (intervenção, tratamento, exposição) que estamos a considerar?
C	<ul style="list-style-type: none"> Comparação/ Controle Definida como uma intervenção padrão ou a mais utilizada ou nenhuma intervenção. Nem sempre se aplica.
O	<ul style="list-style-type: none"> Outcome (resultado) Quais os resultados esperados?

ETAPA 2: IDENTIFICAR AS PALAVRAS CHAVE

Elementos PICO (Exemplo 1)	Palavras-Chave (Etapa 2)	Descritores/ MeSH Terms (Etapa 3)	Estratégias de Pesquisa (Etapa 4)	Estratégia de Pesquisa Final (Etapa 4)
P População	Enfermeiros das UCI	Nurses Intensive Care Units	Nurses OR Nursing AND Intensive Care Units	(Nurses OR Nursing) AND
I Intervenção	Ruído Ocupacional	Noise	Noise OR Occupational Noise	(Intensive Care Units) AND
C Comparação	Não se aplica			(Noise OR Occupational Noise)
O Outcome	Efeitos do ruído no bem estar e desempenho profissional dos Enf's.			

ETAPA 3: PLANEAR A ESTRATÉGIA DE PESQUISA

Determinar as bases de dados
Definir os Descritores em Ciências da Saúde (DeCs) e os Medical Subject Headings (MeSH)

ETAPA 6: REVISÃO DA LITERATURA

Selecionar os artigos mais relevantes face à questão PICO definida
Leitura do Título
Leitura do Resumo
Leitura do Texto Integral

ETAPA 4: EXECUTAR A PESQUISA

Definir frase booleana (Operadores booleanos: AND /OR /NOT)
Realizar a pesquisa individualmente para cada elemento PICO.
No fim, combinar as pesquisas de cada elemento PICO usando o histórico de pesquisa das bases de dados.

ETAPA 7: DETERMINAR O NÍVEL DE EVIDÊNCIA

ETAPA 5: REFINAR OS RESULTADOS

Definir critérios de inclusão/ exclusão (Exemplo 1):

Estudos com humanos/adultos
Texto integral disponível
Idioma: Inglês, Português e Espanhol
Estudos referentes à prática de enfermagem em UCI



©CNPq-Imagem, S.L.

**ANEXO II: Póster “O Impacte do Ruído Ocupacional nos
Enfermeiros das Unidades de Cuidados Intensivos”**

PO 548

O IMPACTE DO RUÍDO OCUPACIONAL NOS ENFERMEIROS DAS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS

Pinto, Catarina¹; Teixeira, Nuno²; Marcos, Nafalde³; Mesquita, Vera⁴; Silva, Marta⁵; Quilhas, Mariana⁶; Ribeiro, Paula⁷; Araújo, Maria José⁸
¹Uniflup, ²Uniflup, ³Uniflup, ⁴Uniflup, ⁵Uniflup, ⁶Uniflup, ⁷Uniflup, ⁸Uniflup

INTRODUÇÃO

As unidades de cuidados intensivos (UCI) são caracterizadas pela prestação de cuidados especializados e monitorização rigorosa de sinais vitais. Os cuidados focados no doente crítico requerem intervenções e dispositivos médicos que geram ruído, como os ventiladores, os monitores, as bombas infusoras e outros equipamentos de suporte de vida (Jung et al., 2020). O ruído provém ainda de outras fontes relacionadas com fatores operacionais, onde estão incluídas as conversas entre os profissionais de saúde e as chamadas telefónicas, e estruturais, como são exemplo os sistemas de ventilação e ar condicionado e a abertura/fecho de portas, armários e gavetas (Goeren et al., 2018). As diretrizes da Organização Mundial de Saúde (OMS) definem que os níveis de ruído hospitalar não devem exceder os 35 dB (Souza, 2021). Contudo, a maioria das UCI são muito movimentadas, caóticas e barulhentas, com um impacto negativo nos resultados do doente crítico (Goeren et al., 2018; Jung et al., 2020), mas também na equipa de saúde (Jung, 2020), nomeadamente nos enfermeiros.

OBJETIVO

Apresentar a melhor evidência disponível do impacto do ruído ocupacional no bem-estar e no desempenho profissional dos enfermeiros das UCI.

MATERIAL E MÉTODOS

Revisão Integrativa da literatura, que teve como questão norteadora, elaborada segundo a metodologia PICO: "Qual o impacto do ruído ocupacional no bem-estar e no desempenho profissional dos enfermeiros das UCI?".

Colheita de dados realizada em Janeiro de 2022, através das bases de dados: CINAHL (VIA EBSCO), MEDLINE (via EBSCO), PUBMED, Scielo e LILACS. A literatura cinzenta foi pesquisada em RCAAAP e OpenGrey.

Frase booleana utilizada (adaptada às bases de dados utilizadas): (nurses OR nursing) AND (intensive care units) AND (noise OR occupational noise).

Crítérios de inclusão/exclusão: estudos referentes a humanos, população adulta e à prática de enfermagem em unidades de cuidados intensivos, com texto integral disponível, sem limite temporal. Os idiomas considerados foram o inglês, português e espanhol.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

*Silva, V.; Melo, R. (2021). Efeito dos ruídos da unidade de terapia intensiva no estado de saúde dos enfermeiros: uma revisão. *Brasileira Journal of Health Review*, 4(1), 2671-2680. DOI:10.34119/bjhr.v4i1.817. * Santos, G., Barros F., Rocha P., Silva R. (2020). Ruído na comunicação durante o trabalho da equipe de enfermagem de unidade de terapia intensiva. *Ponto de Vista Enfermagem*, 28, 3-18. <https://doi.org/10.1500/1518-2205-2018-0014>. *Tang, S., Kim, I., Lee, J., Park, C., Na, S.; Yoon, S. (2020). Assessment of Noise Exposure and Its Characteristics in the Intensive Care Unit of a Tertiary Hospital. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17 (4076), 1-8. DOI:10.3390/ijerph17144076. *Goeren, L.J., van der Wal, A.C.M., van't Hof-Grootenboer, E., van't Hof-Grootenboer, E., van't Hof-Grootenboer, E. (2018). Quiet Time: A Noise Reduction Initiative in a Neurological Intensive Care Unit. *ICU*, 28 (4), 88-94. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.icu.2018.07.005>. *Fleming, J., Linn, L., Sogolow, R., Hooten, J., Linn, J., Bongaard, M. (2018). Contribution of alarm noise to average sound pressure levels in the ICU: An observational cross-sectional study. *Intensive & Critical Care Nursing*, 51, 1-6. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2018.10.004>.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Identificaram-se 159 artigos, dos quais 15 foram elegíveis para a revisão. A evidência demonstra que o nível de ruído existente nas UCI é superior ao recomendado pela OMS e advém de diversas fontes, como os ventiladores, os monitores, as bombas perfusoras, os alarmes, a equipa multidisciplinar e o próprio doente. O ruído tem um impacto negativo nos enfermeiros ao comprometer o seu bem estar físico/emocional e o desempenho profissional, como é apresentado na tabela seguinte.

AUTOR/ ANO/ PAIS	RESULTADOS
Fonseca, T. (2016) Brasil	Fontes de stress mais referenciada pelos enfermeiros e indutor de Burnout.
Goeren, L. (2018) EUA	A implementação da estratégia de horários de silêncio promoveu a redução do stress e aumento da satisfação da equipa de enfermagem.
Jung, S. (2020) Coreia	Fonte de risco físico; interfere com a saúde auditiva e não auditiva, como distúrbios do sono, efeitos cardiovasculares e problemas psicológicos.
Imbracci, G. (2022) Itália	Promotor de stress, aumentado o risco de ocorrência de erros e complicações.
Khademi, G. (2011) Irão	Aumento da ansiedade e do cansaço da equipa e reduzir a comunicação verbal eficaz.
Cho, W. (2019) Coreia	Aumento do stress e da fadiga.
Korkani, A. (2014) EUA	Promove o stress, a fadiga, interfere no desempenho e na comunicação; diminui a inteligibilidade da fala; efeitos adversos cardiovasculares e psicológicos, como cefaleias, ansiedade e exaustão emocional.
Vreman, J. (2020) Países Baixos	Interfere na concentração dos enfermeiros e induz o erro.
Johansson, L. (2018) Suécia	Interfere negativamente com o desempenho profissional.
Santos, G. (2019) Brasil	Interfere na passagem de informação dos doentes, levando a procedimentos desnecessários, errados ou a sua não realização; Afeta negativamente o cuidado de enfermagem, colocando em causa a segurança do doente.
Chavaglia, S. (2011) Brasil	Afeta a acuidade auditiva, promove o cansaço, irritação, stress, lapsos de memória, maior esforço mental na realização das tarefas; aumenta o risco de eventos adversos.
Albuquerque, G. (2015) Brasil	Um dos principais fatores de risco físico à segurança do enfermeiro, afeta negativamente a sua saúde, causa desconforto e aumento do stress.
Oliveira, E. (2009) Brasil	Afeta a acuidade auditiva, causa cansaço, irritação, desgaste e stress; interfere na concentração, dispersa a atenção, afeta o ritmo de trabalho e provoca maior esforço físico e mental; promove a insatisfação e a ansiedade.
Leitão, I. (2006) Brasil	Um dos principais riscos ocupacionais; propicia a perda auditiva; coloca em causa a segurança do enfermeiro e aumenta o risco de acidentes no trabalho; causa irritação, distúrbios no sono e dificuldade de comunicação; dificuldade na concentração, afetando o desempenho profissional.
Souza, V. (2021) Portugal	Promove o stress, a exaustão emocional, alterações nas funções cognitivas, induz a ansiedade e queixas de neurose; afeta a concentração e o desempenho no trabalho e reduz a comunicação adequada; aumenta a frequência cardíaca e a redução da acuidade auditiva.



CONCLUSÃO

A evidência científica apresentada demonstra o impacto negativo do ruído nos enfermeiros das UCI, pelo que, em termos de implicações para a prática, urge desenvolver estratégias no sentido de reduzir os seus níveis nestas unidades. Quanto a estudos futuros, seria pertinente mapear a evidência no que diz respeito a protocolos de redução de ruído nas UCI.

