



**ASSOCIAÇÃO DE POLITÉCNICOS DO NORTE
INSTITUTO POLITÉCNICO DO PORTO**

Escola Superior de Saúde do Porto

**Enfermagem Baseada na Evidência nos Cuidados Prestados à Criança e
Família: Atitudes e Barreiras – Estudo realizado num serviço de Pediatria
do Norte de Portugal**

Cânia Patrícia Martins Basto Torres

Dissertação apresentada ao Instituto Politécnico do Porto, para obtenção do Grau de Mestre
em Gestão das Organizações – Ramo de Gestão de Unidades de Saúde

Orientador:

Prof(a). Dr(a). Maria do Céu Barbieri Figueiredo

Coorientador:

Mestre Francisco José Madeira Mendes

Porto, 11 de Novembro de 2019



**ASSOCIAÇÃO DE POLITÉCNICOS DO NORTE
INSTITUTO POLITÉCNICO DO PORTO**

Escola Superior de Saúde do Porto

**Enfermagem Baseada na Evidência nos Cuidados Prestados à
Criança e Família: Atitudes e Barreiras – Estudo realizado num serviço de
Pediatria do Norte de Portugal**

Cânia Patrícia Martins Basto Torres

Orientador:

Prof(a). Dr(a). Maria do Céu Barbieri Figueiredo

Coorientador:

Mestre Francisco José Madeira Mendes

Porto, 11 de Novembro de 2019

“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

Resumo

Atualmente, as práticas e condutas de saúde devem basear-se na melhor evidência científica disponível, daí a importância que este tema assume no meio acadêmico dos mais diversos países. A prática baseada na evidência (PBE) afirma-se pelo uso criterioso do resultado de pesquisas científicas aplicadas na tomada de decisão clínica. O principal desafio à prática baseada na evidência é a sua implementação, uma vez que traduzir o conhecimento em ação pode tornar-se muito difícil e complexo, torna-se assim um desafio tentar refletir na atuação do enfermeiro face à evidência científica na sua prática clínica. O objetivo deste estudo é “avaliar as atitudes e barreiras com as quais os enfermeiros se deparam em relação a uma enfermagem baseada na evidência (EBE) nos cuidados prestados à criança e família”. Trata-se de um estudo de desenho descritivo-correlacional e de caráter quantitativo, onde se recorreu à aplicação do Questionário de Atitudes e Barreiras face à Prática Baseada na Evidência (QABPBE-26). Participaram no estudo 36 enfermeiros do serviço de Pediatria Médica de um hospital universitário. Os resultados do estudo demonstram que existe uma importante teia de correlações estatisticamente significativas entre diversas variáveis: a “Idade” apresenta uma correlação negativa de ($r_{sp} -0,347$, $p=0,045$) com a variável “Acho difícil aceder regularmente à biblioteca mais próxima”, uma correlação positiva com a variável “Acho que as chefias apoiam a utilização de Prática Baseada na Evidência.” de ($r_{sp} 0,487$, $p=0,003$) e com a variável “Acho que os artigos de investigação são de fácil compreensão” de ($r_{sp} 0,348$, $p=0,044$). Verificou-se que existem diferenças significativas entre “Ter realizado a formação no CPLEESIP” ou “Não ter realizado a formação no CPLEESIP” em algumas variáveis, salientamos “Sinto-me confiante na minha capacidade para avaliar a qualidade dos artigos de investigação”, quem tem o CPLEESIP tem melhor score que é o mesmo que dizer que apoia mais esta ideia. Concluiu-se que é necessário definir estratégias que por um lado facilitem a implementação de uma enfermagem baseada na evidência, e por outro lado consciencializar os enfermeiros e gestores sobre a importância de combater as barreiras à incorporação desta prática, na procura da melhoria dos cuidados de enfermagem em todas as suas dimensões de atuação.

Palavras-chave: Prática baseada na evidência; Cuidados de enfermagem à criança e família; Atitudes e barreiras à prática baseada na evidência.

Abstract

Currently, health practices and behaviors should be based on the best available scientific evidence, hence the importance that this theme assumes in the academic world of the most diverse countries.

Evidence-based practice (EBP) is affirmed by the judicious use of the result of scientific research applied in clinical decision making. The main challenge to evidence-based practice is its implementation, since translating knowledge into action can become very difficult and complex, so it becomes a challenge to try to reflect on nurses' performance in the face of scientific evidence in their clinical practice. The aim of this study is to “assess the attitudes and barriers nurses face in relation to evidence-based nursing (EBE) in child and family care”. It is a study of descriptive-correlational design and of quantitative character, in which the Questionnaire of Attitudes and Barriers to Evidence-Based Practice (QABPBE-26) was used. 36 nurses from the Medical Pediatrics service of a university hospital participated in the study. The results of the study demonstrate that there is an important web of statistically significant correlations between several variables: “Age” has a negative correlation of (rsp -0.347, $p = 0.045$) with the variable “I find it difficult to regularly access the nearest library”, a positive correlation with the variable “I think the managers support the use of Evidence-Based Practice.” of (rsp 0.487, $p = 0.003$) and with the variable “I think research articles are easy to understand” of (rsp 0.348 , $p = 0.044$). It was found that there are significant differences between having undergone training at CPLEESIP or Not having completed training at CPLEESIP in some variables, we emphasize “I feel confident in my ability to assess the quality of research articles”, who has CPLEESIP has better score which is to say that it supports this idea more. We conclude that I need to define strategies that, on the one hand, facilitate the implementation of evidence-based nursing, and on the other hand, make nurses and managers aware of the importance of combating the barriers to incorporating this practice in the search for improved nursing care in all areas. their dimensions of action.

Keywords: Evidence-based practice; Nursing care for the child and family; Attitudes and barriers to evidence-based practice.

Resumen

Actualmente, las prácticas y comportamientos de salud deben basarse en la mejor evidencia científica disponible, de ahí la importancia que este tema asume en el mundo académico de los países más diversos.

La práctica basada en la evidencia (PBE) se afirma mediante el uso juicioso del resultado de la investigación científica aplicada en la toma de decisiones clínicas. El principal desafío para la práctica basada en evidencia es su implementación, ya que traducir el conocimiento en acción puede volverse muy difícil y complejo, por lo que se convierte en un desafío tratar de reflexionar sobre el desempeño de las enfermeras frente a la evidencia científica en su práctica clínica. El objetivo de este estudio es "evaluar las actitudes y barreras que enfrentan las enfermeras en relación con la enfermería basada en la evidencia (EBE) en la atención infantil y familiar". Es un estudio de diseño descriptivo-correlacional y de carácter cuantitativo, en el que se utilizó el Cuestionario de actitudes y barreras a la práctica basada en la evidencia (QABPBE-26). 36 enfermeras del servicio de Pediatría Médica de un hospital universitario participaron en el estudio. Los resultados del estudio demuestran que existe una importante red de correlaciones estadísticamente significativas entre varias variables: "Edad" tiene una correlación negativa de ($r_{sp} -0.347$, $p = 0.045$) con la variable "Me resulta difícil acceder regularmente a la biblioteca más cercana", una correlación positiva con la variable "Creo que los gerentes apoyan el uso de la práctica basada en la evidencia" de ($r_{sp} 0.487$, $p = 0.003$) y con la variable "Creo que los artículos de investigación son fáciles de entender" de ($r_{sp} 0.348$, $p = 0,044$). Se encontró que existen diferencias significativas entre haber recibido capacitación en CPLEESIP o no haber completado la capacitación en CPLEESIP en algunas variables, enfatizamos "Me siento confiado en mi capacidad para evaluar la calidad de los artículos de investigación", que tiene CPLEESIP mejor puntuación, lo que quiere decir que respalda más esta idea. Concluimos que necesitamos definir estrategias que, por un lado, faciliten la implementación de la enfermería basada en evidencia, y por otro lado, concienticen a las enfermeras y gerentes sobre la importancia de combatir las barreras para incorporar esta práctica en la búsqueda de una mejor atención de enfermería en todas las áreas. sus dimensiones de acción.

Palabras clave: Práctica basada en la evidencia; Atención de enfermería para el niño y la familia; Actitudes y barreras a la práctica basada en la evidencia.

Agradecimentos

A elaboração deste trabalho que representa um importante marco na minha vida pessoal e profissional, não teria sido possível sem a colaboração, estímulo e empenho de diversas pessoas. Gostaria, por isso, de expressar a minha gratidão e apreço, a todos aqueles que, direta ou indiretamente, contribuíram para que este estudo se tornasse realidade. A todos quero manifestar os meus sinceros agradecimentos.

Neste sentido, gostaria de dirigir as primeiras palavras de agradecimento ao orientador, o Mestre Francisco Mendes meu mentor em toda a execução prática deste estudo, que me guiou e acompanhou neste percurso. As suas qualidades humanas, rigor científico, capacidade de trabalho, disponibilidade e incentivo foram determinantes para levar esta esta dissertação a bom porto.

À Professora Doutora Maria do Céu Barbieri, também orientadora deste trabalho, pelas suas qualidades humanas e rigor científico, pelo incentivo, pela preocupação, porque as suas palavras foram fundamentais e ajudaram em alguns dias mais difíceis. Tudo parecia mais fácil depois das nossas conversas.

À Professora Doutora Teresa Martins, pela sua disponibilidade e partilha de conhecimentos que se tornou fundamental neste estudo

À minha família, os que nunca me falham, pelo apoio e incentivo que tornou este caminho mais tranquilo e menos solitário.

A todos os participantes deste estudo, e colegas de trabalho, pelo tempo dispensado, porque sem eles este trabalho não seria possível de concretizar.

Lista de Abreviaturas, Acrónimos e Siglas

APEGEL – Associação Portuguesa de Enfermeiros Gestores e Liderança

CMS – Centers for Medicare and Medicaid Services

CPLEESIP – Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

EBE – Enfermagem Baseada na Evidência

EESIP – Enfermeiro Especialista de Saúde Infantil e Pediátrica

GME – Graduate Nurse Education

GNE – Graduate Nurse Education

KTA – The Knowledge to Action Model

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

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PBE – Prática Baseada na Evidência

PARIHS – Marco Promocional da Implementação da Pesquisa em Serviços de Saúde

PICOT – Population, Intervention, Comparing, Outcome, Time

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

RNAO – Registered Nursing Association in Ontário

SPSS – Statistical Package for the Social Sciences

Índice Geral

Introdução	14
Parte I – Enquadramento Teórico e Estado da Arte	16
Capítulo I – Prática Baseada na Evidência	17
1.1. Prática Baseada na Evidência: Conceitos e Contextualização.....	17
1.2. Vantagens da Evidência na Prática Clínica dos Enfermeiros.....	24
1.3. Barreiras e Aspetos Facilitadores à Prática Baseada na Evidência.....	27
1.4. Modelos de Prática Baseada na Evidência.....	29
1.5. Prática Baseada na Evidência como Cultura Educacional.....	32
1.6. Evidência Científica Versus Gestão.....	34
Capítulo II - Modelo de Parceria nos Cuidados Prestados à Criança e Família	39
2.1. Família como Parceira no Cuidar.....	39
2.2. Parceria de Cuidados e a Prática Baseada na Evidência.....	41
2.3. Competências dos EESIP e os Padrões de qualidade em Enfermagem.....	45
Parte II – Estudo Empírico	47
Capítulo III – Metodologia e Desenho de Investigação	48
3.1. Problemática, Questões de Investigação, e Objetivos.....	48
3.2. Tipo de Estudo.....	49
3.3. População e Amostra.....	50
3.4. Variáveis do Estudo.....	50
3.5. Instrumento de Colheita de Dados	52
3.6. Tratamento dos Dados.....	53
3.7. Considerações Éticas.....	54
Capítulo IV – Apresentação e Discussão de Resultados	55
4.1. Apresentação e Análise dos dados.....	55
4.1.1. Análise de Fiabilidade.....	55
4.2. Estatística Descritiva e Caracterização Sociodemográfica.....	56
4.3. Estatística Descritiva das Variáveis Independentes.....	64
4.4. Discussão dos Resultados.....	80
4.5. Limitações ao estudo e Investigação Futura.....	85
Conclusão	87
Referências Bibliográficas	89

Anexos.....97

Anexo I - Questionário de Atitudes e Barreiras em relação à Prática Baseada na Evidência (QABPBE-26)

Anexo II - Autorização dos autores do QABPBE-26

Anexo III - Autorização da Comissão de Ética para realização do estudo

Anexo IV - Formulário de Consentimento dos Participantes.