ANEXO III: Planificação da ação de formação “Prática Baseada na Evidência”

<p>Formadora: Ana Catarina Pereira Pinto</p> <p>Tutoria: Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica Neuza Maia e Cátia Oliveira</p> <p>Orientação: Professora Doutora Liliana Mota</p> <p>Destinatários: Enfermeiros/alunos do SMI do CHBV</p> <p>Data/Hora: 23 Maio de 2022/14h</p>					
Objetivo Geral	Objetivos Específicos	Conteúdos	Estratégias Metodológicas	Recursos Materiais	Tempo
Incrementar a operacionalização da prática baseada na evidência, promovendo a incorporação da evidência científica nos processos de tomada de decisão no contexto da prática clínica.	<p>Descrever o conceito, os pilares, os benefícios e as etapas da PBE;</p> <p>Descrever os passos da estratégia PICO;</p> <p>Promover o desenvolvimento de competências para a implementação da PBE;</p> <p>Fomentar uma cultura de PBE no contexto do SMI.</p>	<p>Introdução</p> <p>Desenvolvimento</p> <p>Conceito</p> <p>Enquadramento</p> <p>Etapas da PBE</p> <p>Estratégia PICO</p> <p>Disseminação dos resultados</p> <p>Conclusão</p>	<p>Método expositivo</p> <p>Exemplos práticos</p>	<p>Sala de Formação</p> <p>Computador</p> <p>Projetor</p>	<p>Introdução: 05 min</p> <p>Desenvolvimento: 35 min</p> <p>Conclusão: 05 min</p>

ANEXO IV: Ação de formação “Prática Baseada na Evidência”




PRÁTICA BASEADA NA EVIDÊNCIA

Ana Catarina Pereira Pinto – Mestranda 1º MEMC
Orientação: Professora Doutora Liliana Mota
Tutoria: EEMC Neuzza Maia e Cátia Oliveira
SMI/Maio 2022

OBJETIVO

Incrementar a operacionalização da PBE, promovendo a incorporação da evidência científica nos processos de tomada de decisão no contexto da prática clínica.

2



SUMÁRIO

- Conceito
- Enquadramento
- Etapas
- PICO
- Disseminação dos resultados

3

CONCEITO

4



Integração da **melhor evidência científica** disponível com a **experiência clínica** individual do profissional, focando as **preferências**, as **escolhas** e os **valores da pessoa** no centro dos cuidados, de acordo com a realidade dos recursos disponíveis.

(Silva, 2021)

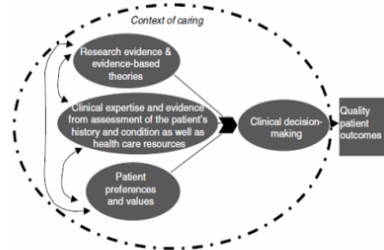
5

Implementation of Evidence: Moving from Evidence to Action

Worldviews on Evidence-Based Nursing • Fourth Quarter 2006

Section Editors: Ellen Fineout-Overholt, RN, PhD, Linda Johnston, RN, PhD

Education and Teaching



Used with permission © Maltyk & Fineout-Overholt, 2003

Figure 1. Sample EBP conceptual model to drive education and practice.

(Pereira, 2017)



(Sackett et al. 1997)

6



<p> REVISTA DA ESCOLA DE ENFERMAGEM DA USP JOURNAL OF SCHOOL OF NURSING - UNIVERSITY OF SÃO PAULO</p> <p>PROFESSIONAL EXPERIENCE REPORT doi: https://doi.org/10.1590/S1980-220X2020016303718</p> <p>Educating for the implementation of evidence-based healthcare in Brazil: the JBI methodology</p> <p>Formando para implementação de evidências em saúde no Brasil: a metodologia JBI Formación para la implementación de la evidencia en salud en Brasil: la metodología del JBI</p> <p><small>How to cite this article: Pouchet VMA, Oliveira LB, Gomes ET, Santos KB, Carbogim FC. Educating for the implementation of evidence-based healthcare in Brazil: the JBI methodology. Rev Esc Enferm USP. 2021;55:e03718. doi: https://doi.org/10.1590/S1980-220X2020016303718</small></p> <p>594 ARTIGO ORIGINAL ORIGINAL ARTICLE</p>	<p> REBEn REVIEW</p> <p>Competences and Barriers for the Evidence-Based Practice in Nursing: an integrative review</p> <p><i>Competências e barreiras para Prática Baseada em Evidências na Enfermagem: revisão integrativa</i> <i>Competencias y barreras para Práctica Basada en Evidencias en la Enfermería: revisión integrativa</i></p>
<p>A prática baseada em evidência no contexto da Atenção Primária à Saúde <i>Evidence-based practice in the context of Primary Health Care</i></p> <p>Luana Roberta Schneider¹, Rui Pedro Gomes Pereira², Lucimare Ferraz³</p>	<p>RELATOS DE EXPERIÊNCIA RBEP</p> <p>Ensino e aprendizagem da prática baseada em evidências nos cursos de Enfermagem e Medicina*</p> <p><small>* Parte do livro comemorativo aos 50 anos da Revista Brasileira de Enfermagem, apresentado no 37º Congresso Nacional de Práticas Pedagógicas em Enfermagem, realizado em Brasília, Portugal, em 2018.</small></p> <p><small>¹ Universidade Comendador de Byssipio de Campos, São Carlos, Brasil. luana@ufscar.br, luana@ufscar.br, luana@ufscar.br</small></p> <p><small>² Universidade Comendador de Byssipio de Campos, São Carlos, Brasil. rui@ufscar.br, rui@ufscar.br, rui@ufscar.br</small></p> <p><small>³ Universidade Comendador de Byssipio de Campos, São Carlos, Brasil. lucimare@ufscar.br, lucimare@ufscar.br, lucimare@ufscar.br</small></p>
<p>Rev. Latino-Am. Enfermagem 2018;26:e3026 DOI: 10.1590/S1518-8345.2502.3026 www.eerp.usp.br/rlae</p> <p> RLAE Revista Latino-Americana de Enfermagem</p> <p>Original Article</p> <p>Effectiveness of an Evidence-Based Practice educational intervention with second-year nursing students¹</p>	<p> REVISTA DA ESCOLA DE ENFERMAGEM DA USP JOURNAL OF SCHOOL OF NURSING - UNIVERSITY OF SÃO PAULO</p> <p>ORIGINAL ARTICLE DOI: https://doi.org/10.1590/S1980-220X-REELISIP-2020-0428</p> <p>Knowledge, skills, and attitudes of nursing students on evidence-based practice</p> <p>Conhecimentos, habilidades e atitudes de estudantes de enfermagem sobre a prática baseada em evidências</p>

 **REVISTA DA ESCOLA DE ENFERMAGEM DA USP**
JOURNAL OF SCHOOL OF NURSING - UNIVERSITY OF SÃO PAULO

ORIGINAL ARTICLE <https://doi.org/10.1590/S1989-220X2020012003768>

Validation of the Brazilian Portuguese version of Evidence-based Practice Knowledge Assessment in Nursing (EKAN)

Validação da versão Brasileira da *Evidence-based Practice Knowledge Assessment in Nursing* (EKAN)
Validación de versión brasileña de la *Evidence-based Practice Knowledge Assessment in Nursing* (EKAN)

51. Prática Baseada na Evidência em Enfermagem: estado da arte

Isabel Lage¹, Simão Vilaça, Odete Araújo, Manuela Almendra, Rui Novais e Fátima Braga
Escola de Enfermagem, Universidade do Minho, ilage@ese.uminho.pt

Resumo
Esta investigação procurou sintetizar os resultados de estudos empíricos sobre a transferência de conhecimento científico em enfermagem para a prática clínica. Os contextos organizacionais, o desconhecimento dos enfermeiros na utilização de ferramentas de pesquisa e a interpretação dos resultados de investigação, são as principais barreiras à prática baseada na evidência.

Palavras chave
Prática baseada na evidência, enfermagem, translação.

 JOURNAL OF NURSING PRACTICE APPLICATIONS & REVIEWS OF RESEARCH

Enfermagem baseada em evidência: atitudes, barreiras e práticas entre contextos de cuidados

Maria José Peixoto¹; Rui Pereira²; Alice Martins³; Teresa Martins⁴ & Céu Barbier⁵
¹Professora Coordenadora, ESEP (mariajose@esenf.pt); ²Professor Adjunto, ESE-Minho (ruipeira@ese.uminho.pt); ³Enfermeira Chefe, ULISM (m.alice.martins1@gmail.com); ⁴Professora Coordenadora, ESEP (teresam@esenf.pt); ⁵Professora Coor-

Evidence-Based Practice: Are Nurses Ready?
Catherine M. Paler & Girlyn Arganza Cachaper

Curationis
ISSN: (Online) 2223-6279, (Print) 0379-8577

Page 1 of 7 Original Research




Rwandan nursing students' knowledge, attitudes and application of evidence-based practice

Empowering Nurses With Evidence-Based Practice Environments: Surveying Magnet[®], Pathway to Excellence[®], and Non-Magnet Facilities in One Healthcare System

AOSIS Original Article



PBE

 QUALIDADE	 SEGURANÇA	 CREDIBILIDADE
 CUSTOS	 DISCIPLINA DO CONHECIMENTO	 POLÍTICAS DE SAÚDE

(Pina, 2020) 10



Impacte positivo

Resultados do doente

11



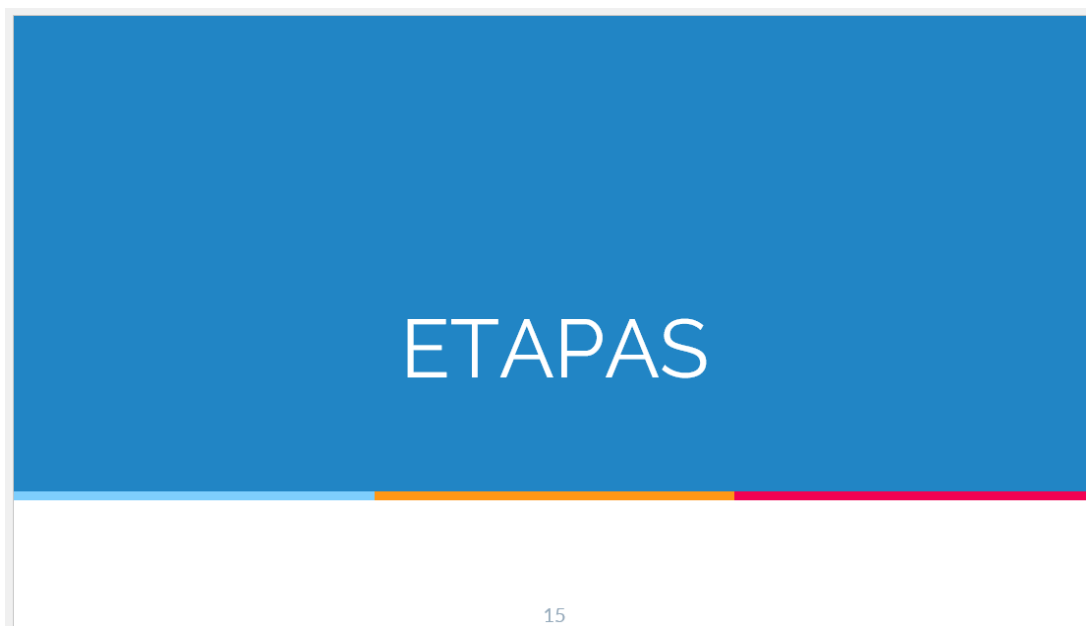
(Apóstolo, 2017)

12



FACILITADORES	BARREIRAS
Cultura organizacional	Falta de tempo
Formação pós-graduada	Falta de formação
Incorporação de UC sobre PBE na licenciatura	Défice de incentivo
Parceria docentes investigadores/enfermeiros da prática clínica	Cultura Organizacional
Formação contínua	Resistência da liderança
Disponibilidade de tempo	Falta de competência para analisar criticamente resultados científicos
Disponibilidade de recursos	Dificuldade em cumprir as etapas de investigação

(Cardoso, 2019; Pina, 2020; Shneider, 2020; Silva, 2021) 14



PICO

17



PICO is a format for developing a good clinical research question prior to starting one's research.

(Cinahl complete, s.d.)

18



1 Formular a questão PICO

P Paciente, População, Problema.
Qual o indivíduo ou grupo que queremos estudar?

I Intervenção/ Exposição.
Qual a ação que estamos a considerar?

C Comparação/ Controle.
Definida como uma intervenção padrão/mais utilizada/nenhuma ntervenção.
Nem sempre se aplica.

O Outcome (resultado)
Quais os resultados esperados?

20

1 Formular a questão PICO

Exemplo 1 :
Dor pós-operatória após cirurgia por Esternotomia vs Dor pós-operatória após cirurgia por Toracotomia

Elementos PICO (Exemplo 1)
P: Doentes internados no serviço de cirurgia cardiotorácica
I : Toracotomia
C: Esternotomia convencional
O: Dor pós-operatória

Questão de Investigação:
Os doentes submetidos a cirurgia por toracotomia referem menos dor pós-operatória do que os submetidos a esternotomia convencional?

21

1 Formular a questão PICO

Exemplo 2 :
Efeitos do ruído ocupacional nos enfermeiros das UCI

Elementos PICO (Exemplo 2)
P: Enfermeiros que exercem funções nas UCI
I (E): Ruído existente nas UCI
C: não se aplica
O: bem estar e desempenho profissional dos enfermeiros

Questão de Investigação:
Quais os efeitos do ruído ocupacional no bem estar e no desempenho profissional dos enfermeiros das UCI?

22

3 Planear a estratégia de pesquisa

- Determinar as bases de dados

Logos of various databases and services: b-on (biblioteca do conhecimento online), CINAHL (Advanced Searching Tutorial), SciELO, ACAAP (Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal), MEDLINE, LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), Open Grey, Cochrane Library, PubMed, and BVS (biblioteca virtual em saúde).

Available via EBSCOhost

24

3 Planear a estratégia de pesquisa

- Definir os Descritores em Ciências da Saúde (DeCs)

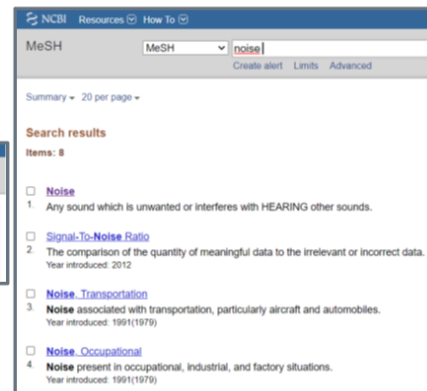
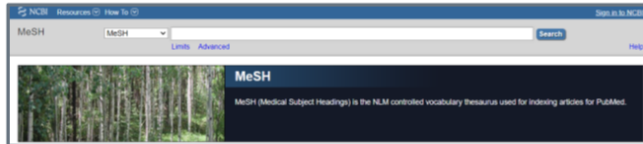
Search interface for DeCS/MeSH. The search box contains the text "Use * ou \$ para pesquisa truncada".

Descritor em português:	Ruido
Termo(s) alternativo(s):	Barulho Barulhos Contaminação Sonora Poluição Acústica Poluição Sonora Ruídos
Descritor em inglês:	Noise
Descritor em espanhol:	Ruido
Descritor em francês:	Bruit

25

3 Planear a estratégia de pesquisa

- Definir os Medical Subject Headings (MeSH)



26

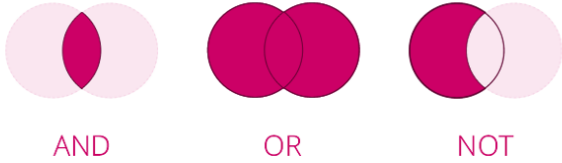
3 Planear a estratégia de pesquisa

Elementos PICO (Exemplo 2)	Palavras-Chave	Descritores/ MeSH Terms
P: Enfermeiros que exercem funções nas UCI	Enfermeiros	Nurses Nursing
	UCI	Intensive Care Units
I (E): Ruído existente nas UCI	Ruído	Noise
	Ruído Ocupacional	Occupational Noise
C: não se aplica		
O: bem estar e desempenho profissional dos enfermeiros		

27

4 Executar a pesquisa

- Definir frase booleana (Operadores booleanos : **AND /OR /NOT**)
- Realizar a pesquisa individualmente para cada elemento PICO.
- No fim, combinar as pesquisas de cada elemento PICO usando o histórico de pesquisa das bases de dados.



AND OR NOT

(<https://biblioteca.pucrs.br/noticias/otimize-suas-buscas-com-operadores-que-relacionam-palavras/>)

28

4 Executar a pesquisa

Elementos PICO (Exemplo 2)	Palavras-Chave	Descritores/ MeSH Terms	Estratégias de Pesquisa	Estratégia de Pesquisa Final
P: Enfermeiros que exercem funções nas UCI	Enfermeiros	<u>Nurses</u>	Nurses OR Nursing	(Nurses OR Nursing) AND
	UCI	<u>Intensive Units</u> <u>Care</u>	AND Intensive Care Units	
I (E): Ruído existente nas UCI	Ruído	Noise	Noise	(Intensive Care Units) AND
	Ruído Ocupacional	<u>Occupational Noise</u>	OR <u>Occupational Noise</u>	
C: não se aplica				AND (Noise OR Occupational Noise)
O: bem estar e desempenho profissional dos enfermeiros				

29

4

Executar a pesquisa

NIH National Library of Medicine
National Center for Biotechnology Information

PubMed Advanced Search Builder

Add terms to the query box

All Fields Enter a search term AND Show Index

Query box

(((nurses) OR (nursing)) AND (intensive care units)) AND (noise OR occupational noise)

Add to History

30

5

Refinar os resultados

- Definir critérios de inclusão/ exclusão
- Aplicar filtros
- Exemplo 2:
 - Estudos com humanos/adultos
 - Texto integral disponível
 - Idioma: Inglês, Português e Espanhol
 - Estudos referentes à prática de enfermagem em UCI

ARTICLE TYPE

SPECIES

LANGUAGE

SEX

JOURNAL

AGE

Address

Autobiography

Biography

Case Reports

Clinical Article

Clinical Conference

Clinical Study

Clinical Trial Protocol

Clinical Trial, Phase I

Introductory Journal Article

Lecture

Legal Case

Legislation

Letter

Multicenter Study

News

Newspaper Article

Observational Study

Observational Study, Veterinary

Cancel Show

Filter

> Collection + OPTIONS

> Journal + OPTIONS

> Language + OPTIONS

> Publication Year + OPTIONS

> SciELO Thematic Areas + OPTIONS

> WoS Subject Categories + OPTIONS

> WoS Citation Index + OPTIONS

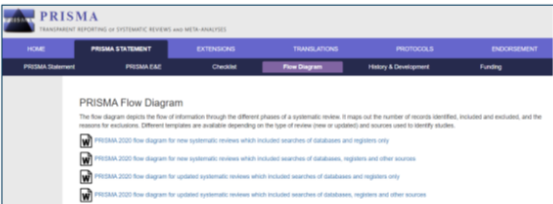
> Citables and non citables + OPTIONS

> Type of Literature + OPTIONS

31

6 Rever a literatura

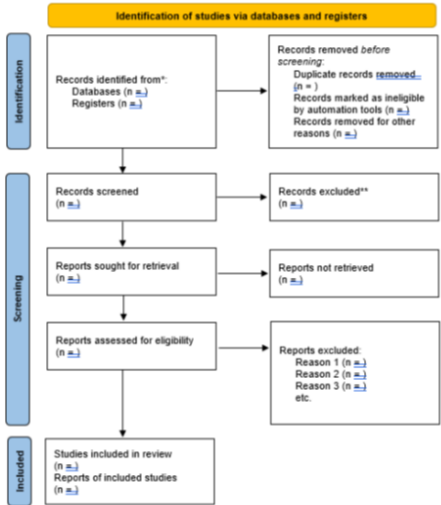
- Selecionar os **artigos mais relevantes** (face à questão PICO definida)
- Leitura do **Título**
- Leitura do **Resumo**
- Leitura do **Texto Integral**



PRISMA Flow Diagram

The flow diagram depicts the flow of information through the different phases of a systematic review. It maps out the number of records identified, included and excluded, and the reasons for exclusions. Different templates are available depending on the type of review (new or updated) and sources used to identify studies.

- PRISMA 2009 flow diagram for new systematic reviews which included searches of databases and registers only
- PRISMA 2009 flow diagram for new systematic reviews which included searches of databases, registers and other sources
- PRISMA 2009 flow diagram for updated systematic reviews which included searches of databases and registers only
- PRISMA 2009 flow diagram for updated systematic reviews which included searches of databases, registers and other sources



Identification of studies via databases and registers

Identification

- Records identified from: Databases (n = ...) Registers (n = ...)
- Records removed before screening: Duplicate records removed (n = ...) Records marked as ineligible by automation tools (n = ...) Records removed for other reasons (n = ...)

Screening

- Records screened (n = ...)
- Records excluded** (n = ...)
- Reports sought for retrieval (n = ...)
- Reports not retrieved (n = ...)
- Reports assessed for eligibility (n = ...)
- Reports excluded: Reason 1 (n = ...) Reason 2 (n = ...) Reason 3 (n = ...) etc.

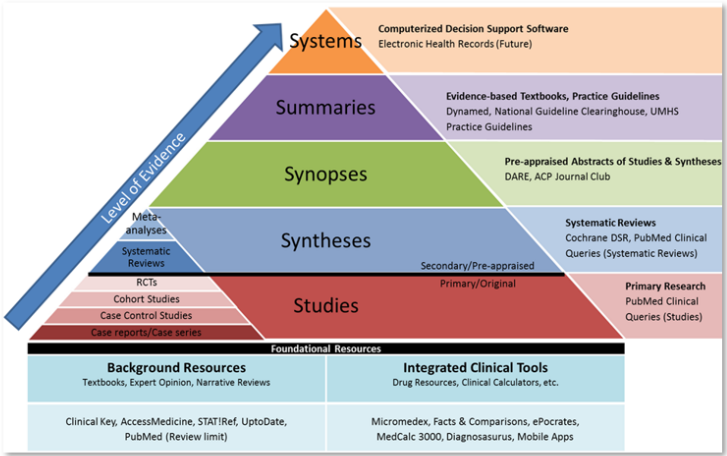
Included

- Studies included in review (n = ...)
- Reports of included studies (n = ...)