Anexo V – Aceitação do resumo do póster para o 14th International Family Nursing Conference

Anexo VI – Resumo Publicado em revista do 9º Congresso da Associação Portuguesa de Enfermeiros Gestores e Liderança (APEGEL)

Anexo VII – Póster apresentado ao 14th International Family Nursing Conference e Póster apresentado no 9º Congresso da APEGEL

Índice de Esquemas

Esquema 1. Passos do Processo de PBE.....	23
Esquema 2. Pressupostos da EBE.....	25
Esquema 3. Vantagens de uma PBE nos Cuidados de Enfermagem.....	35
Esquema 4. Tríade PBE e o Modelo de Parceria de Cuidados.....	42
Esquema 5. Os Passos da PBE.....	43

Índice de Figuras

Figura 1. Pirâmide da Tomada de Decisão Baseada em Evidências.....	21
Figura 2. Modelo de Ambiente da PBE.....	30
Figura 3. Modelo de Parceria de Cuidados de Casey – Original.....	40

Índice de Tabelas

Tabela 1. PICOT- Componentes de uma Pergunta Respondível e Pesquisável.....	20
Tabela 2. Descrição das Variáveis.....	51
Tabela 3. Análise Descritiva da Idade.....	56
Tabela 4. Distribuição de Frequência Relativa por Idades.....	57
Tabela 5. Distribuição de Frequências por Género.....	58
Tabela 6. Distribuição de Frequências por Estado Civil.....	58
Tabela 7. Distribuição de Frequências por Habilitações Académicas.....	59
Tabela 8. Distribuição de Frequências por Habilitações Profissionais.....	59
Tabela 9. Análise Descritiva do Tempo de Exercício Profissional.....	60
Tabela 10. Distribuição de Frequência Relativa por tempo de exercício profissional	60
Tabela 11. Análise Descritiva do Tempo de Exercício Profissional no Serviço.....	61
Tabela 12. Distribuição de Frequência relativa por tempo de Exercício Profissional no Serviço.....	61
Tabela 13. Distribuição de Frequências por Cargo Ocupado.....	62
Tabela 14. Distribuição de Frequências por Formação Contínua.....	62
Tabela 15. Tabela de Frequências Absolutas e Relativas.....	63
Tabela 16. Correlação entre as Variáveis pelo Coeficiente de Correlação de Spearman.....	66
Tabela 17. Coeficiente de Correlação de Spearman na Variável Idade.....	68
Tabela 18. Coeficiente de Correlação de Spearman na Variável Tempo de Experiência Profissional.....	69
Tabela 19. Coeficiente de Correlação de Spearman na Variável Tempo de Experiência Profissional no Serviço.....	71
Tabela 20. Ranks – Variável Género.....	71
Tabela 21. Testes Estatísticos da Variável Género com o Item 6.....	71
Tabela 22. Ranks – Variável Estado Civil.....	72
Tabela 23. Testes Estatísticos da Variável Estado Civil com os Itens 7,12,14 e 25.....	73
Tabela 24. Ranks – Variável Habilitações Profissionais – CPLEESIP.....	74
Tabela 25. Testes Estatísticos da Variável Habilitações Profissionais – CPLEESIP.....	75
Tabela 26. Ranks – Variável Habilitações Profissionais – Formação pós-graduada.....	75
Tabela 27. Testes Estatísticos da Variável Habilitações Profissionais – Formação pós-graduada.....	77

Tabela 28. Ranks – Variável Cargo que Ocupa.....	78
Tabela 29. Testes Estatísticos da Variável Cargo que Ocupa.....	78

Introdução

As melhores práticas baseiam-se na experiência, julgamento crítico, perspectiva e pesquisa contínua. Estas práticas são também reconhecidas em estudos, investigações, sistematicamente desenvolvidos através da prática relativamente a uma área específica do contexto de trabalho clínico, com as melhores evidências. Estas evidências permitem fornecer orientação aos enfermeiros da prática e aos seus gestores acerca das suas decisões clínicas e de gestão (Field & Lorhr, 1990).

Atualmente, muitos estudos têm tentado identificar os obstáculos à utilização da investigação, com o objetivo de os ultrapassar e identificar estratégias para facilitar a utilização da evidência científica na prática dos enfermeiros. A utilização da investigação nos cuidados de enfermagem prestados à criança e família e a aplicação dos seus resultados no sentido de apoiar a tomada de decisão.

Apesar da atualidade e pertinência desta temática e do investimento que tem existido a nível da formação dos enfermeiros nesta área, a diferença entre a prática de enfermagem e os resultados que se têm obtido com os estudos das evidências científicas, continua a mostrar-se como um problema que teima a persistir na profissão.

Quando tocamos na questão da implementação da prática baseada na evidência (PBE) é imperativo referir que esta prática pode melhorar a qualidade do cuidado prestado ao cliente e intensificar o julgamento clínico. Os enfermeiros devem saber como e onde obter, interpretar e integrar estas evidências provenientes de pesquisas com os dados do cliente e as observações clínicas. Quando o cuidado é prestado à criança e família tem como linha orientadora esta abordagem, as intervenções de enfermagem tornam-se mais efetivas e os seus resultados proporcionam a melhoria nos cuidados prestados. Para a implementação da PBE, os enfermeiros necessitam aprender a adquirir e interpretar dados para desta forma basearem a sua prática na melhor evidência disponível.

Relativamente à problemática em que assenta o nosso estudo, onde foi identificada a necessidade de encontrar mecanismos que contribuíssem para colmatar a lacuna existente entre o conhecimento científico produzido através de pesquisas e a sua aplicação na prática clínica, acreditamos que nos cuidados de enfermagem prestados à criança e família, a implementação da PBE contribui para a mudança de uma prática baseada na tradição, rituais e tarefas para uma prática reflexiva baseada em conhecimento científico, promovendo a melhoria da qualidade dos cuidados prestada à criança e família.

Para dar resposta à questão de investigação *“Quais as atitudes, barreiras com que os enfermeiros se deparam em relação a uma enfermagem baseada na evidência nos cuidados prestados à criança e família?”* Aplicamos o questionário *“Atitudes e Barreiras em relação à Prática Baseada na Evidência”* (QABPBE-26) aos participantes do estudo. Após aplicação do QABPBE-26 e interpretando os dados estatísticos recolhidos estes foram de encontro ao nosso principal objetivo *“Avaliar as atitudes e barreiras com as quais os enfermeiros se deparam em relação a uma enfermagem baseada na evidência nos cuidados prestados à criança e família”*. Após recolher, analisar e tratar os dados dos participantes do estudo podemos delinear estratégias no sentido de dar continuidade a este trabalho de investigação promovendo implementação de uma prática baseada na evidência nos cuidados de enfermagem do serviço de pediatria onde foi desenvolvido este estudo.

O trabalho encontra-se dividido em 2 partes, a primeira parte corresponde ao enquadramento teórico e estado da arte relativamente à temática proposta para estudo, a segunda parte destina-se ao estudo empírico onde se explica o desenho e metodologia do estudo e resultados obtidos. A Parte I do trabalho foi dividida em 2 capítulos: o capítulo I aborda a enfermagem baseada na evidência, o Capítulo II o modelo de parceria nos cuidados prestados à criança e família. A Parte II dividiu-se em 2 capítulos: Capítulo III relativo à metodologia e desenho de investigação; Capítulo IV assenta na apresentação e discussão de resultados.

No final do nosso trabalho escrito fizemos referência à investigação que futuramente iremos desenvolver e terminamos com as principais conclusões do estudo.

Para a elaboração do trabalho escrito recorreremos a pesquisa de livros, revistas científicas da área em estudo e artigos em bibliotecas de Escolas Superiores de Saúde. Também baseamos a nossa pesquisa em bases de dados científicas e em conversas com docentes de referência nesta área (PBE e gestão de serviços de saúde).

Parte I

Enquadramento Teórico e Estado da Arte

Capítulo I - Enfermagem Baseada na Evidência

Nos últimos anos, tem sido dado ênfase muito significativo ao cuidar do cliente, baseado na evidência científica. A prática baseada na evidência é cada vez mais falada no seio das equipas de enfermagem. Pode ser descrita como a integração da experiência profissional do enfermeiro e da perícia externa com os melhores conhecimentos especializados adquiridos através da evidência científica. (Vilelas & Basto, 2011).

A experiência individual do enfermeiro, refere-se às competências deste e que vai desenvolvendo ao longo do tempo através da experiência em contexto prático. A perícia externa está inerente à investigação prática relevante, nomeadamente aquela que é centrada no cliente. Se por um lado a experiência prática é desenvolvida com o tempo, por outro a perícia não o é. O enfermeiro para desenvolver as suas competências externas e uma PBE deve utilizar a investigação, tornando-se mesmo fundamental que o faça. Pode-se então dizer que para apoiar a tomada de decisão o enfermeiro tem que considerar a investigação e os seus resultados e aplica-los.

Estamos numa sociedade muito centrada no conhecimento, desta forma a grande dificuldade dos enfermeiros não estará no acesso ou disponibilidade da informação, seja de que área for, mas sim em saber distinguir entre as evidências que se revelem de elevada qualidade e que sejam adequadas para aplicar na sua prática em contrário dos estudos de baixa ou duvidosa qualidade científica, cujo seu interesse e aplicabilidade não é de todo recomendada (DiCenso, Baley & Haynes, 2009). Neste sentido, e demonstrada a atualidade e pertinência deste tema para a enfermagem e para os cuidados que presta à criança e família, iremos neste capítulo abordar a PBE.

1.1. Prática Baseada na Evidência: Conceitos e Contextualização

A prática baseada na evidência, afirma-se como uma forma de abordagem que contribui diretamente para a melhoria da qualidade da prática em Enfermagem e a utilização de resultados de pesquisas na prática consiste num dos pilares dessa abordagem (Galvão & Sawada, 2003).

A organização Mundial da Saúde, publicou em 2017 um relatório com o título "Facilitando a prática baseada em evidências em enfermagem e obstetrícia na Região Europeia da OMS", o que demonstra a preocupação existente, por parte desta importante organização, nesta temática.

O número de estudos já existentes, e que procuram descrever os benefícios de uma prática baseada na evidência na tomada de decisão nos sistemas de saúde é vasta. Este, é um fenómeno complexo o que torna difícil provar relações causais diretas, entre a prática baseada na evidência e os ganhos em saúde. Esta prática, no entanto, tem o potencial de melhorar a qualidade dos cuidados e produzir benefícios para os utentes, enfermeiros e o sistema de saúde. É imperativo que os países da Região Europeia da Organização Mundial da Saúde considerem os benefícios desta prática, e se concentrem na melhoria contínua na qualidade do atendimento (WHO, 2017).