<https://guides.lib.unc.edu/prisma>

32

7 Determinar o nível de evidência



Level of Evidence

Systems: Computerized Decision Support Software, Electronic Health Records (Future)

Summaries: Evidence-based Textbooks, Practice Guidelines, Dynamed, National Guideline Clearinghouse, UMHS Practice Guidelines

Synopses: Pre-appraised Abstracts of Studies & Syntheses, DARE, ACP Journal Club

Syntheses: Systematic Reviews (Cochrane DSR, PubMed Clinical Queries (Systematic Reviews)), Meta-analyses, Secondary/Pre-appraised

Studies: Primary/Original, Primary Research, PubMed Clinical Queries (Studies), RCTs, Cohort Studies, Case Control Studies, Case reports/Case series

Foundational Resources

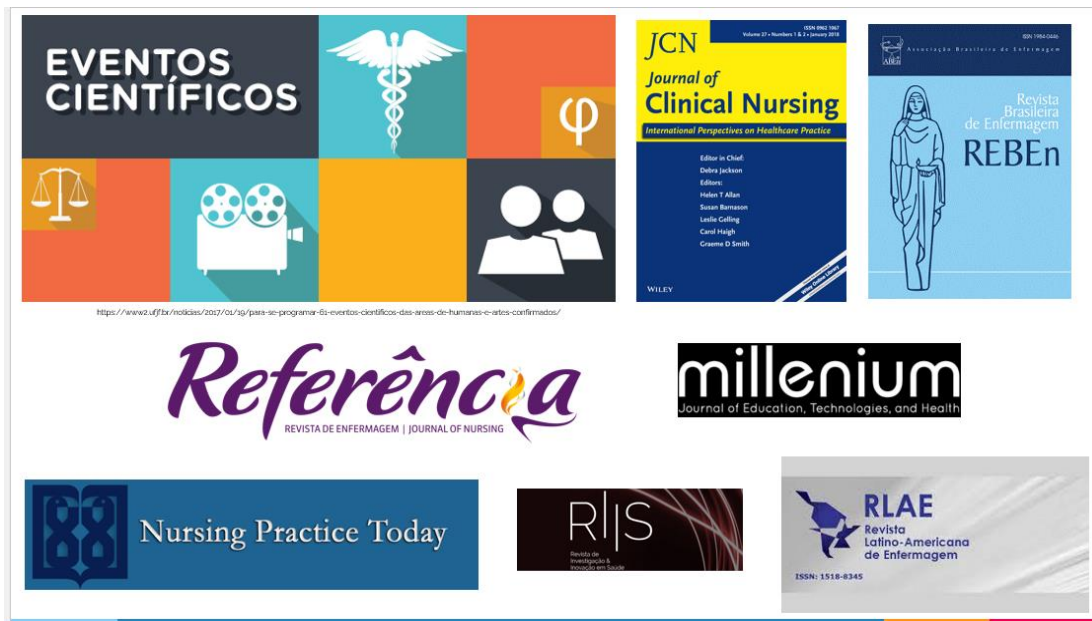
Background Resources Textbooks, Expert Opinion, Narrative Reviews	Integrated Clinical Tools Drug Resources, Clinical Calculators, etc.
Clinical Key, AccessMedicine, STAT!Ref, UpToDate, PubMed (Review limit)	Micromedex, Facts & Comparisons, ePocrates, MedCalc 3000, Diagnosaurus, Mobile Apps

<https://guides.lib.umich.edu/nursing/evidence>

33

DISSEMINAÇÃO DOS RESULTADOS

34







ESS+
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE NUTRIÇÃO
 CIÊNCIAS VETERINÁRIAS PORTUGUESA

PRÁTICA BASEADA NA EVIDÊNCIA

Ana Catarina Pereira Pinto – Mestranda 1º MEMC
 Orientação: Professora Doutora Liliana Mota
 Tutoria: EEMC Neuzza Maia e Cátia Oliveira
 SMI/Maio 2022

**ANEXO V: Póster “Evidence-Based Practice Surveys and
Questionnaires for Nurses: Scoping Review”**

EVIDENCE-BASED PRACTICE SURVEYS AND QUESTIONNAIRES FOR NURSES: SCOPING REVIEW

Catarina Pinto*; Líliana Mota**

*RN, Specialist Nurse at CHBV's Emergency Department, Master's Student in Medical-Surgical Nursing – Critical Patient at ESSNorteCVP; **PhD, Adjunct Professor at ESSNorteCVP/CINTESIS

INTRODUCTION/OBJETIVE

Evidence-based practice has a positive impact on healthcare increasing its safety and quality (Pina, 2020). The aim of this study was to map the evidence on evidence-based practice surveys and questionnaires for nurses in clinical practice.

MATERIALS AND METHODS

Scoping review carried out in accordance with the eligibility criteria proposed by the Joanna Briggs Institute: population - nurses, concept - evidence-based practice surveys and questionnaires and context - clinical practice. The research was carried out in the CINAHL (by EBSCO) and MEDLINE (by EBSCO), COCHRANE, Scielo and LILACS databases. Grey literature was searched in RCAA and OpenGrey. Were included studies published in Portuguese, English and Spanish, without time limitation. The survey was conducted between December 15, 2021 and January 15, 2022.

RESULTS AND DISCUSSION

31 studies were included in this review, of which, 17 were construction/validation studies. From a total of 41 evidence-based practice surveys and questionnaires for nurses that emerged, only 3 were validated for the Portuguese population. The concepts addressed are essentially related to: barriers, facilitators, beliefs, attitudes, practice, knowledge/skills, organizational culture and implementation of evidence-based practice.

CONCLUSIONS

Current scientific evidence reveals the existence of a large number of evidence-based practice instruments, however, validated to Portuguese reality are scarce, so future developments should be carried out. The lack of suitable surveys and questionnaires makes it impossible to assess nurses' decision-making skills based on the best available evidence. As limitations, the authors consider that since the surveys and questionnaires only measure the participant's perception, it should be considered.

Nº.	EBP SURVEYS AND QUESTIONNAIRES
1	Survey of knowledge and perception on the access to EBP and clinical practice
2	Nurses' Readiness for Evidence Based Practice Survey
3	A modified version of the Informational Literacy for Evidence-Based
4	Nursing EBP Survey
5	The Nurses' Attitudes Toward EBP Scale (NATES)
6	Evidence Based Practice Questionnaire - reduced version: EBPQ-19 (Spanish version)
7	Evidence Based Practice Questionnaire (EBPQ)
8	Clinical Nurse Specialists' Approaches in Selecting and Using Evidence to Improve Practice
9	Self-Efficacy in EBP (SE-EBP) scale
10	Outcome Expectancy for EBP (OE-EBP) scale
11	Developing Evidence-based Practice (DEBP) (Norwegian version)
12	Questionnaire Attitudes to Evidence Based Practice
13	The Icelandic Information Literacy for Nursing Practice (I-ILNP)
14	The Icelandic (I)-EBP Beliefs Scale
15	Nurses' Attitudes Towards and Awareness of Research and Development in Nursing (version 2)
16	Evidence-Based Practice Questionnaire (EBPQ) – Brazilian version
17	Evidence-Based Clinical Efficacy and Practice Questionnaire (QECPE-20)
18	The EBP Beliefs (EBP-B)
19	The EBP Implementation (EBP-I)
20	The Information Literacy for Evidence-Based Nursing Practice (ILNP) – reduced version
21	The survey for measuring the profile of EBP
22	The Quick-EBP-VIK (Value, Implementation, and Knowledge)
23	The Barriers to Research Utilization Scale
24	The Research Utilization Questionnaire (RUQ) – Swedish version
25	The new EBP Knowledge Assessment Questionnaire
26	The Organizational Culture and Readiness for System-Wide Integration of EBP Scale
27	The new EBP mentorship scale
28	The new EBP competency scale
29	The Nursing Critical Thinking in Clinical Practice Questionnaire (N-CT-4 Practice)
30	Evidence-Based Nursing Practice SelfEfficacy Scale
31	The new 2019 version of the Nursing EBP Survey
32	Implementation Climate Scale (ICS)
33	Implementation Leadership Scale (ILS) – employees version
34	Implementation Leadership Scale (ILS) – leaders version
35	EBP Competencies Scale
36	The Evidence-based Practice Knowledge Assessment for Nurses (EKAN)
37	The EBP Practice Knowledge Assessment Questionnaire (EBP-KAQ)
38	The Nursing EBP Survey (EBPRS)
39	Evidence-Based Practice Confidence (EPIC)
40	Evidence-based practice readiness survey instruments (EBPR) – Indonesian version
41	Barriers of EBP – Indonesian version

REFERENCES:

- Alqahtani, N., Oh, K. M., Kitsantas, P., & Rodan, M. (2020). Nurses' evidence-based practice knowledge, attitudes and implementation: A cross-sectional study. *J Clin Nurs*, 29(1-2), 274-283. <https://doi.org/10.1111/jocn.15097>
- Pina, J., Veiga-Branco, A., Cunha, M., Duarte, J., & Silva, C. (2020). Questionário de eficácia clínica e prática baseada em evidências: análise factorial confirmatória em uma amostra de enfermeiros. *Millennium*, 2 (5), 137-145. <https://doi.org/10.1590/mil.v2i5.2020.003>
- Schneider, L., R. Pereira, R. P. G., & Ferraz, L. (2020). Enfermagem E Pesquisa Na Atenção Primária: Conhecimentos E Habilidades Para a Prática Baseada Em Evidência. *Revista de Enfermagem e Atenção à Saúde*, 9(1). <https://doi.org/10.18554/rea.v9i1.3944>
- Silva, J. d. O. M., Santos, L. C. O., Menezes, A. N., Lopes Neto, A., Melo, L. S. d., & Silva, F. J. C. P. d. (2020). Utilização Da Prática Baseada Em Evidências Por Enfermeiros No Serviço Hospitalar. *Cogitare Enfermagem*, 26. <https://doi.org/10.5380/ce.v26i0.67968>



ANEXO VI: Póster “Instrumentos de Prática Baseada na Evidência validados para a realidade Portuguesa”

INSTRUMENTOS DE PRÁTICA BASEADA NA EVIDÊNCIA VALIDADOS PARA A POPULAÇÃO PORTUGUESA

Catarina Pinto*; Líliliana Mota**

*RN, Enfermeira Especialista no Serviço de Urgência do CHBV, Mestranda em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de opção à pessoa em situação crítica na ESSNorteCVP;

**PhD, Professora Adjunta na ESSNorteCVP



INTRODUÇÃO/OBJETIVO

A prática baseada na evidência (PBE) consiste numa abordagem em saúde que envolve tomadas de decisão baseadas na melhor evidência científica, que aumenta a segurança, a eficácia e a qualidade dos cuidados, e promove a redução dos custos (Silva, 2020). A identificação das dimensões relacionadas com a PBE, através de instrumentos de medida, afigura-se como uma estratégia efetiva para o incremento da sua implementação na prática clínica dos enfermeiros. O objetivo deste estudo consistiu em mapear os instrumentos de PBE existentes, validados transculturalmente para a realidade portuguesa.

METODOLOGIA

Scoping Review de acordo com os critérios de elegibilidade propostos pelo instituto Joanna Briggs: população - enfermeiros; conceito - instrumentos de prática baseada na evidência; contexto - prática clínica. Pesquisa realizada nas bases de dados CINAHL (via EBSCO), MEDLINE (via EBSCO), COCHRANE, Scielo, LILACS e literatura cinzenta através do RCAAP, RIMAS e OpenGrey. Foram incluídos estudos em português, inglês e espanhol, sem limitação temporal, referentes a instrumentos de PBE validados para a população portuguesa. A recolha de dados decorreu de 15 de dezembro de 2021 a 15 de janeiro de 2022.

RESULTADOS

Instrumento de PBE	Tradução e validação Autor/Ano	Versão original Autor/Ano	Dimensões avaliadas
Barreiras à utilização da investigação (BRUS)	Vilelas & Basto (2011)	Barriers to Research Utilization Scale Funk et al. (1991)	Barreiras
Questionário de atitudes e barreiras face à PBE (QABPBE-26)	Pereira et al. (2015a)	Barriers to evidence-based practice in primary care McKenna et al. (2002)	Atitudes, Barreiras
Questionário de eficácia clínica e PBE (QECPBE-20)	Pereira et al. (2015b)	Evidence Based Practice Questionnaire Upton & Upton (2006)	Práticas, Atitudes, Conhecimentos/habilidades, Competências

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Pina, J., Veiga-Branco, A., Cunha, M., Duarte, J., & Silva, C. (2020). Questionário de eficácia clínica e prática baseada em evidências: análise factorial confirmatória em uma amostra de enfermeiros. *Millenium*, 2 (5), 137-145. <https://bibliotecadigital.ipb.pt/handle/10198/23083>; Pereira, R., Cardoso, M., Martins, M., Martins, T., Figueiredo, M. & Carneiro, A. (2015a). Validação da Versão Portuguesa do Questionário de Atitudes e Barreiras em relação à Prática Baseada na Evidência. *Revista de Enfermagem Basada em La Evidencia*, 12(49), páginas 1-7. <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/84324/2/137294.pdf>; Pereira, R. P., Guerra, A. C., Cardoso, M. J., Santos, A. T., Figueiredo, M. C., & Carneiro, A. C. (2015b). Validação da versão portuguesa do Questionário de Eficácia Clínica e Prática Baseada em Evidências. *Rev Lat Am Enfermagem*, 23(2), 345-351. <https://doi.org/10.1590/0104-1169.0367.2561>; Silva, J. d. O. M., Santos, L. C. O., Menezes, A. N., Lopes Neto, A., Melo, L. S. d., & Silva, F. J. C. P. d. (2020). Utilização Da Prática Baseada Em Evidências Por Enfermeiros No Serviço Hospitalar. *Cogitare Enfermagem*, 26. <https://doi.org/10.5380/ce.v26i0.67898>

CONCLUSÃO

Os instrumentos de PBE que integram a prática clínica e a investigação em enfermagem são inúmeros, porém, os que se encontram adaptados transculturalmente para a realidade portuguesa são escassos. Sugerem-se estudos futuros neste sentido, de forma a fomentar e potenciar a operacionalização da PBE em Portugal. A utilização destes instrumentos de medida possibilita o diagnóstico das lacunas existentes no âmbito da PBE, o desenvolvimento de intervenções adequadas e de planos de formação dirigidos. Permite ainda delinear o perfil dos enfermeiros que deverão exercer cargos de referência e de liderança, que exigem tomadas de decisão baseadas na melhor evidência.



**ANEXO VII: Certificado de 2º Prémio atribuído ao Póster
“Instrumentos de Prática Baseada na Evidência validados
para a realidade Portuguesa**

Certificado

2º PRÉMIO

COMUNICAÇÃO LIVRE EM FORMATO DE E-POSTER

Certifica-se que a **Comunicação Livre**, intitulada **INSTRUMENTOS DE PRÁTICA BASEADA NA EVIDÊNCIA VALIDADOS PARA A POPULAÇÃO PORTUGUESA**, apresentado por Ana Catarina Pereira Pinto, cujos autores são Ana Catarina Pereira Pinto e Liliana Andreia Neves da Mota ganhou o **2º Prémio** na categoria de **Comunicação Livre em formato de e-Poster** no **1º Congresso de Enfermagem em Urgência e Emergência do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (CHUC)**, que se realizou no Centro de Congressos do CHUC, nos dias 19 e 20 maio 2022.

Este evento técnico-científico está acreditado pela Ordem dos Enfermeiros, para efeitos de qualificação profissional, com a atribuição de **0,6** Créditos de Desenvolvimento Profissional (CDP).

Coimbra, 23 maio 2022

Márcio Carvalho
Márcio Carvalho
Presidente da Comissão Organizadora

Áurea Andrade
Áurea Andrade
Enfermeira Diretora do CHUC

Rui Gonçalves
Rui Gonçalves
Presidente da Comissão Científica

1º CONGRESSO DE ENFERMAGEM EM URGÊNCIA E EMERGÊNCIA
Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra
DESAFIO EMERGENTE
Centro de Congressos do CHUC
19 e 20 maio 2022

Organização:  **TERTÚLIA EMERGENTE**
ASSOCIAÇÃO DE ENFERMEIROS

 **CHUC**
CENTRO HOSPITALAR E UNIVERSITÁRIO DE COIMBRA

ANEXO VIII: Instrução de trabalho “Manuseamento de equipamentos de ventilação”

TIPO DE DOCUMENTO: INSTRUÇÃO DE TRABALHO	CÓDIGO QR	CÓDIGO DO DOCUMENTO: IT.???000.00
NOME: Manuseamento dos equipamentos de ventilação		
ELABORADO POR: Catarina Pinto, Neuzo Maia, Cátia Oliveira, GLC-PPCIRA, Engenharia Clínica	PARECER DE:	
REVISTO POR:	APROVADO POR: Aguardar aprovação pelo Conselho de Administração	
DATA DA REVISÃO:		
DATA PREVISTA DA PRÓXIMA REVISÃO:		
RESPONSÁVEL:	DATA:	

Palavras Chave: Infecção associada aos cuidados de saúde; Ventilação mecânica; Dispositivos médicos.

Objetivos

Prevenir infeções associadas à ventilação;

Promover a segurança e a qualidade dos cuidados prestados aos doentes sob ventilação mecânica (invasiva e não invasiva);


Uniformizar procedimentos.

Âmbito

A presente instrução de trabalho consiste na descrição das intervenções relacionadas com o manuseamento dos equipamentos de ventilação mecânica (invasiva e não invasiva) existentes no Centro Hospitalar do Baixo Vouga (CHBV) e dos seus componentes, no mesmo doente e entre doentes, de forma a atingir os objetivos supracitados.

Documentos de Referência

- Direção-Geral da Saúde (2017). Norma nº. 021/2015 atualizada a 30/05/2017: "Feixe de Intervenções" de Prevenção de Pneumonia Associada à Intubação. Disponível em: <https://normas.dgs.min-saude.pt/2015/12/16/feixe-de-intervencoes-de-prevencao-de-pneumonia-associada-a-intubacao/>
- Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica (2021). Recomendação nº. 2/2021. Localização de filtros e humidificadores na VMI e na VMNI. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/23951/recomenda%C3%A7%C3%A3o->


	NOME: Manuseamento dos equipamentos de ventilação	IT.???000.00
---	---	--------------

[n%C2%BA-2_localiza%C3%A7%C3%A3o-de-filtros-e-humidificadores-na-vmi-e-na-vmni.pdf](#)

- GCL - PPCIRA (2022). Filtros para sistemas ventilatórios. Centro Hospitalar do Baixo Vouga.
- Cruz, J., Martins, M. (2019). Pneumonia associada à ventilação mecânica invasiva: cuidados de enfermagem. Revista de Enfermagem Referência. IV (20), página 87-96.
- Neiva, S., Maia, D., Pacheco, A., Marques, F., Ribeiro, D., Oliveira, J. (2021). Oxigenioterapia de alto fluxo por traqueostomia no desmame ventilatório: scoping review. Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação, 4(1), página 64-72.
- Pinto, C., Sousa, P., (2017). Ventilação não invasiva - uma revisão integrativa da literatura. Construindo conhecimento em enfermagem à pessoa em situação crítica, página 89 - 104.

Definições

- Oxigenioterapia de Alto Fluxo por Cânula Nasal** - permite o fornecimento de concentrações de oxigénio mais elevadas (FiO2 entre 21% e 100%) que a oxigenioterapia convencional, a partir de um sistema de alto fluxo por cânula nasal (até 60L/min) (Neiva, 2021). A humidificação (44 mg H2O/l) e o aquecimento (entre 31°C e 37°C) facultados pela ONAF, assim como a interface confortável, previnem a secura das vias áreas, promovendo o conforto do doente (Neiva, 2021).
- Ventilação mecânica não invasiva** - consiste no suporte ventilatório aplicado à pessoa através de uma máscara/interface e portanto, sem recurso a uma prótese endotraqueal, evitando assim as complicações associadas à mesma (Pinto, 2019).
- Ventilação mecânica invasiva** - meio de suporte de vida utilizado frequentemente nas UCI, em que o ventilador assiste ou substitui a ventilação espontânea do doente, através de uma via artificial, tubo orotraqueal ou uma traqueostomia (Cruz, 2019).
- Pneumonia associada à intubação** - consiste na pneumonia que se desenvolve na pessoa que tem tubo orotraqueal há mais do que 48 horas ou na pessoa que foi extubada há menos de 48 horas (DGS, 2017). Constitui a infeção adquirida em UCI mais frequente, que promove o aumento do número de dias de ventilação mecânica, de



NOME: Manuseamento dos equipamentos de ventilação	IT.??? 000.00
---	---------------

internamento e de uso de antimicrobianos, e ainda o aumento das taxas de mortalidade (DGS, 2017)

- **Descontaminação** - utilização de meios químicos ou físicos com vista a remover, inativar ou destruir microrganismos presentes nos materiais, equipamentos ou superfícies, de modo a impedir a transmissão de agentes infecciosos durante o seu uso ou manipulação. Pode ser obtida através de processos de limpeza, desinfeção e/ou esterilização atendendo ao nível de risco, tipo de dispositivo e fim a que se destina.
- **Desinfeção** - destruição térmica ou química de microrganismos. Destroi a maioria dos microrganismos dependendo do nível de desinfeção.
- **Esterilização** - processo que resulta na completa eliminação e destruição de todas as formas vivas de microrganismos incluindo esporos bacterianos.
- **Limpeza** - remoção, geralmente com água e detergente, de sujidade (visível ou perceptível) presente nos materiais, equipamentos ou noutras superfícies, por processos manuais ou mecânicos e que se destina a torna-los seguros. Processo prévio à desinfeção e/ou esterilização.