Quando apoiado em estudos, a evidência mostra-nos que nem sempre os enfermeiros procuram a evidência científica para obter informações relativamente à prática, muitos não detêm conhecimentos acerca da pesquisa em bases de dados, e consideravam ainda que “ocasionalmente” aplicavam novos conhecimentos na prática. Para estes resultados, desanimadores, os enfermeiros apontavam como “culpado” as barreiras existentes (Pravikoff, Pierce & Tanner, 2005).

Em consonância com as recomendações da OMS, relativamente à prática baseada na evidência, e no que diz respeito à profissão de enfermagem, várias associações e grupos de trabalho, já desenvolveram e continuam a desenvolver diretrizes reconhecidas nesta área, nomeadamente a Registered Nursing Association in Ontário (RNAO), concentrando o seu trabalho na procura das melhores evidências para a prática dos enfermeiros.

A Guideline International Network engloba a maioria destes grupos de trabalho, onde se destaca: o Instituto Johanna Briggs; a Rede de diretrizes Internacionais da Escócia; e o Instituto de Saúde e Excelência Clínica. Embora muitos destes grupos estejam direcionados para o tratamento de questões clínicas, relevantes para os enfermeiros e assentes numa perspetiva interprofissional, a RNAO é uma das poucas organizações no mundo que desenvolve diretrizes específicas apenas para estes profissionais.

As diretrizes da RNAO incluem recomendações práticas adaptadas especificamente às intervenções de enfermagem sempre basadas na evidência científica. Além disso a RNAO mantém o seu foco na implementação e avaliação constante de diretrizes (RNAO, 2012).

Também em Portugal existe um crescente corpo de estudos científicos em enfermagem, que tem o potencial de contribuir para a melhoria dos cuidados de enfermagem prestados ao cliente, e no caso do nosso estudo, o cliente em idade pediátrica. Esta consequente melhoria que previsivelmente o investimento na formação científica trás aos cuidados de enfermagem leva a ganhos em saúde para o cliente e comunidade.

De acordo com o código de ética para os enfermeiros, o desenvolvimento dos cuidados de enfermagem deve apoiar-se e fundamentar-se nos resultados produzidos pela investigação em enfermagem (International Council of Nurses, 2006).

A prática de enfermagem baseia-se num caráter científico, devido à sua orientação instrumental e à sua base disciplinar assente no conhecimento científico. Entende-se por caráter científico a tomada de decisões práticas orientadas pela ciência e conhecimento científico. (Kim, 2010).

A PBE pode ser definida como uma abordagem de solução de um problema para prestar o cuidado em saúde que integra a melhor evidência proveniente de estudos bem delineados e dados do cuidado, e combina com as preferências e valores do paciente e a perícia do profissional de saúde. A implementação desta abordagem na prática clínica é um processo que inclui sete passos críticos (Melnik & Fineout-Overholt, 2015):

0. Cultura de um espírito de indagação;
1. Colocação de questões PICOT (Population, Intervention, Comparison Outcomes, Time) acerca da prática;
2. Recolher evidências relevantes para dar resposta às questões, como por exemplo procurar revisões sistemáticas, incluindo meta-análise;
3. Avaliar criticamente as evidências encontradas quanto à sua validade, confiabilidade e aplicabilidade. Sintetizar essas evidências;
4. Integrar as evidências na experiência clínica e nos valores do cliente para implementar uma decisão clínica;
5. Avaliar os resultados da decisão prática ou mudar com base em evidências
6. Divulgar os resultados da decisão da PBE ou alterar.

A investigação clínica deve ser cultivada em ambiente de trabalho e relativamente à formulação da questão clínica, a que nos referimos no passo 1, esta deve ter uma forma estruturada e específica, como a formatação PICOT. O Enfermeiro deve encontrar a evidência certa para responder a essas questões e diminuir a incerteza. Esta abordagem de colocação de questões clínicas facilita uma pesquisa bem construída. Schardt et al.(2007) descobriram que o uso de modelos PICO melhorou as habilidades dos profissionais de saúde para pesquisar na PubMed informação para dar resposta a questões clínicas.

Questões focalizadas em primeiro plano, são essenciais para encontrar rigorosamente a evidência certa para lhe dar resposta (Schardt et al., 2007). As perguntas em primeiro plano devem ser colocadas usando o formato PICO.

Tabela 1. PICOT: Componentes de uma pergunta respondível e pesquisável

PICOT	
População/Cliente/Doença	<p><u>Cliente ou doença de interesse para a pesquisa:</u> Idade Género Com determinada desordem (por exemplo, diabetes)</p>
Intervenção ou questão de interesse	<p><u>A intervenção ou grupo de intervenções de interesse, por exemplo:</u> • Tratamento • Exposição à doença • Prognóstico • Comportamento de risco (por exemplo, fumar)</p>
Intervenção de comparação ou questão de interesse	<p>O que se quer comparar, por exemplo: • Tratamento alternativo, placebo ou nenhuma intervenção / terapêutica • sem doença • Ausência de fator de risco (por exemplo, não fumadores)</p>
Resultado	<p><u>Resultado de interesse, por exemplo:</u> • Resultado esperado do tratamento (por exemplo, úlceras de pressão) • Risco de doença • Precisão do diagnóstico • Taxa de ocorrência de resultado adverso (por exemplo, morte)</p>
Tempo	<p><u>O tempo envolvido para demonstrar um resultado, por exemplo:</u> • O tempo que leva para a intervenção alcançar o resultado • O tempo durante o qual as populações são observadas para o resultado (por exemplo, qualidade de vida) a ocorrer, dado condição (por exemplo, tumor de cerebral)</p>

Adaptado de Melnyk & Fineout-Overholt (2017)

As respostas às questões clínicas podem ser encontradas numa variedade de recursos, variando entre os dados encontrado na prática (ou seja, evidências internas) e os artigos de pesquisa (isto é, evidência externa). A transição da evidência para o formato eletrónico tem sido fundamental para o surgimento de novos recursos de evidências externas para apoiar a tomada de decisão clínica no contexto prático. Esses recursos contêm resumos de tópicos clínicos oportunos e são projetados para fornecer informações básicas e a melhor evidência externa disponível para melhorar o atendimento ao cliente. Este aspeto torna-se fundamental para as fases 2 e 3 do processo de PBE. Haynes (2007) caracterizou e organizou o crescente universo de evidências e

recursos usando uma estrutura de pirâmide. De seguida apresentamos uma Figura 1. onde se estrutura esta tomada de decisão baseada em evidências numa pirâmide de acontecimentos (Haynes, 2007).

Figura 1. Pirâmide da tomada de decisão baseada em evidências



Adaptado de Haynes, (2007)

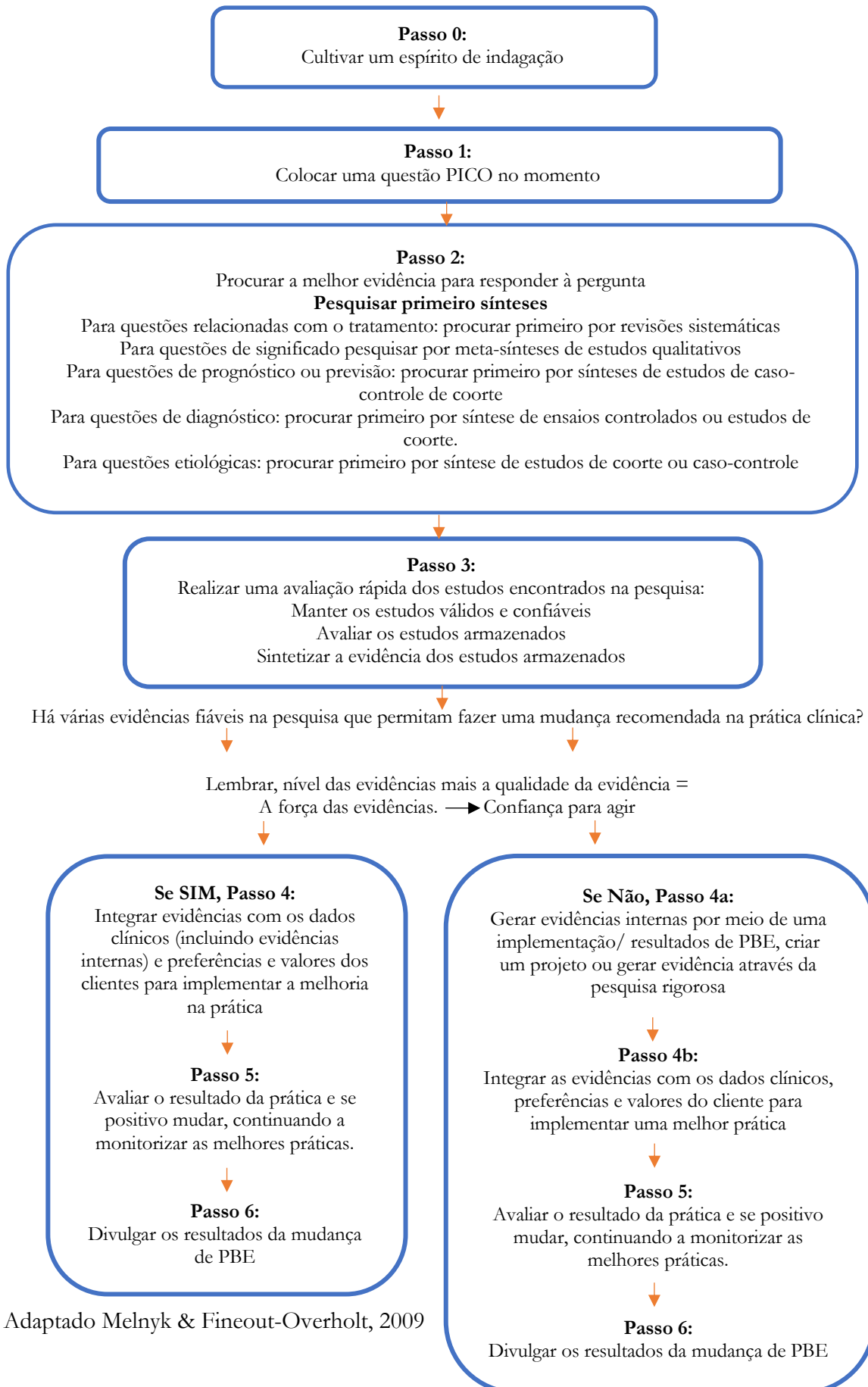
Na base da pirâmide estão contidos artigos de pesquisa originais. Bases de dados bibliográficas em que os artigos de pesquisa originais são indexados (por exemplo, MEDLINE ou CINAHL) formam a base da literatura de saúde. Estas bases de dados contêm o maior número e maior variação de artigos que descrevem pesquisa clínica. Estas são as fontes originais decorrentes da pesquisa e detêm a informação mais confiável; no entanto, encontrar as evidências nessas bases de dados e avaliar o valor dos artigos para a prática requer conhecimento específico e habilidade. O próximo nível da pirâmide, intitulado de Avaliações de Evidência, contém a escolha da literatura, que, quando bem feita, pode ser considerada uma “mina de ouro” de evidências. No topo da pirâmide, intitulada *Decision Support in Medical Record*, é descrita a situação ideal, um sistema de apoio à decisão clínica integrado no registo eletrónico de saúde. Aqui, os dados de um cliente específico são automaticamente vinculados à melhor evidência atual disponível no sistema que corresponda às circunstâncias específicas desse cliente. Ao combinar as evidências

com os dados do cliente, o sistema de suporte clínico auxilia os enfermeiros em seguirem intervenções baseadas em evidências para esse cliente. Atualmente, existem poucos desses sistemas de suporte à decisão em uso, e aqueles que existem nem sempre são completamente baseados em evidências ou atuais (Haynes, 2007).

Relativamente ao passo 5 dos 7 passos críticos da implementação PBE, acima referidos, este pareceu-nos importante explorar, atendendo ao impacto que tem neste processo. Este crítico passo pretende avaliar a iniciativa baseado em evidências e de que forma essa mudança alterou/afetou os resultados nos clientes, ou quão eficaz foi a decisão clínica com um cliente em particular. Esta avaliação torna-se essencial para determinar se a mudança baseada em evidências resultou no esperado quando implementada em contexto real. A medição dos resultados esperados é importante pra determinar e documentar o impacto da mudança de PBE na qualidade dos cuidados de enfermagem e/ou os resultados obtidos no cliente. Se uma mudança na PBE não traduzir os mesmos resultados demonstrados nas pesquisas que rigorosamente foram realizadas, os enfermeiros devem questionar-se se o tratamento/cuidado foi implementado exatamente da mesma forma que no estudo e se os clientes e o ambiente clínico eram semelhantes ao dos estudos (Melnyk & Fineout-Overholt, 2015).

No esquema 1. Que se segue abordaremos os passos do processo de PBE que leva a cuidados de saúde de alta qualidade e melhores resultados aos clientes.

Esquema1. Passos do processo de PBE



Adaptado Melnyk & Fineout-Overholt, 2009

Vários tipos de conhecimento e habilidades são necessários para executar as principais etapas da PBE. Para realizar os três primeiros passos, os profissionais precisam de habilidades para questionar práticas clínicas atuais (Etapa 1), conhecimento das bases de dados e habilidades em pesquisa bibliográfica (Passo 2), uma compreensão dos métodos científicos e estatísticos (bioestatística e epidemiologia) (Passo 3), e uma abordagem crítica (Etapa 1-3). Ao aplicar a evidência (Etapa 4), os enfermeiros dependem da sua experiência clínica para definir e julgar características com o tratamento, cliente e contexto. São necessárias habilidades de sensibilidade e comunicação para entender os clientes e, assim, ser capaz de tomar decisões. Finalmente, para avaliar o desempenho (Etapa 5), os profissionais precisam ser capazes de se autoavaliarem e refletir sobre o próprio desempenho das etapas do PBE e sobre a aplicação e integração de evidências na prática clínica (Melnyk & Fineout-Overholt, 2009).

1.2. Vantagens da Evidência na Prática Clínica dos Enfermeiros

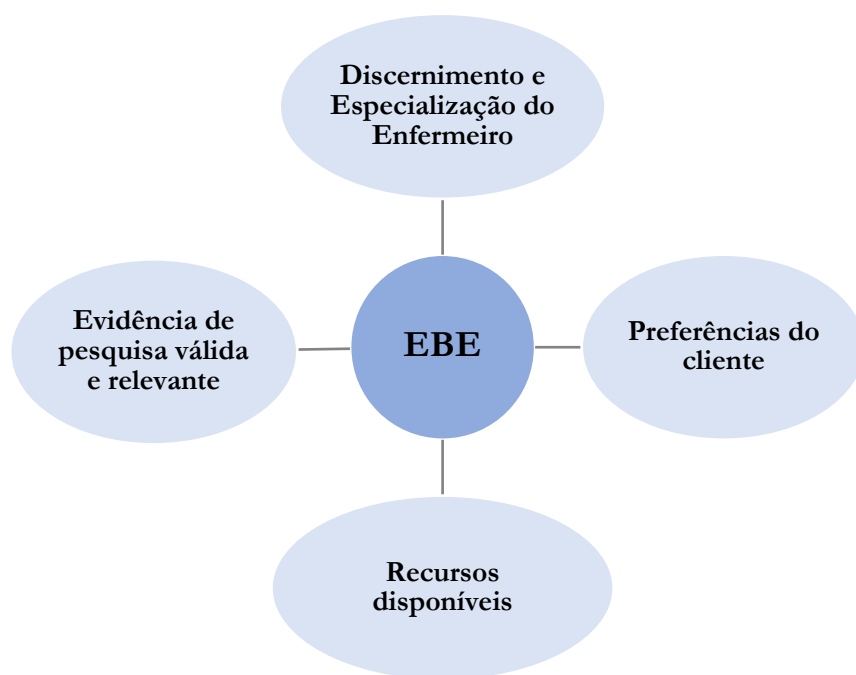
Traduzir o conhecimento em ação nos cuidados de enfermagem é um processo complexo, dinâmico e em constante evolução, no entanto quando este processo é realizado com sucesso são claros os ganhos em saúde. Cientes destes ganhos, tanto as instituições de saúde como as escolas de enfermagem vêm desenvolvendo estudos e pesquisas que pretendem objetivar e testar modelos assistenciais, nos quais o enfermeiro se torna o centro do processo, pois é este que observa, avalia, questiona, comunica e implementa novos conhecimentos na prática. As pesquisas científicas especificamente na área da enfermagem têm vindo a crescer substancialmente, especialmente no que diz respeito às pesquisas clínicas, com métodos bem definidos e com forte grau de evidência, a fim de sustentar e subsidiar a enfermagem baseada na evidência (EBE) (Danski, Oliveira, Pedrolo, Lind & Johann, 2017).

A principal razão para a constante implementação da EBE é porque ela eleva os cuidados de enfermagem ao nível de excelência o que leva a melhores resultados para o cliente. Além destas razões, reduz os custos de saúde e a variação na prestação de cuidados de enfermagem tornando-se mais uniformes. Resultados de alguns estudos indicam que os enfermeiros relatam sentir-se mais capacitados e satisfeitos nos cuidados de enfermagem que prestam quando envolvidos numa EBE. Com indicadores recentes de “esgotamentos” entre profissionais de saúde, juntamente com a pressão que é exercida sobre os enfermeiros para oferecerem cuidados de enfermagem seguros e de alta qualidade, a par de uma enorme sobrecarga de trabalho, o uso da EBE pode tornar-se essencial não apenas para o cuidado do cliente e a gestão de recursos, mas

também para reduzir a taxa de rotatividade que se verifica cada vez mais crescente nas profissões de saúde.

Do movimento da PBE emergiu a EBE, com a finalidade de melhorar os cuidados prestados ao cliente. Os pressupostos da EBE e sua decisão clínica são: discernimento e especialização do enfermeiro; evidência de pesquisa válida e relevante; preferências do cliente; e recursos disponíveis. A EBE é um movimento que vem crescendo nos últimos anos, levando mesmo à criação de entidades e revistas especializadas, tais como a Evidence-Based Nursing (Danski et al, 2017).

Esquema 2. Pressupostos da EBE



Fonte: Danski et al, 2017.

Após inúmeros estudos terem comprovado as vantagens da PBE para o cliente, enfermeiro, Instituição de saúde e Economia da saúde, foram realizadas iniciativas a nível mundial para promover a PBE.

A ordem dos enfermeiros, como entidade reguladora da profissão elaborou vários documentos que regulamentam as competências dos enfermeiros em Portugal. Vamos focar-nos nas competências transversais e comuns dos enfermeiros especialistas, mas sabendo que existe por base um outro documento que regulamenta as competências dos enfermeiros de cuidados gerais.

O Regulamento nº 140/2019 publicado no Diário do Republica, 2ª série – Nº26 – 6 de fevereiro de 2019 regula as Competências Comuns dos Enfermeiros Especialistas. Neste sentido, o enfermeiro especialista é aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para a prestação de cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem.

As Competências Comuns do Enfermeiro Especialista envolvem as dimensões da educação dos clientes e seus pares, de orientação, aconselhamento, liderança, incluindo responsabilidade de descodificar, disseminar e levar a cabo a investigação relevante e pertinente, que permita avançar e melhorar de forma continua a prática de enfermagem (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

No Artigo 4º do Capítulo II do regulamento referido, encontra-se descrito que dos Domínios das Competências Comuns de Enfermeiro Especialista fazem parte:

1. Responsabilidade profissional, ética e legal (A);
2. Melhoria contínua da qualidade (B);
3. Gestão dos cuidados (C);
4. Desenvolvimento das aprendizagens profissionais (D).

Relativamente ao domínio (D): desenvolvimento das aprendizagens profissionais, o Enfermeiro Especialista deve basear a sua praxis clínica especializada em evidência científica. Este alicerça os processos de tomada de decisão e as intervenções em conhecimento válido, atual e pertinente, assumindo-se como facilitador nos processos de aprendizagem e agente ativo no campo da investigação.

Ainda neste domínio, o enfermeiro especialista ao suportar a prática clínica em evidência científica, deve:

1. Atuar como dinamizador e gestor da incorporação do novo conhecimento no contexto da prática de cuidados, visando ganhos em saúde dos clientes;
2. Identificar lacunas do conhecimento e oportunidades relevantes de investigação;
3. Investigar e colaborar em estudos de investigação;
4. Interpretar, organizar e divulgar resultados que advém da evidência e que contribuam para o desenvolvimento da enfermagem;
5. Discutir as implicações da investigação;
6. Contribuir para o conhecimento novo e para o desenvolvimento da prática clínica especializada.

Ao promover a formulação e implementação de padrões e procedimentos para a prática especializada no ambiente de trabalho, é pretendido que o enfermeiro especialista deva:

1. Possuir conhecimentos de enfermagem e de outras disciplinas que contribua para a prática especializada;
2. Revelar conhecimentos na prestação de cuidados especializados, seguros e competentes;
3. Rentabilizar as oportunidades de aprendizagem, tomando a iniciativa na análise de situações clínicas;
4. Usar as tecnologias de informação e métodos de pesquisa adequados;
5. Assegurar a formulação e a implementação de processos de formulação e desenvolvimento na prática clínica (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

1.3. Barreiras e Aspetos Facilitadores à Prática Baseada na Evidência

Os prestadores de cuidados de saúde, empenham-se no sentido de prestar cuidados baseados na evidência, gerindo ao mesmo tempo as exigências dos clientes, possíveis sobrecargas de trabalho e o volume de artigos e revistas relacionadas com sua prática clínica.

Só com conhecimento das barreiras à investigação em enfermagem se pode desenvolver intervenções ou programas específicos com a finalidade de as ultrapassar ou minimizar. Existem estudos sobre as barreiras à utilização dos resultados da investigação clínica na prática dos enfermeiros. A maioria dos estudos corrobora que os enfermeiros citam inúmeras as barreiras à PBE, onde se inclui (Melnik & Fineout-Overholt, 2017):

- Falta de conhecimentos e habilidades para desenvolver e implementar a PBE;
- Perceções equivocadas ou atitudes negativas sobre pesquisa em cuidados baseados em evidências;
- Falta de crença de que a PBE levará a resultados mais positivos dos que os cuidados baseados na tradição;
- Quantidades volumosas de informação em revistas científicas;
- Falta de tempo e recursos para procurar e avaliar evidências;
- Cargas de clientes esmagadoras;
- Restrições organizacionais, como falta de suporte administrativo e financeiro;
- Falta de mentores de PBE;
- Pressão dos colegas para continuar com a prática baseada na tradição;
- Resistência à mudança;
- Falta de consequências pela não implementação de uma PBE;

- Falta de autonomia sobre práticas e incentivos;
- Conteúdos inadequados acerca da PBE durante a formação.