Abreviaturas

CHBV - Centro Hospitalar do Baixo Vouga

HEPA - High Efficiency Particulate Arrestance (detenção altamente eficaz de partículas)

HMEF - Heat and Moisture Exchanger Filter (promove o aquecimento e a humedificação, com poder de filtração)

IACS - Infeção associada aos cuidados de saúde


ONAF - Oxigenoterapia de Alto Fluxo por Cânula Nasal

PAI - Pneumonia associada à intubação

SMI - Serviço de Medicina Intensiva

SU - Serviço de Urgência

UCI - Unidade de Cuidados Intensivos



NOME: Manuseamento dos equipamentos de ventilação	IT.??? 000.00
---	---------------

VMI - Ventilação mecânica invasiva

VMER - Viatura Médica de Emergência e Reanimação

VMI - Ventilação mecânica invasiva




VMNI - Ventilação mecânica não invasiva





Descrição

O manuseamento adequado dos equipamentos de ventilação (invasiva e não invasiva) utilizados nos serviços hospitalares é essencial para a prevenção e controlo das IACS, promovendo a qualidade dos cuidados de saúde e a segurança do doente. De facto, os sistemas ventilatórios apresentam um risco de infeção para o doente que advém da reinspiração de gases exalados previamente, e um risco de infeção para os circundantes pela exalação do ar para o meio ambiente (Mesa do Colégio da Especialidade Médico-Cirúrgica, 2021).




Todos os profissionais envolvidos nos cuidados à pessoa sob ventilação mecânica invasiva e não invasiva devem estar informados sobre os procedimentos corretos de manuseamento dos respetivos equipamentos. Devem ainda de ter à sua disposição uma instrução de trabalho institucional para consulta de forma a que se verifique uma uniformização dos procedimentos, independentemente do serviço do CHBV.




Perceção dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica sobre a Prática Baseada na Evidência

		NOME: Manuseamento dos equipamentos de ventilação	IT.????.000.00
Equipamento		Manuseamento	
	Modelo	Monnal T60® (Air liquid Medical Systems)	
	Indicação	Ventilação mecânica invasiva Ventilação mecânica não invasiva Ventilador de transporte	
	Válvula Expiratória	Desmontar em duas peças e enviar para a Central de Esterilização (até ao máximo de 5x)	
	Filtros	Colocar filtro HMEF junto do doente Colocar filtro HEPA no ramo expiratório Substituir os filtros após 24 horas de utilização contínua	
	Traqueia	Ramo duplo Substituir entre doentes Utilização durante 7 dias no mesmo doente	
No mesmo doente: descontaminar o ventilador externamente com detergente/desinfetante (ex. Vyclean®), diariamente. Entre doentes: após utilização, descontaminar o ventilador externamente com detergente/desinfetante (ex. Vyclean®). Ecrã "touch": bloquear ecrã antes de descontaminar.			
	Modelo	Taema Osiris®	
	Indicação	Ventilação mecânica invasiva Ventilador de transporte	
	Válvula Expiratória	Enviar para a Central de Esterilização	
	Filtros	Colocar filtro HMEF junto do doente Substituir o filtro após 24 horas de utilização contínua	


		NOME: Manuseamento dos equipamentos de ventilação	IT.????.000.00
	Traqueia	Ramo único (descartável ou reutilizável) Substituir entre doentes Traqueia reutilizável: enviar para a Central de Esterilização	
	No mesmo doente: descontaminar o ventilador externamente com detergente/desinfetante (ex. Vyclean®), diariamente. Entre doentes: após a utilização, descontaminar o ventilador externamente com detergente/desinfetante (ex. Vyclean®).		
	Modelo	Weinmann MEDUMAT Standard 2®	
	Indicação	Ventilação mecânica invasiva Ventilação mecânica não-invasiva Ventilador de transporte	
	Sensor de Fluxo	Enviar para a Central de Esterilização	
	Filtros	Colocar filtro HMEF junto do doente Substituir o filtro após 24 horas de utilização contínua	
	Traqueia	Ramo único (descartável ou reutilizável) Substituir entre doentes Traqueia reutilizável: enviar para a Central de Esterilização	
Entre doentes: após utilização, descontaminar o ventilador externamente com detergente/desinfetante (ex. Vyclean®). Ecrã "touch": bloquear ecrã antes de descontaminar.			
	Modelo	Drager Oxylog® 3000 plus	
	Indicação	Ventilação mecânica invasiva Ventilação mecânica não-invasiva Ventilador de transporte	
	Sensor de Fluxo	Enviar para a Central de Esterilização	
	Filtros	Colocar filtro HMEF junto do doente Substituir o filtro após 24 horas de utilização contínua	

Percepção dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica sobre a Prática Baseada na Evidência


		NOME: Manuseamento dos equipamentos de ventilação	IT.???..000.00
	Traqueia	Ramo único (descartável ou reutilizável) Substituir entre doentes Traqueia reutilizável: enviar para a Central de Esterilização	Entre doentes: após utilização, descontaminar o ventilador externamente com detergente/desinfetante (ex. Vyclean®).
	Modelo	Prunus Boaray 2000D®	
	Indicação	Ventilação mecânica invasiva Ventilação não invasiva	
	Sensor de Fluxo	Peça Y ⇒ Enviar para a Central de Esterilização Membrana diafragma: descontaminar externamente com detergente/desinfetante (ex. Vyclean®)	
	Válvula Expiratória	Descontaminar com detergente/desinfetante (ex: Vyclean®) Enviar para Central de Esterilização apenas nas situações em que não exista filtro HEPA no ramo expiratório	
	Filtros	Colocar filtro HMEF junto do doente Colocar filtro HEPA no ramo expiratório Substituir os filtros após 24 horas de utilização contínua	
	Modelo	AEONMED VG70®	No mesmo doente: descontaminar o ventilador externamente com detergente/desinfetante (ex. Vyclean®), diariamente. Entre doentes: após utilização, descontaminar o ventilador externamente com detergente/desinfetante (ex. Vyclean®).
	Indicação	Ventilação mecânica invasiva Ventilação não-invasiva	
	Válvula expiratória	Descontaminar com detergente/desinfetante (ex. Vyclean®)	

		NOME: Manuseamento dos equipamentos de ventilação	IT.???..000.00
	Filtros	Colocar filtro HMEF junto do doente Colocar filtro HEPA no ramo expiratório Substituir os filtros após 24 horas de utilização contínua	Enviar para Central de Esterilização nas situações em que: <ul style="list-style-type: none"> • Não exista filtro HEPA no ramo expiratório • Doente com COVID-19, Tuberculose Pulmonar ou Microorganismo Multirresistente nas secreções respiratórias
	Traqueia	Ramo duplo Substituir entre doentes Utilização durante 7 dias no mesmo doente	
	Modelo	Siemens Maquet Servo-i®	
	Indicação	Ventilação mecânica invasiva Ventilação mecânica não-invasiva	
	Válvula expiratória	Descontaminar com detergente/desinfetante (ex. Vyclean®) Enviar para Central de Esterilização (até ao máximo de 50x), nas situações em que: <ul style="list-style-type: none"> • Não exista filtro HEPA no ramo expiratório • Doente com COVID-19, Tuberculose Pulmonar ou Microorganismo Multirresistente nas secreções respiratórias 	No mesmo doente: descontaminar o ventilador externamente com detergente/desinfetante (ex. Vyclean®), diariamente. Entre doentes: após utilização, descontaminar o ventilador externamente com detergente/desinfetante (ex. Vyclean®).
	Filtros	Colocar filtro HMEF junto do doente Colocar filtro HEPA no ramo expiratório Substituir os filtros após 24 horas de utilização contínua	
	Traqueia	Ramo duplo Substituir entre doentes Utilização durante 7 dias no mesmo doente	


Perceção dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica sobre a Prática Baseada na Evidência




NOME: Manuseamento dos equipamentos de ventilação	IT.???000.00
---	--------------




<p>No mesmo doente: descontaminar o ventilador externamente com detergente/desinfetante (ex. Vyclean®), diariamente. Entre doentes: após utilização, descontaminar o ventilador externamente com detergente/desinfetante (ex. Vyclean®).</p>	
Modelo	Mindray SV 600®
Indicação	Ventilação mecânica invasiva
Válvula expiratória	<p>Descontaminar com detergente/desinfetante (ex. Vyclean®)</p> <p>Enviar para Central de Esterilização (até ao máximo de 50x), nas situações em que:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Não exista filtro HEPA no ramo expiratório • Doente com COVID-19, Tuberculose Pulmonar ou Microorganismo Multirresistente nas secreções respiratórias
Filtros	<p>Colocar filtro HMEF junto do doente</p> <p>Colocar filtro HEPA no ramo expiratório</p> <p>Substituir os filtros após 24 horas de utilização contínua</p>
Traqueia	<p>Ramo duplo</p> <p>Substituir entre doentes</p> <p>Utilização durante 7 dias no mesmo doente</p>
<p>No mesmo doente: descontaminar o ventilador externamente com detergente/desinfetante (ex. Vyclean®), diariamente. Entre doentes: após utilização, descontaminar o ventilador externamente com detergente/desinfetante (ex. Vyclean®).</p>	
Modelo	Philips V60®/ V60 Plus®
Indicação	Ventilação não-invasiva
Filtros	<p>Colocar filtro HEPA junto do doente</p> <p>Colocar filtro bacteriológico junto do equipamento.</p>








NOME: Manuseamento dos equipamentos de ventilação	IT.???000.00
---	--------------


		Substituir os filtros após 24 horas de utilização contínua
Traqueia		<p>Ramo único</p> <p>Substituir entre doentes</p> <p>Utilização durante 24 horas no mesmo doente</p> <p>Marca <i>Philips Respironics®</i>: Utilização durante 7 dias no mesmo doente</p>
Máscara (interface)		<p>Substituir entre doentes</p> <p>No mesmo doente: quando não estiver a ser utilizada deve ser limpa com compressa impregnada com água e sabão, de seguida enxaguada com compressa com água, seca e acondicionada num saco plástico fechado</p>
<p>No mesmo doente: descontaminar o ventilador externamente com detergente/desinfetante (ex. Vyclean®), diariamente. Entre doentes: após utilização, descontaminar o ventilador externamente com detergente/desinfetante (ex. Vyclean®). Ecrã "touch": bloquear ecrã antes de descontaminar.</p>		
Modelo		Philips Trilogy EVO®
Indicação		Ventilação mecânica não-invasiva
Filtros		<p>Colocar filtro HEPA junto do doente</p> <p>Colocar filtro bacteriológico junto do equipamento</p> <p>Substituir os filtros após 24 horas de utilização contínua</p>
Traqueia		<p>Ramo único</p> <p>Substituir entre doentes</p> <p>Utilização durante 24 horas no mesmo doente</p> <p>Marca <i>Philips Respironics®</i>: Utilização durante 7 dias no mesmo doente</p>
Máscara (interface)		<p>Substituir entre doentes</p> <p>No mesmo doente: quando não estiver a ser utilizada, deve ser limpa com compressa impregnada com água e sabão, de seguida enxaguada com compressa com água, seca e acondicionada num saco plástico fechado</p>
<p>No mesmo doente: descontaminar o ventilador externamente com detergente/desinfetante (ex. Vyclean®), diariamente. Entre doentes: após utilização, descontaminar o ventilador externamente com</p>		