Para superar barreira à implementação da PBE devem existir peritos em todos os níveis da prática (isto é, enfermeiros que acreditam tão fortemente no paradigma da EBP que farão tudo o que seja necessário para facilitar sua prática diária e sua cultura organizacional) e uma cultura de PBE com mecanismos de apoio à causa (Fein & Corratto, 2008; Fineout-Overholt et al., 2005). Para os enfermeiros promoverem o uso da PBE, as dúvidas sobre como implementar a prática com base nas melhores evidências disponíveis precisam ser corrigidas, e o conhecimento e as habilidades nessa área devem ser aprimorados (Fineout-Overholt et al.). Também deve ser percebido que a mudança de comportamento é complexa e influenciada por múltiplos fatores, incluindo crenças, atitudes, recursos e disponibilidade de evidências para mudar a prática (McGinty & Anderson, 2008).

As condições facilitadoras que foram encontradas no sentido de melhorar a PBE incluem (Melnik & Fineout-Overholt, 2017):

- Apoio e incentivo da liderança / administração que fomentam uma cultura para a PBE;
- Tempo para avaliar criticamente os estudos e implementar as descobertas;
- Relatórios de pesquisa claramente escritos;
- Mentores da prática baseados em evidências que têm excelentes habilidades de PBE, bem como conhecimento e proficiência em estratégias de mudança individual e organizacional (Melnik, 2007; Melnik & FineoutOverholt, 2002b; Melnik, Fineout-Overholt et al., 2004; Newhouse, Dearholt, Poe, Pugh & White, 2007);
- Ferramentas adequadas para auxiliar a PBE facilmente acessíveis aos enfermeiros (por exemplo, computadores dedicados à PBE; programas educativos baseados em pesquisas;
- Sistemas de promoção clínica que incorporam competências de PBE para o avanço da Prática clínica baseada em evidências;
- Políticas e procedimentos de práticas clínicas baseadas em evidências (Oman, Duran & Fink, 2008).

Para que os cuidados baseados em evidências se tornem o “padrão de ouro” da prática dos enfermeiros, as barreiras da PBE devem ser superadas. Organizações e sistemas de saúde, seguradoras de saúde, gestores e órgãos reguladores devem advogar e exigir seu uso. Profissionais interdisciplinares devem trabalhar juntos em espírito de equipa colaborativa para promover a PBE. Além disso, cuidados de saúde e organizações devem construir uma cultura

para PBE e conceber degraus de promoção clínica que incorporem seu uso (Melnyk & Fineout-Overholt, 2017).

Como passo inicial, barreiras e facilitadores para a PBE juntamente com a cultura organizacional e a prontidão para a implementação do PBE em todo o sistema deve ser avaliada dentro de uma organização. Pesquisas ou grupos focais devem ser realizados em primeiro lugar com os profissionais de saúde para avaliar sua linha de base conhecimentos, crenças e comportamentos em relação à PBE (Melnyk, Fineout-Overholt, & Mays, 2008).

Como parte da pesquisa ou grupo focal, os enfermeiros devem ser questionados sobre sua linha base de conhecimento da PBE, bem como em que medida acreditam que a implementação da PBE resultará em melhores cuidados de enfermagem e melhores resultados para os clientes. Esta é uma questão crítica porque apenas o conhecimento, promovendo a PBE e cultivando este espírito geralmente não muda o comportamento (Melnyk, 2002).

Embora os prestadores de cuidados de saúde devam possuir conhecimentos básicos e habilidades sobre PBE, é fundamental que eles acreditem que a PBE produzirá melhores resultados para que ocorram mudanças nas suas práticas (Melnyk, Fineout-Overholt, & Mays, 2008).

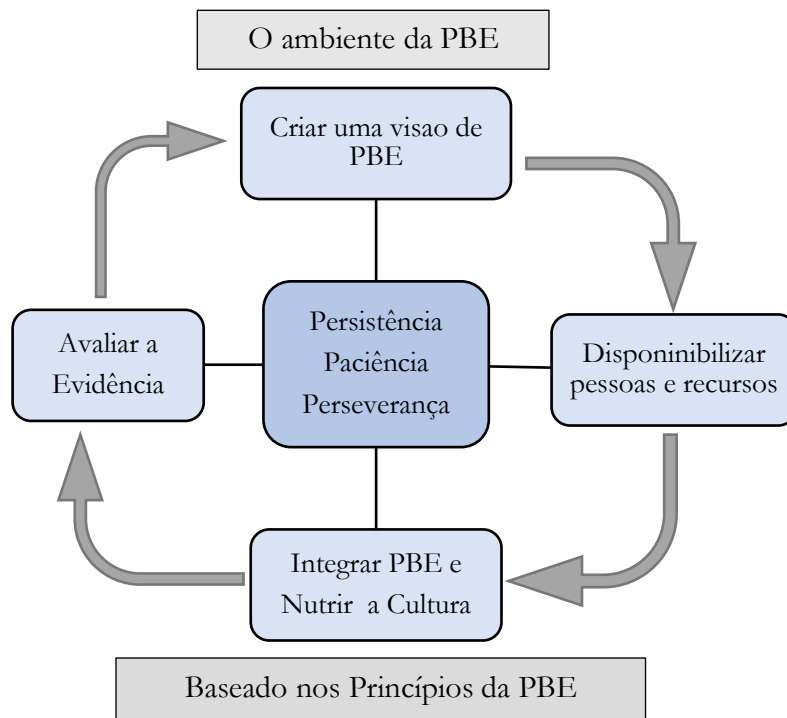
1.4. Modelos de Prática Baseada na Evidência

Não é suficiente ter conhecimento das melhores evidências para orientar a prática clínica; esse conhecimento deve ser traduzido na prática clínica para melhorar o atendimento e os resultados do paciente. Porque a PBE é conhecida por melhorar a qualidade dos cuidados de saúde e diminuir os custos com saúde (Hockenberry, Wilson & Barrera, 2006).

Iremos procurar descrever conceitos essenciais para o desenvolvimento de um ambiente que promove uma cultura de PBE e estratégias-chave para a implementação bem-sucedida da PBE em ambientes clínicos, tais como modelos de implementação da mesma.

O modelo de ambiente da PBE, foi construído no sentido de criar um ambiente facilitador de prática baseado em evidências, tal como podemos observar na Figura 2. (Hockenberry, M., Walden, M., Brown, T., & Barrera P., 2007).

Figura 2. O modelo de ambiente da PBE



Fonte: Melnyk & Fineout-Overholt, 2017

Este modelo incentiva a transformação de uma cultura de enfermagem num ambiente promotor do desempenho superior por meio da PBE. A qualidade e divulgação das melhores práticas de enfermagem, só são atingíveis através da busca de um ambiente de PBE (Hockenberry, et al, 2007).

Há um crescente reconhecimento de que os esforços para mudar a prática devem ser guiados por modelos ou frameworks (Graham, Tetroe & the KT Theories Research Group, 2007). Numerosos modelos foram projetados para ajudar os profissionais de saúde a implementar uma mudança baseada em evidências na prática. Graham et al. (2007), realizaram uma revisão bibliográfica dos muitos modelos de PBE existentes e identificaram aspetos comuns em termos de etapas ou fases. Estes incluem o seguinte:

- Identificar um problema que precisa ser estudado;
- Identificar as partes interessadas ou os agentes de mudança – o que fará a mudança na prática acontecer;
- Identificar uma mudança prática que se mostrou eficaz através de pesquisa de alta qualidade projetada para resolver o problema;
- Identificar e, se possível, abordar as potenciais barreiras à mudança de prática.

- Utilizar estratégias eficazes para disseminar informações sobre a mudança de prática para aqueles que a implementam;
- Implementar a mudança de prática;
- Avaliar o impacto da mudança de prática na estrutura, processo e medidas de resultado.
- Identificar atividades que ajudem a sustentar a mudança na prática.

Alguns modelos de PBE foram encontrados na literatura, de onde destacamos sete, que foram criados para facilitar a mudança para a PBE. Estes sete modelos são:

1. O modelo Stetler de prática baseada em evidências;
2. O modelo de Iowa de prática baseada em evidências para promover um atendimento de qualidade criando e Sustentando uma Cultura para a Unidade de Prática Baseada em Evidência;
3. O modelo para mudança de prática baseada em evidências;
4. A pesquisa avançada e a prática clínica por meio do modelo de colaboração estreita (ARCC);
5. O Marco Promocional da Implementação da Pesquisa em Serviços de Saúde (PARIHS);
6. Modelo “The Knowledge to Action (KTA);
7. O modelo de prática baseada em evidências da enfermagem de Johns Hopkins;

Reconhecendo os desafios inerentes à mudança de prática em nível individual ou organizacional, vários modelos foram criados, tal como anteriormente referimos. Comum a todos esses modelos é o reconhecimento da necessidade de uma abordagem sistemática para a prática da mudança. Muitos dos modelos incluem etapas comuns, como a identificação de agentes de mudança para conduzir mudança organizacional, identificação de problemas, envolvimento das partes interessadas na mudança prática, procura abrangente da literatura para encontrar evidências de alta qualidade para a mudança de prática, a atenção às potenciais barreiras organizacionais para a prática de mudança, o uso de estratégias eficazes para disseminar informações sobre a mudança de prática para aqueles que a implementam, e avaliação do impacto da mudança de prática.

Mais pesquisas são necessárias para confirmar as vantagens do uso de modelos específicos (Graham et al., 2007).

Uma vez implementada a mudança de PBE, a sustentabilidade da mudança pode ser um desafio.

Davies, Edwards, Ploeg, Virani, Skelly & Dobbins (2006), colheram dados de 37 organizações que tinham implementado na enfermagem diretrizes práticas e constatou que após 3 anos, 59% das organizações mantiveram a implementação dessas diretrizes. A maioria das organizações que apoiavam a implementação destas diretrizes também expandiu o seu uso implementando-as em outros serviços, envolvendo mais parceiros, incentivando o envolvimento multidisciplinar e integrando as diretrizes com outras iniciativas de melhoria da qualidade.

Um elemento importante para garantir a sustentabilidade é uma cultura organizacional que apoia a PBE. Mudar a prática de enfermagem para ser mais informada em evidências é um processo dinâmico, de longo prazo e iterativo.

1.5. Prática Baseada na Evidência como Cultura Educacional

A educação prática de qualidade hoje fundamental para os cuidados de saúde com qualidade no futuro, e deve ser uma prioridade dos estudantes de enfermagem, enfermeiros, professores, administradores e o público. Os alunos devem aprender a apreciar as complexidades do ambiente de trabalho e praticar competentemente, usando as melhores evidências para tomada de decisão clínica e de gestão, tanto agora como no futuro. A educação prática é uma abordagem para o ensino da enfermagem que envolve a integração e aplicação de conceitos teóricos pelos alunos dentro de um contexto real ou simulado. As experiências de educação prática permitem que os estudantes de enfermagem expandam a teoria de enfermagem. Aprendemos em sala de aula a fim de demonstrar cuidados de enfermagem seguros, ético e eficazes. Também permite que desenvolvam a sua competência clínica o pensamento crítico e complexo em situações práticas (Canadian Nurses Association, 2005).

A formação/educação prática para estudantes de pós-graduação em enfermagem deve ser supervisionada principalmente por enfermeiros com conhecimentos científicos e práticos aprofundados capazes de educar os estudantes de enfermagem sobre habilidades clínicas, pensamento crítico, e comunicação terapêutica (Canadian Nurses Association, 2004).

A lacuna teoria-prática muitas vezes começa durante a formação de um estudante de enfermagem e continua a progredir na sua prática após a conclusão dos seus estudos. Os efeitos dessa lacuna são mais evidentes em termos das habilidades clínicas.

A RNAO, através dos seus investigadores identificou que o foco de todas as atividades de formação/educação prática seja o estudante aprendiz. Em torno do aluno estão vários elementos que interagem, em vários níveis, para influenciar o desenvolvimento do aluno como

praticante. Estes cinco elementos são: escola, colmatar o fosso teoria-prática, processo de transição, preceptor e cultura do ambiente de aprendizagem prática (RNAO, 2015).

- O corpo docente da instituição de ensino tem uma responsabilidade académica, ética e legal para proteger o estudante e manter a responsabilidade pelo desenvolvimento formativo/educacional dos mesmos (Boley & Whitney, 2003)
- Colmatar o fosso teoria-prática refere-se à capacidade das instituições de ensino e instituições hospitalares para trabalhar de forma colaborativa para garantir que os estudantes de enfermagem recebam a necessária educação prática de alta qualidade e oportunidades de aprendizagem que facilitam seu desenvolvimento prático (Monaghan, 2015).
- O processo de transição refere-se a mudanças que podem ocorrer em vários papéis educacionais e profissionais, incluindo a transição de estudante para enfermeiro após a conclusão de um programa formativo/educacional. As transições ocorrem ao longo do tempo, são divididas em estágios e são caracterizadas por mudanças na identidade de um indivíduo, papéis, relacionamentos, habilidades e padrões de comportamento (Schumacher e Meleis, 1994).
- A relação colaborativa entre o preceptor, estudante de enfermagem e docente de enfermagem facilita a aplicação da teoria à prática (Canadian Nurses Association, 2004).
- A Cultura do ambiente de aprendizagem prática é o conjunto de valores, crenças, normas, suposições e políticas dentro de contextos práticos que influenciam a aprendizagem e o desenvolvimento dos alunos. (Palmer, Cox, Callister, Johnson & Matsumara, 2005).

Torna-se importante a interação entre instituições educacionais, prestadores de serviços, políticos e responsáveis pela tomada de decisão no desenvolvimento da educação prática de qualidade para os alunos. Cada uma destas organizações deve implementar medidas para manter uma formação prática de qualidade. Os prestadores de serviço devem considerar o contexto do ambiente prático, os enfermeiros que constituem a equipa e a equipa de saúde interprofissional como um todo. Políticos e responsáveis pelas tomadas de decisão que supervisionam e regulamentam e legislam a profissão de enfermagem devem considerar o contexto de ambas as políticas de promoção de práticas de formação/educação e investigação nesta área (RNAO, 2014).

Os desafios enfrentados pelos responsáveis governamentais, de decisores políticos e reguladores, nesta área são grandes e afetam a formação/educação dos enfermeiros influenciando a sua prática. Avanço da formação contínua e as bolsas formativas atribuídas aos enfermeiros estão ligadas à disponibilidade e prioridade de recursos para apoio à investigação/pesquisa e troca de conhecimento com o ensino da enfermagem (Hofler, 2008). Desafios na investigação e formação/educação em enfermagem são evidente ao longo da revisão bibliográfica utilizada, onde a maioria refere que o financiamento para a investigação e formação/educação em enfermagem não é um problema isolado, e é um desafio enfrentado globalmente pela disciplina (NLN, 2007).

No sistema de saúde atual, os prestadores de serviço muitas vezes são sobrecarregados com a necessidade do uso dos seus recursos financeiros para dar resposta às complexas situações e necessidades dos seus utentes (Hofler, 2008). As organizações de saúde devem apoiar a sua prestação de serviços de saúde numa cultura promotora da PBE, para no futuro lhe ser permitido o recrutamento de futuros enfermeiros que se desenvolveram nos melhores contextos práticos possíveis. Deve ser possível aos enfermeiros em processo formativo terem ao seu dispor um contexto prático que lhes permita desenvolver e ampliar suas competências. Os alunos tornam-se um elemento essencial para promover no futuro o crescimento e desenvolvimento organizacional para os prestadores de serviços, embora os encargos financeiros desta formação sejam elevados, o financiamento educacional a médio prazo compensa.

As organizações de saúde em parceria com instituições educacionais precisam de ser guiadas por modelos novos e mais colaborativos para a educação prática de estudantes de enfermagem (Connelly e Wilson, 2008).

1.6. Evidência Científica Versus Gestão

Inúmeras vezes as pessoas confiam na sua experiência limitada para tomar decisões, colocando em risco a estabilidade e continuidade de uma organização, apenas baseado em possíveis sucessos anteriormente demonstrados – gestão baseada na tradição.

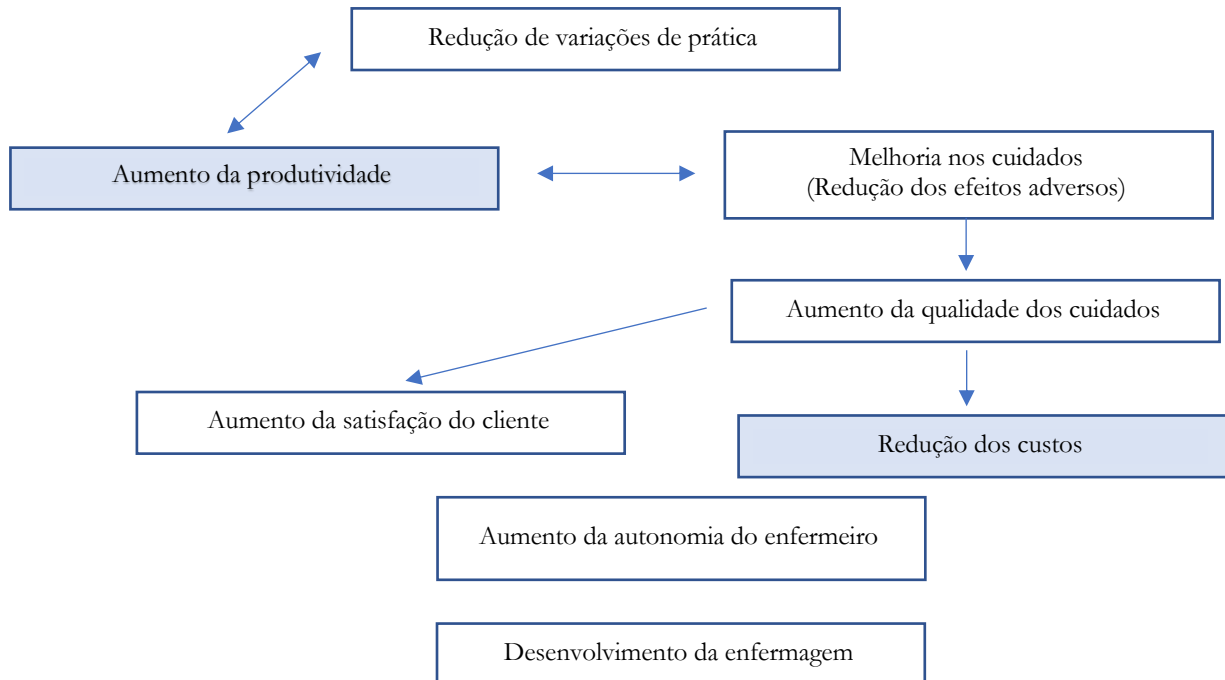
É comum que os gestores copiem práticas visíveis de organizações de referência que, noutras situações, podem tornar-se inapropriadas. Assim, muitas das denominadas “melhores práticas” aplicadas pelos gestores são, frequentemente, baseadas em instintos ou ações que parecem ter

funcionado no passado. Estas práticas até são aceitáveis no quotidiano, quando se faz a gestão doméstica do lar, mas em organizações tal não é aceitável.

A tomada de decisão, por parte dos gestores de uma organização, de forma “aleatória” e pouco fundamentada pode comprometer a estabilidade da organização (Pfeffer & Sutton, 2002). Neste sentido, os autores consideram que os gestores, por vezes, tomam decisões “pobres” que podem tornar-se prejudiciais para as empresas. Ainda assim, não é de todo descartado que o desempenho e a experiência de outras empresas pode auxiliar no estabelecimento de normas em outras empresas, porém, os líderes devem parar para pensar sobre a lógica por trás dos sucessos comprovados, questionando o facto de ter funcionado e, mais importante, se poderá funcionar noutros contextos.

Relativamente à gestão das organizações e ao incentivo a uma PBE nos cuidados prestados ao cliente, apesar das dificuldades de financiamento existentes nas instituições, haverá necessidade de continuamente se demonstrar as vantagens desta prática para a gestão e organização das instituições de saúde (ver Esquema 3.).

Esquema 3. Vantagens de uma PBE nos cuidados de enfermagem



Fonte: Elaboração própria

Fornecer cuidados de qualidade e custo-efetivos, baseados nas melhores práticas são responsabilidade de todos os enfermeiros em cargos de gestão. Isto só é possível se as organizações prepararem os serviços de acordo com os pressupostos do PBE através de uma cultura organizacional de PBE, explorar conhecimentos orientadores da prática, trabalho em equipa para desenvolver processos que permitam a disseminação e adoção da melhor evidência na prática. Cabe aos gestores incorporar a PBE na avaliação dos enfermeiros; fornecer tempo e recursos para a sua implementação, proporcionar suporte aos seus colaboradores e permitir a divulgação dos resultados obtidos com as melhorias (Melnyk & Fineout-Overholt, 2017).

Saber como obter e utilizar as evidências científicas e o conhecimento de gestão confiável auxilia os gestores a responder eficazmente á incerteza que enfrentam todos os dias nas organizações, utilizando provas para fazer julgamentos informados.

Em 2000, na 17th International Conference of the International Society for Quality in Health Care na Irlanda foi discutido os desafios hospitalares face ás exigências governamentais de contenção nos custos hospitalares que têm vindo a aumentar globalmente.

Os avanços na tecnologia, incluindo os procedimentos menos invasivos e a redução do tempo de internamento, por um lado levam a uma diminuição das taxas de ocupação, mas por outro a maior complexidade das intervenções, requerendo profissionais cada vez mais capacitados e sofisticados.

Conciliar as restrições orçamentais, e o excesso de camas hospitalares com os requisitos de atendimento cada vez mais complexo nem sempre é fácil, tornando-se mesmo o maior desafio dos líderes hospitalares nos próximos anos. A reestruturação dos serviços e os novos arranjos organizacionais nem sempre foram bem aceites. Estudos recentes realizados a utentes de 5 países diferentes relatam que existe alguma insatisfação face à qualidade, disponibilidade e acessibilidade aos cuidados de saúde. Nestes mesmos países os médicos concordam que a qualidade da assistência hospitalar está ameaçada pela falta de enfermeiros (Aiken, I, 2000).

O International Hospital Outcomes Study Consortium, formado por 7 equipas de investigadores interdisciplinares chefiados pelo University of Pennsylvanias Center for Health Outcomes and Policy Research, desenvolveu um estudo que inclui 700 hospitais em resposta a este descontentamento dos utentes e profissionais relativamente ás mudanças no sistema de saúde e que afetaram os cuidados prestados.

O estudo procurou determinar como os contributos potencialmente modificáveis da organização e dos profissionais afetam os resultados de saúde dos utentes e a permanência dos enfermeiros. Deste estudo podemos salientar, que os enfermeiros que exerciam funções em hospitais que descreviam com fraco o suporte organizacional para os cuidados de enfermagem

foram duas vezes mais propensos a relatar insatisfação com o emprego, com scores de *burnout* acima da média e com cuidados de enfermagem de baixa qualidade. Por outro lado, nas instituições onde os enfermeiros reconhecem bom suporte organizacional, os cuidados de enfermagem de qualidade aumentam.