NOME: Manuseamento dos equipamentos de ventilação	IT.???000.00
---	--------------

	detergente/desinfetante (ex. Vyclean®). Ecrã "touch": bloquear ecrã antes de descontaminar	
	Modelo	Philips Trilogy 100®
	Indicação	Ventilação mecânica não-invasiva
	Filtros	Colocar filtro HEPA junto do doente Colocar filtro bacteriológico junto do equipamento Substituir os filtros após 24 horas de utilização contínua
	Traqueia	Ramo único Substituir entre doentes Utilização durante 24 horas no mesmo doente <i>Marca Philips Respironics®: Utilização durante 7 dias no mesmo doente</i>
	Máscara (interface)	Substituir entre doentes No mesmo doente: quando não estiver a ser utilizada, deve ser limpa com compressa impregnada com água e sabão, de seguida enxaguada com compressa com água, seca e acondicionada num saco plástico fechado
	No mesmo doente: descontaminar o ventilador externamente com detergente/desinfetante (ex. Vyclean®), diariamente. Entre doentes: após utilização, descontaminar o ventilador externamente com detergente/desinfetante (ex. Vyclean®). Ecrã "touch": bloquear ecrã antes de descontaminar.	
	Modelo	my AIRVO 2 Fisher&Paykel®
	Indicação	Oxigenioterapia de alto fluxo
	Cânulas Nasais (interface)	Substituir entre doentes No mesmo doente: <ul style="list-style-type: none"> Higienizar diariamente com compressa impregnada com água e sabão, enxaguar com compressa com água e secar







NOME: Manuseamento dos equipamentos de ventilação	IT.???000.00
---	--------------

	<ul style="list-style-type: none"> Se alternância de interfaces ou pausa na ONAF higienizar com compressa impregnada com água e sabão, enxaguar com compressa com água, secar e acondicionar num saco plástico limpo fechado Substituir a cada 7 dias
	<p>Circuito respiratório/ Câmara humidificadora</p> <p>Substituir entre doentes</p> <p>No mesmo doente:</p> <ul style="list-style-type: none"> Descontaminar diariamente com detergente/desinfetante (ex. Vyclean®) Se alternância de interfaces ou pausa na ONAF descontaminar com detergente/desinfetante (ex. Vyclean®) e acondicionar num saco plástico limpo fechado Substituir a cada 14 dias
	Filtro interno Substituir de 3/3 meses ou a cada 1000h de utilização
<p>Entre doentes:</p> <ul style="list-style-type: none"> Descontaminação externa com detergente/desinfetante (ex. Vyclean®). Desinfecção de alto nível (circuito vermelho - ler instruções manual). Armazenamento com capa própria do equipamento ou saco plástico limpo, com data e número de desinfecção. 	

<p>Durante o período de não utilização dos ventiladores (VMI/VMNI):</p> <ul style="list-style-type: none"> Proteger as saídas (inspiratória e expiratória) com parafilme.
--



NOME: Manuseamento dos equipamentos de ventilação	IT.???000.00
---	--------------

Manuseamento		
Filtros	No mesmo doente	Entre doentes
Bacteriológico 	Substituir: <ul style="list-style-type: none"> • após 24h de utilização • se visivelmente sujo Datar o filtro	Substituir
HMEF 	Substituir: <ul style="list-style-type: none"> • após 24h de utilização • se visivelmente sujo Datar o filtro	Substituir
HEPA (Marca GE Healthcare) 	Substituir: <ul style="list-style-type: none"> • após 24h de utilização • se visivelmente sujo Datar o filtro	Substituir
HEPA (Marca Getinge) 	Substituir: <ul style="list-style-type: none"> • após 48h de utilização • se visivelmente sujo Datar o filtro	Substituir

Responsabilidades



NOME: Manuseamento dos equipamentos de ventilação	IT.???000.00
---	--------------

A responsabilidade de garantir o cumprimento desta instrução de trabalho compete aos diretores de serviço, enfermeiros gestores e responsáveis de serviço.

ANEXO IX: Formulário digital

Secção 1 de 5

Perceção dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica sobre a Prática Baseada na Evidência

Ex.ma Senhora Enfermeira/ Ex.mo Senhor Enfermeiro
Cara/o Colega,

O meu nome é Ana Catarina Pereira Pinto, sou enfermeira especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica e mestranda no 1º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica à pessoa em Situação Crítica da Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa, sob orientação da Professora Doutora Liliana Mota.

De momento, encontro-me a realizar um estudo de investigação intitulado 'A Prática Baseada na Evidência percebida pelos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica', que tem como objetivos: Identificar as barreiras à prática baseada na evidência percebidas pelos enfermeiros especialistas em enfermagem médico-cirúrgica; Descrever as práticas, atitudes e conhecimentos/competências dos enfermeiros especialistas em enfermagem médico-cirúrgica em relação à prática baseada na evidência.

Neste sentido, convidam-se os Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica em contexto da prática clínica a nível nacional, a participarem neste estudo, preenchendo o seguinte questionário.

A participação é totalmente voluntária e poderá ser interrompida a qualquer momento.
As respostas só serão válidas se for preenchida a totalidade do questionário, que requer cerca de 8 minutos.
Garantimos que este questionário é absolutamente anónimo, respeitando os princípios de confidencialidade.

Qualquer esclarecimento adicional por favor contacte: acatipinto@hotmail.com
Grata pela sua colaboração.
Investigador Responsável: Ana Catarina Pereira Pinto

Declaro ter compreendido o enquadramento e os objetivos do estudo fornecidos pelo investigador, que se encontra disponível para qualquer esclarecimento adicional. Declaro que foram assegurados os princípios de confidencialidade e garantida a inexistência de prejuízos dos meus direitos se não consentir ou desistir de participar a qualquer momento. Assim, depois de devidamente esclarecido (a):

Aceito participar voluntariamente e dou o meu consentimento para participar neste estudo, confirmando que fui esclarecido (a) sobre as condições do m...

Após a secção 1 Continuar para a secção seguinte

Secção 2 de 5

Caracterização Socioprofissional

Responda a todas as questões por favor.

Idade *

Texto de resposta curta

Feminino

Masculino

Estado Civil Escolha múltipla

Solteiro(a) X

Casado(a) X

União de Facto X

Divorçado(a) X

Viúvo(a) X

Adicionar opção ou adicionar "Outra"

Obrigatório

Grau Académico *

Licenciatura

Mestrado

Doutoramento

Área de especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica: *

Pessoas em Situação Crítica

Pessoas em Situação Perioperatória

Pessoas em Situação Paliativa

Pessoas em Situação Crónica

Serviço em que exerce funções neste momento: *

Urgência

Cuidados Intensivos

Cuidados Intermediários

Cirurgia

Especialidades Cirúrgicas

Medicina

28/01/22, 16:22 PROPOSTA DE QUESTIONÁRIO INVESTIGAÇÃO MESTRADO - Google Forms

Cardiologia

Bloco Operatório

Extra-Hospitalar

Palliativos

Unidades de Diálise

Unidades de Cuidados Continuados

Hospitalização Domiciliária

Outros

Se respondeu Outros, qual o serviço?

Texto de resposta curta

Que função que exerce no seu serviço?

Enfermeiro Generalista

Enfermeiro Especialista

Enfermeiro Chefe

Enfermeiro Coordenador

Enfermeiro Supervisor

Enfermeiro Diretor

Investigação/Docência

Localização geográfica da Instituição

Norte

Centro

Lisboa e Vale do Tejo

Alentejo

Algarve

Madeira

Açores

Tempo de Exercício Profissional (anos completos) *

Texto de resposta curta

28/01/22, 16:22 PROPOSTA DE QUESTIONÁRIO INVESTIGAÇÃO MESTRADO - Google Forms

Tempo de Exercício Profissional como Especialista (anos completos) *

Texto de resposta curta

Após a secção 2 Continuar para a secção seguinte

Secção 3 de 5

Prática de Enfermagem Baseada na Evidência

Descrição (opcional)

Conhece o conceito Prática Baseada na Evidência? *

Sim

Não

Se respondeu sim, conhece o conceito através de: *

Ouvir os pares

Ouvir outros profissionais de saúde

Leitura de artigos em revistas

Pesquisa de artigos em bases de dados

Congressos, Jornadas, Seminários

Instituições de Ensino Superior

Após a secção 3 Continuar para a secção seguinte

Secção 4 de 5

Questionário sobre atitudes e barreiras em relação à Prática Baseada na Evidência (QABPBE-26)

Descrição (opcional)

1. Sinto-me confiante na minha capacidade para avaliar a qualidade dos artigos de investigação. *

Discordo Totalmente

28/01/22, 16:22 PROPOSTA DE QUESTIONÁRIO INVESTIGAÇÃO MESTRADO - Google Forms

Não tenho a certeza

Concordo

Concordo Totalmente

2. Creio que a aplicação da investigação à prática depende, até certo ponto, de quanto é que isso me vai custar. *

Discordo Totalmente

Discordo

Não tenho a certeza

Concordo

Concordo Totalmente

3. Muita da investigação disponível não é relevante para a minha prática profissional. *

Discordo Totalmente

Discordo

Não tenho a certeza

Concordo

Concordo Totalmente

4. Acho difícil aceder regularmente à biblioteca mais próxima. *

Discordo Totalmente

Discordo

Não tenho a certeza

Concordo

Concordo Totalmente

5. Acho que as chefias apoiam a utilização de PBE. *

Discordo Totalmente

Discordo

Não tenho a certeza

Concordo

Concordo Totalmente

28/01/22, 16:22 PROPOSTA DE QUESTIONÁRIO INVESTIGAÇÃO MESTRADO - Google Forms

Discordo Totalmente

Discordo

Não tenho a certeza

Concordo

Concordo Totalmente

7. Acho que os artigos de investigação não são de fácil compreensão. *

Discordo Totalmente

Discordo

Não tenho a certeza

Concordo

Concordo Totalmente

8. Sinto que há benefícios em alterar a minha prática, com base na investigação. *

Discordo Totalmente

Discordo

Não tenho a certeza

Concordo

Concordo Totalmente

9. Não há incentivos para desenvolver as minhas competências de investigação, para utilização na prática clínica. *

Discordo Totalmente

Discordo

Não tenho a certeza

Concordo

Concordo Totalmente

10. Tenho dificuldades em contactar colegas com conhecimentos, para discutir resultados de investigação. *

Discordo Totalmente

Discordo

28/01/22, 16:22 PROPOSTA DE QUESTIONÁRIO INVESTIGAÇÃO MESTRADO - Google Forms

Concordo
 Concordo Totalmente

11. Acho que a adesão dos clientes é um fator fundamental na utilização da evidência. *

Discordo Totalmente
 Discordo
 Não tenho a certeza
 Concordo
 Concordo Totalmente

12. Sinto confiança em utilizar o computador para pesquisar informação baseada na evidência. *

Discordo Totalmente
 Discordo
 Não tenho a certeza
 Concordo
 Concordo Totalmente

13. Acho avassaladora a quantidade de literatura de investigação. *

Discordo Totalmente
 Discordo
 Não tenho a certeza
 Concordo
 Concordo Totalmente