Fica claro neste estudo que o apoio organizacional têm clara influência na qualidade dos cuidados de enfermagem prestados, onde aqueles que fornecem menos apoio têm maior probabilidade de ser classificados pelos enfermeiros como prestadores de baixa qualidade (Aiken, Clarke & Sloane, 2000).

O clima organizacional nos hospitais e, especificamente, o suporte organizacional para os cuidados de enfermagem potencialmente modificáveis, tem sido um determinante subvalorizado dos resultados insatisfatórios dos utentes e da falha no recrutamento e permanência dos enfermeiros. Estas descobertas preliminares do International Hospital Outcomes Study sublinham a importância do apoio dos gestores para serviços e provedores de cuidados clínicos, nomeadamente cuidados de enfermagem. Embora o alto nível de competências dos enfermeiros a nível hospitalar tenha sido demonstrado em muitos estudos, incluindo este, como sendo importantes na produção de bons resultados para os clientes, o International Hospital Outcomes Study fornece evidências convincentes de que ambientes de prática mal organizados podem anular os benefícios de uma equipe de excelência. A maior parte da reestruturação organizacional no setor hospitalar ocorreu ao nível do sistema ou foi focada principalmente nas eficiências gerenciais e operacionais. A prioridade deve agora ser colocada na criação de organizações que permitam aos enfermeiros prestar cuidados de alta qualidade.

Ainda fora de Portugal, existem modelos organizacionais de sucesso que assentam no consórcio entre hospitais, sistemas de saúde, parceiros comunitários e escolas de enfermagem, com o financiamento da formação em enfermagem e promovendo a PBE.

Este modelo americano apresenta muitas vantagens. Por exemplo, o aumento da disponibilidade de oportunidades de formação em contextos comunitários permitiu que as escolas de enfermagem expandissem substancialmente o número de matrículas. Uma avaliação encomendada pelo Centro de serviços Médicos (CMS) mostrou que os custos totais das escolas de enfermagem para ministrar a formação pós-graduada em enfermagem (GNE) diminuiram à medida que o número de escolas de enfermagem presentes na rede GNE aumentou; apenas consórcios geográficos possuíam mais de uma escola de enfermagem (Aiken, Dahlerbruch & Todd, 2018)

Nos termos da política do CMS, os hospitais devem receber pagamentos para compensar os custos clínicos associados à formação de enfermeiros não prestadores de serviços, como

programas de graduação universitária. Embora os gastos com a formação de enfermeiros sejam pequenos em comparação com os gastos em formação pós-graduada em medicina GME, eles são significativos.

O programa defende que a distribuição de fundos para a formação dos enfermeiros deve ser ajustado, para ser acessível a todas as regiões do país e não sendo apenas centralizado nas regiões onde se encontram as escolas de Enfermagem ou os Hospitais universitários.

Os enfermeiros fornecem cuidados de enfermagem gerais e especializados em diferentes contextos de saúde. Este programa defende que os enfermeiros ajudam a melhorar a qualidade dos serviços e os cuidados de saúde de longo prazo, os utentes e o serviço de saúde beneficiam com um maior acesso aos Enfermeiros.

A Association of Colleges of Nursing explicou a importância da formação pós-graduada dos enfermeiros e juntamente com a Graduate Nurse Education (GNE) apoiou o financiamento nacional permanente do Advanced practice registered nurses. O GNE mostra como o serviço de saúde poderia obter mais ganhos com o investimento na formação pós-graduada dos enfermeiros para desenvolvimento dos cuidados prestados e da PBE para benefício dos utentes e do sistema (Aiken, Dahlerbruch & Todd, 2018).

Esta mudança de política, de valorização da formação pós-graduada em enfermagem como promotor da PBE é importante e sensata, demonstrando potencial de melhor acessibilidade aos cuidados de saúde e controlo dos custos com a saúde.

Capítulo II – Modelo de Parceria nos Cuidados Prestados à Criança e Família

O Guia orientador de boa prática de enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, reconhece a criança como ser vulnerável e recomenda a valorização dos pais/pessoa significativa como os principais cuidadores, ou seja, principais prestadores de cuidados no sentido de, por um lado maximizar o potencial de crescimento e desenvolvimento da criança e família, e por outro preservar a segurança e bem-estar dos mesmos (Ordem dos Enfermeiros, 2010).

2.1. Família como Parceira no Cuidar

Subjacente à prática da enfermagem pediátrica encontra-se um modelo conceptual centrado nas efetivas necessidades da criança enquanto membro efetivo de uma família. Neste contexto, quando se pensa em cuidados à criança, surge sempre associado a família como referência.

Atendendo ao binómio criança/família, que em cima referimos, quando surge a necessidade da hospitalização da criança, a família também se vê na mesma situação. Os Enfermeiros especialistas têm como competência transversal a capacidade para avaliar a família e dar resposta às suas necessidades de adaptação às mudanças que possam surgir (Ordem dos Enfermeiros, 2010).

No Reino Unido, foi desenvolvido um Modelo de Enfermagem especificamente para ajudar os enfermeiros de pediatria a trabalhar em parceria com as crianças e suas famílias (Casey,1988).

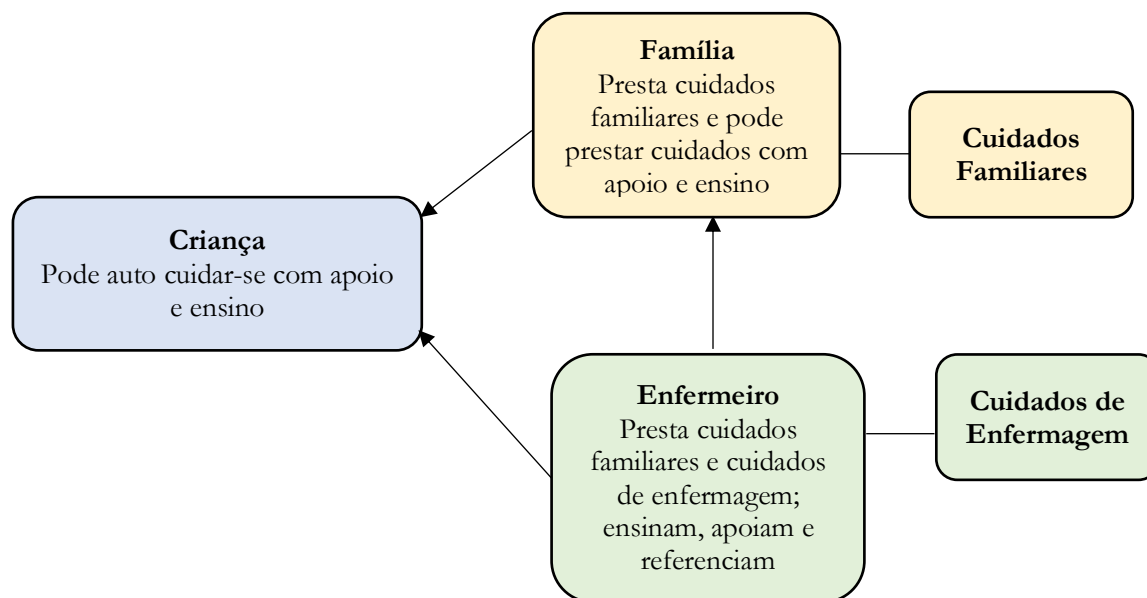
O Modelo de Enfermagem de Casey foi desenvolvido em 1988 por Casey enquanto trabalhava na Unidade de Oncologia Pediátrica do Great Ormond Street Hospital London. O foco do modelo é trabalhar em parceria com as crianças e as suas famílias, e foi uma das primeiras tentativas de desenvolver um modelo de prática específico para a enfermagem pediátrica. O Modelo compreende os cinco conceitos de criança, família, saúde, meio ambiente e enfermeiro. A filosofia por trás do modelo é que as melhores pessoas para cuidar da criança são a família com a ajuda de vários profissionais.

Este Modelo foi aceite e adotado amplamente em muitas unidades infantis na Europa. No entanto, para alguns autores o modelo não passou por testes rigorosos para determinar a sua contribuição para a enfermagem, por outro lado defenderam o conceito de parceria de maneira académica e mensurável.

A análise e avaliação do Modelo de Parceria de Enfermagem revela que o trabalho não é um modelo de enfermagem, mas sim, na verdade, uma teoria de médio alcance, de acordo com a

análise de Fawcett (1995). Na Figura 3. abaixo apresentamos uma representação do Modelo original de Parceria de Cuidados de Casey.

Figura3. Modelo de Parceria de Cuidados de Casey – Original



Fonte: Adapt. Casey, A. (1988). A. partnership with the child and family. Senior Nurse, 8(4) 1998, p.8-9

A filosofia de cuidados que sustenta os cuidados pediátricos é a filosofia centrada na família. A criança, pais e enfermeiros devem assumir parte ativa no processo de enfermagem em parceria. A parceria pressupõe dinâmica, participação ativa e envolvimento desta tríade enquanto parceiros no cuidar e em busca de objetivos comuns (Gotlieb & Feeley, 2005).

“Cada um de nós enfermeiro (a), possui um modelo interiorizado que personifica a realidade da enfermagem conforme a praticamos e a vivemos dia-a-dia.

Modelos, teorias e ideias abstratas em conjunto com a técnica são fundamentais ao aperfeiçoamento e cultura da disciplina de enfermagem” (Casey, 1993)

O interessante deste Modelo prende-se com a forma como estes conceitos são abordados e relacionados pela autora. Casey faz a distinção entre cuidados familiares e cuidados de enfermagem e admite que os primeiros se referem a cuidados de suporte das necessidades da criança e que estes deveriam ser prestados pelos pais, admitindo que aos enfermeiros cabem os cuidados diferenciados relacionados, por exemplo, com o quadro fisiopatológico. Contudo, esta abordagem é flexível, admitindo que poderá haver ocasiões em que os enfermeiros

desempenhem cuidados familiares, e os pais desempenhem cuidados de enfermagem, desde que devidamente instruídos, ensinados e supervisionados (Casey, 1993).

A Segurança e a proteção da criança torna-se um aspeto importante no Modelo de Casey onde advoga que os cuidados à criança devem ser em forma de proteção, estímulo e amor para preservar o seu crescimento e desenvolvimento, e ninguém melhor que os pais para providenciar estes cuidados, e neste sentido, a Ordem dos Enfermeiros (OE) reconhece a criança como ser vulnerável, e valoriza os pais, como sendo os principais prestadores de cuidados onde a preservação da segurança e bem estar da criança e família e a maximização do potencial do seu crescimento e desenvolvimento saem reforçados (Ordem dos Enfermeiros, 2010).

O aumento significativo de pesquisas nesta área tem vindo a suportar a utilidade do estabelecimento de parceria com a família, reconhecendo que sem isso a segurança e satisfação da criança e família com os cuidados de enfermagem podem estar comprometidos (Ahmann & Dokken, 2012).

Como vantagens na implementação deste modelo de enfermagem pediátrica na prática clínica, podemos referir que é abrangente, pois permite aos pais/pessoa significativa, criança e enfermeiros enfatizar a interligação entre os cuidados hospitalares e domiciliários. A execução dos cuidados deve assentar numa negociação constante e partilha de saberes entre todos, sempre na expectativa da preparação da alta.

O modelo de cuidados negociados/partilhados é um meio eficaz de planear, executar e avaliar os cuidados a prestar à criança, diminuindo os sentimentos negativos na criança e pais/conviventes significativos e a frustração dos profissionais de saúde.