14. Acho difícil manter-me a par de todas as mudanças que acontecem presentemente no meu contexto de trabalho. *

Discordo Totalmente
 Discordo
 Não tenho a certeza
 Concordo
 Concordo Totalmente

28/01/22, 16:22 PROPOSTA DE QUESTIONÁRIO INVESTIGAÇÃO MESTRADO - Google Forms

Discordo Totalmente

Discordo

Não tenho a certeza

Concordo

Concordo Totalmente

16. Os recursos informáticos de que disponho no local de trabalho são adequados para pesquisar literatura baseada na evidência. *

Discordo Totalmente

Discordo

Não tenho a certeza

Concordo

Concordo Totalmente

17. Acho difícil influenciar a mudança na prática clínica no meu contexto de trabalho. *

Discordo Totalmente

Discordo

Não tenho a certeza

Concordo

Concordo Totalmente

18. Tenho constatado que a literatura de investigação por vezes reporta resultados contraditórios. *

Discordo Totalmente

Discordo

Não tenho a certeza

Concordo

Concordo Totalmente

19. Creio que deveria fazer formação para me ajudar a utilizar a investigação eficazmente. *

Discordo Totalmente

Discordo

28/01/22, 16:22 PROPOSTA DE QUESTIONÁRIO INVESTIGAÇÃO MESTRADO - Google Forms

Concordo

Concordo Totalmente

20. Não há dinheiro suficiente para financiar investigação sobre cuidados de saúde. *

Discordo Totalmente

Discordo

Não tenho a certeza

Concordo

Concordo Totalmente

21. Constatos que as limitações de tempo impedem que a prática baseada na evidência, seja usada eficazmente no meu exercício clínico. *

Discordo Totalmente

Discordo

Não tenho a certeza

Concordo

Concordo Totalmente

22. Acredito nos resultados da investigação que leio. *

Discordo Totalmente

Discordo

Não tenho a certeza

Concordo

Concordo Totalmente

23. Sentir-me-ia mais confiante se alguém experiente em investigação me fornecesse informação relevante. *

Discordo Totalmente

Discordo

Não tenho a certeza

Concordo

Concordo Totalmente

28/01/22, 16:22 PROPOSTA DE QUESTIONÁRIO INVESTIGAÇÃO MESTRADO - Google Forms

Discordo Totalmente
 Discordo
 Não tenho a certeza
 Concordo
 Concordo Totalmente

25. Frequentemente, os resultados da investigação não são facilmente transferíveis para a minha prática clínica. *

Discordo Totalmente
 Discordo
 Não tenho a certeza
 Concordo
 Concordo Totalmente

26. Implementar práticas baseadas na evidência trará benefícios para o meu desenvolvimento profissional. *

Discordo Totalmente
 Discordo
 Não tenho a certeza
 Concordo
 Concordo Totalmente

Após a secção 4 Continuar para a secção seguinte

Secção 5 de 5

Questionário sobre Eficácia Clínica e Prática Baseada na Evidência (QECPBE-20)

Descrição (opcional)

Lendo 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, fez o seguinte:

Descrição (opcional)

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

28/01/22, 16:22 PROPOSTA DE QUESTIONÁRIO INVESTIGAÇÃO MESTRADO - Google Forms

Nunca Frequentemente

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

1 2 3 4 5 6 7

Nunca Frequentemente

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

1 2 3 4 5 6 7

Nunca Frequentemente

4. Integrou as evidências que encontrou na sua prática: *

1 2 3 4 5 6 7

Nunca Frequentemente

6. Partilhou essa informação com colegas: *

1 2 3 4 5 6 7

Nunca Frequentemente

Por favor indique em que lugar da escala você se situa em relação a cada um dos seguintes pares de afirmações:

Descrição (opcional)

7. *

1 2 3 4 5 6 7

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

8. *

1 2 3 4 5 6 7

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

9. *

- - - - -

28/01/22, 16:22 PROPOSTA DE QUESTIONÁRIO INVESTIGAÇÃO MESTRADO - Google Forms

[Início de mudar para algo novo](#) [encerrar](#)

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

10. Competências de pesquisa *

	1	2	3	4	5	6	7	
Pior	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Melhor

11. Competências em TI (Tecnologias de Informação) *

	1	2	3	4	5	6	7	
Pior	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Melhor

12. Monitorização e revisão de competências práticas *

	1	2	3	4	5	6	7	
Pior	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Melhor

13. Conversão das suas necessidades de informação numa pergunta de investigação *

	1	2	3	4	5	6	7	
Pior	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Melhor

14. Percepção dos principais tipos e fontes de informação *

	1	2	3	4	5	6	7	
Pior	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Melhor

15. Capacidade de identificar lacunas na sua prática profissional *

	1	2	3	4	5	6	7	
Pior	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Melhor

16. Saber como obter as evidências *

	1	2	3	4	5	6	7	
Pior	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Melhor

28/01/22, 16:22 PROPOSTA DE QUESTIONÁRIO INVESTIGAÇÃO MESTRADO - Google Forms

17. Capacidade de analisar, de forma crítica, as evidências segundo normas definidas *

	1	2	3	4	5	6	7	
Pior	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Melhor

18. Capacidade de determinar a validade (aproximação da verdade) do material *

	1	2	3	4	5	6	7	
Pior	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Melhor

19. Capacidade de determinar a utilidade (aplicabilidade clínica) do material *


	1	2	3	4	5	6	7	
Pior	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Melhor

20. Capacidade de aplicar a informação a casos individuais *

	1	2	3	4	5	6	7	
Pior	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Melhor

ANEXO X: Autorização formal dos autores

← RE: Pedido de Autorização

 Rui Pedro Gomes Pereira <ruipereira@ese.uminho.pt>
Para: Você


Qua, 22/12/2021 09:11

Cara colega,

Enf.^a Ana Catarina Pinto,

Registo com agrado e reconhecimento o seu pedido que muito nos honra.
Temos todo o gosto e satisfação em autorizar a utilização dos questionários no âmbito do estudo que se propõe realizar e que se nos afigura como muito interessante e pertinente. Para esse efeito, deverá em toda a divulgação e produção científica decorrente da sua utilização, referenciar os estudos metodológicos que efetuámos [Pereira et al., 2015 a) & b)]. Deverá igualmente referir os estudos relativos à construção e validação das versões originais dos questionários.
De nossa parte, desejo-lhe um excelente trabalho e permaneço ao inteiro dispor.
Endereço também à sua orientadora, Professora Doutora Liliana Mota, os meus melhores cumprimentos.

Cordiais saudações académicas e pessoais,

Rui Pereira

RN, PHN, COHN, MSc, PhD

<https://www.cienciavitaes.pt/pt/FIID-7C37-DD4B>

**ANEXO XI: Pedido de colaboração à APEEEMC na divulgação
do estudo**

Perceção dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica sobre a Prática Baseada na Evidência

De: Ana Pinto <acatapinto@hotmail.com>

Enviado: segunda-feira, 7 de março de 2022 17:49

Para: AEEEMC Geral <geral.aeeemc@gmail.com>; Tavares, Maria Arminda <MariaArminda.Tavares@diaverum.com>

Assunto: Pedido de Divulgação de Estudo

Eu, Ana Catarina Pereira Pinto, enfermeira especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica (cédula profissional nº 65223), membra da AEEEMC e mestranda no 1º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica à pessoa em Situação Crítica da Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa, sob orientação da Professora Doutora Liliana Mota, venho por este meio solicitar a Vossas Excelências, apoio na divulgação do estudo que estou a realizar neste âmbito.

Obtive parecer favorável da comissão de ética da ESSNorteCVP (Parecer n.º 003/2022) que se encontra em anexo.

O estudo tem como objetivos: identificar as barreiras à prática baseada na evidência percebidas pelos enfermeiros especialistas em enfermagem médico-cirúrgica e descrever as práticas, atitudes e conhecimentos/competências dos enfermeiros especialistas em enfermagem médico-cirúrgica em relação à prática baseada na evidência.

Desta forma, agradeço a partilha do seguinte questionário, com todos os enfermeiros especialistas em enfermagem médico-cirúrgica sócios da AEEEMC.

https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSdrMndID-MbHIVNM05FOC_yw_rnyXyMgcaAeFov5uCYAHFpjbq/viewform?usp=sf_link

ANEXO XII: Pedido de colaboração à APEDT na divulgação do estudo

Perceção dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica sobre a Prática Baseada na Evidência

De: Ana Pinto <acatapinto@hotmail.com>

Enviado: segunda-feira, 7 de março de 2022 18:10

Para: geral@apedt.pt <geral@apedt.pt>; presidente@apedt.pt <presidente@apedt.pt>; Tavares, Maria Arminda <MariaArminda.Tavares@diaverum.com>

Cc: Liliana Mota <liliana.mota@essnortecvp.pt>

Assunto: Pedido de Divulgação de Estudo

Eu, Ana Catarina Pereira Pinto, enfermeira especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica (cédula profissional nº 65223), membra da APEDT e mestranda no 1º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica à pessoa em Situação Crítica da Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa, sob orientação da Professora Doutora Liliana Mota, venho por este meio solicitar a Vossas Excelências, apoio na divulgação do estudo que estou a realizar neste âmbito.

Obtive parecer favorável da comissão de ética da ESSNorteCVP (Parecer n.º 003/2022) que se encontra em anexo.

O estudo tem como objetivos: identificar as barreiras à prática baseada na evidência percecionadas pelos enfermeiros especialistas em enfermagem médico-cirúrgica e descrever as práticas, atitudes e conhecimentos/competências dos enfermeiros especialistas em enfermagem médico-cirúrgica em relação à prática baseada na evidência.

Desta forma, agradeço a partilha do seguinte questionário, com enfermeiros especialistas em enfermagem médico-cirúrgica.

https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSdrMndID-MbHIVNM05F0Cyw_rnyXyMgcaAeEov5uCYAHFpjbq/viewform?usp=sf_link

ANEXO XIII: Parecer da Comissão de Ética da ESSNorteCVP



PARECER DO CONSELHO DE DIREÇÃO

Identificação do estudo de investigação: 2022-002	
Título do estudo de investigação: Perceção dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-cirúrgica sobre a Prática Baseada na Evidência	
Área científica de investigação e linha de investigação a que se propõe: Linha 2 – Educação em Saúde	
Investigador responsável: Ana Catarina Pinto	Protocolo (se aplicável):

O Conselho de Direção desta Escola:

AUTORIZA

NÃO AUTORIZA

Observações:	
<p>O Estudo de Investigação foi previamente analisado pela Unidade de Investigação e Desenvolvimento e pela Comissão de Ética, desta Escola, tendo obtido parecer favorável. Declara-se ainda, que o Orientador do Projeto (Prof.ª Doutora Liliana Mota), é Docente da Unidade Curricular de Estágio de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica II (com componente de investigação) do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, conforme deliberação do Conselho Técnico-Científico.</p>	
Data: 24-03-2022	Presidente do Conselho de Direção 