Diariamente o Saber Fazer do enfermeiro junta-se “à criatividade, sensibilidade, capacidade de entendimento do outro, aceitando-o como pessoa única, de uma forma única que necessita de cuidados únicos numa circunstância única” (Oliveira et al, 1995).

2.2. Parceria de Cuidados e a Prática Baseada na Evidência

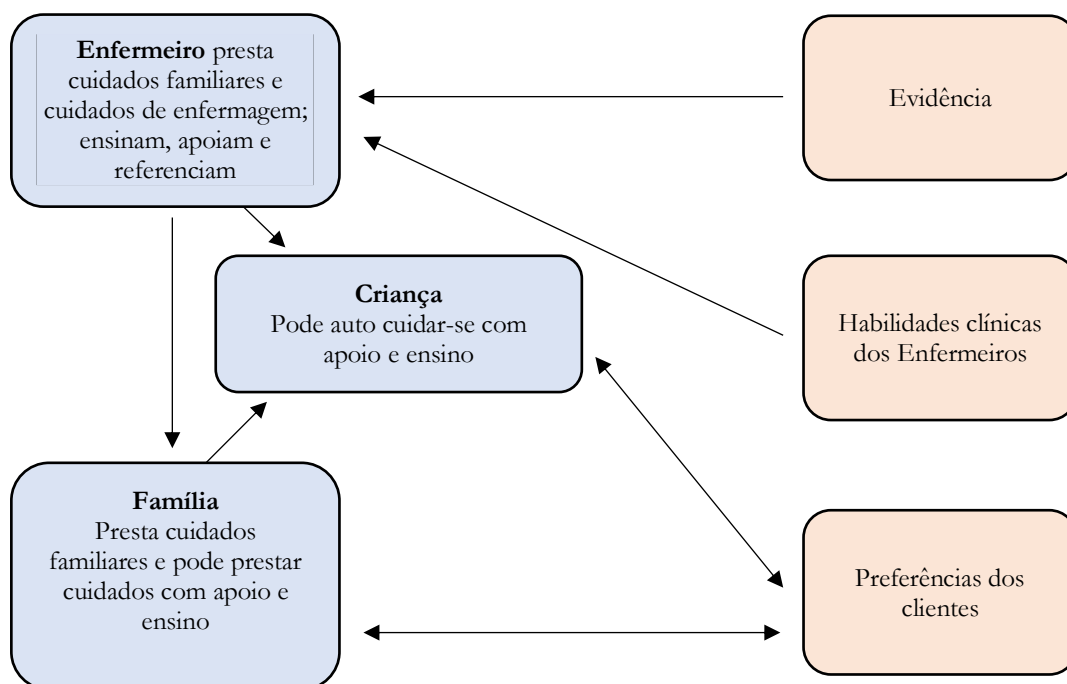
A presença dos pais a tempo integral durante o internamento das crianças, bem como a sua participação nos cuidados à criança, têm sido alvo de inúmeras reflexões em torno desta parceria de cuidados. É importante ultrapassar a visão fragmentada de quem reduz a parceria de cuidados a uma simples participação dos pais nos cuidados, sendo necessária uma consciência de que esta parceria é complexa, holística e centrada na criança e família. O Modelo de Casey teve profunda

influência na Europa na compreensão da parceria e em como esta deve ter implícito o reconhecimento, respeito pelos conhecimentos dos pais acerca da criança, e sendo a negociação a base onde assenta o desenvolvimento da parceria (Mendes, 2010).

Os conceitos que servem de pilares ao Modelo de Casey devem ser interpretados de forma a perceber como se relacionam com a tríade da PBE. De acordo com o Conselho Internacional de Enfermeiros (2012), a PBE baseia-se numa tríade composta pelos seguintes elementos: Melhor evidência disponível, as necessidades e preferências dos utilizadores dos serviços de saúde e a experiência, as competências e juízo clínico do enfermeiro. É recomendado que as preferências do cliente sejam consideradas em conjunto na sua implementação. Quando falamos na PBE nos cuidados prestados à criança e família, para além das preferências do cliente, neste caso específico é não só a criança, mas também a sua família a ter preferência.

Para além das preferências da criança e família, evidência e habilidades clínicas, o enfermeiro de pediatria tem um modelo pediátrico que orienta a sua prática e neste sentido terá que articular todos os elementos. Quando tentamos juntar o Modelo de Parceria de cuidados pediátrico de Anne Casey com a tríade que compõe a PBE conseguimos desenhar o Esquema 4. A integração destes elementos proporciona uma relação entre o diagnóstico e os cuidados, capaz de otimizar de forma mais eficaz o resultado esperado.

Esquema 4. Tríade PBE e o Modelo de Parceria nos Cuidados



Fonte: Elaboração própria

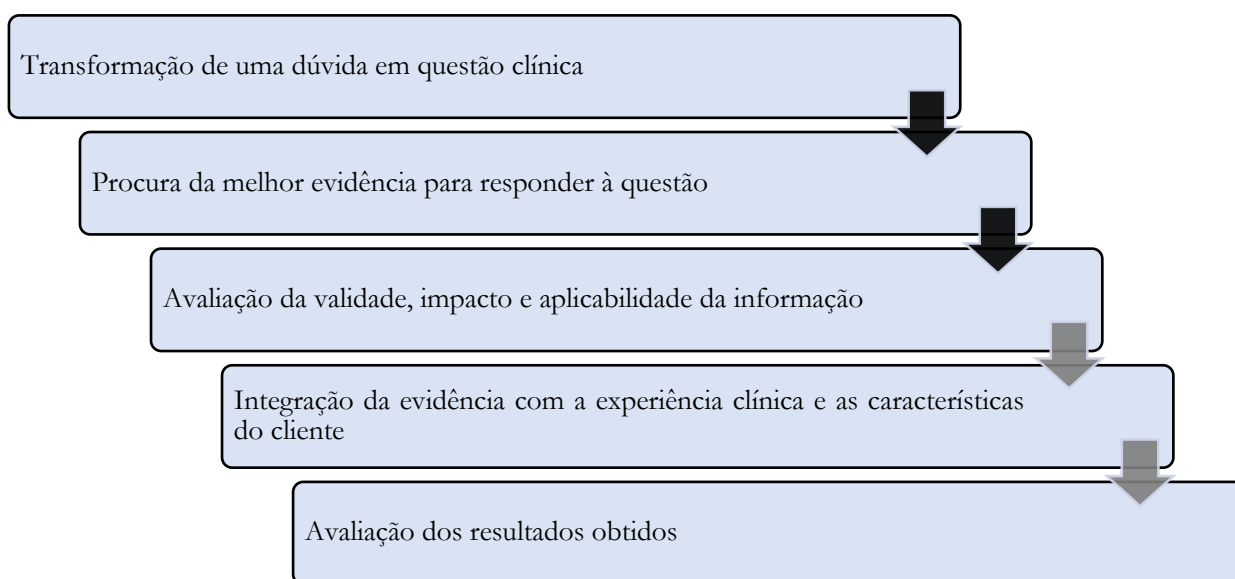
O esquema 4. permite-nos perceber que se falarmos em PBE nos cuidados de enfermagem prestados à criança e família, não podemos nunca dissociar do modelo de parceria nos cuidados de Anne Casey, uma vez que os cuidados de enfermagem pediátricos apresentam inúmeras particularidades. Temos então que juntar os conceitos da tríade PBE: Evidência, Habilidades clínicas do profissional, Preferências do cliente, aos conceitos da tríade do modelo de cuidados pediátrico: Enfermeiro, Criança, Família e, atender à negociação e parceria estabelecida nos cuidados à criança entre o enfermeiro e a família.

A questão que se coloca aqui é que, da mesma forma que os cuidados familiares podem ser prestados pelo enfermeiros à criança na ausência da família ou incapacidade da mesma, o modelo de parceria também indica que determinados cuidados de enfermagem possam ser prestados pela família com supervisão do enfermeiro, sendo mesmo referido como o melhor para a criança. Então, estes cuidados de enfermagem prestados pelos pais têm que garantir na mesma que os conceitos da tríade da PBE estão presentes e aqui poderá ser encontrada uma dificuldade à PBE.

O centro do modelo de parceria de Anne Casey é a criança e a parceria e negociação de cuidados entre o enfermeiro de pediatria e a família torna-se assim a base dos cuidados (Casey, 1993).

Para percebermos de que forma podemos tentar compreender como se interliga a PBE e o modelo de parceria, relembramos os 5 passos da PBE: (1) transformação de uma dúvida em questão clínica; (2) busca da melhor evidência para responder à questão; (3) avaliação da validade, impacto e aplicabilidade da informação; (4) integração da evidência com a experiência clínica e as características do cliente; (5) avaliação dos resultados obtidos (Danski, et al, 2017).

Esquema 5. Os 5 Passos da PBE



Fonte: Adaptado de Danski, et al, 2017

No esquema 5. evidenciou-se o passo relativo à “integração da evidência com a experiência clínica e as características do cliente, pois será neste passo que se terá que atender aos pressupostos e conceitos do modelo de parceria nos cuidados de Anne Casey nos cuidados de enfermagem prestados à criança e família, mas seguindo sempre uma PBE.

Apesar de em contexto pediátrico a parceria e a negociação dos cuidados prestados à criança serem fundamental e base do cuidar, não podemos deixar de reformar a importância da sua articulação com a PBE e no sentido de reforçar a sua importância iremos explicar de forma sucinta como se desencadeia o processo baseado nas cinco etapas identificadas.

Inicialmente, elabora-se uma questão que surge da necessidade de cuidado observada no cliente (Domenico & Cilene, 2001). Se interpretarmos de acordo com o Conselho Internacional de Enfermeiros (2012), compreendemos que a questão pode basear-se numa lacuna de conhecimento podendo ser identificada pelo enfermeiro ou pela opinião de outros colegas ou clientes (crianças ou famílias) relativamente a aspetos da prática que sugerem mudança. O passo seguinte é proceder à pesquisa bibliográfica com o objetivo de se encontrar a melhor evidência que dê resposta à questão (Domenico & Cilene, 2001).

Os documentos encontrados devem ser posteriormente avaliados relativamente à validade, confiabilidade metodológica e a sua aplicabilidade na prática. Para avaliarmos a aplicabilidade clínica de um documento, devemos procurar identificar semelhanças entre o contexto descrito no trabalho de investigação e o que pretendemos estudar, não sendo á partida previsível aplicar um estudo realizado com adultos na população pediátrica. Assim, torna-se importante averiguar se as participantes têm características idênticas, se é possível introduzir na prática a intervenção descrita e ponderar as implicações financeiras e logísticas (Conselho internacional dos Enfermeiros, 2012).

A fase seguinte, corresponde à aplicação prática da informação proveniente da investigação (Domenico & Ide, 2003).

Torna-se fundamental, avaliar a mudança da prática clínica, pois ainda que a evidência clínica seja aliciante, esta pode não ser sustentável em todos os contextos e muito especificamente na população pediátrica.

2.3.Competências dos EESIP e os Padrões de qualidade em Enfermagem

Em 2011 foram definidos pelo Conselho de Enfermagem da Ordem dos Enfermeiros, os padrões de qualidade dos cuidados de Enfermagem que orientam a prática dos enfermeiros portugueses na procura da continua melhoria dos cuidados prestados.

Relativamente aos Enfermeiros Especialistas em Saúde Infantil e Pediátrica (EESIP) a definição destes padrões tornou-se uma oportunidade de construir um instrumento que norteie a qualidade dos cuidados prestados à criança e família. Estes padrões de qualidade servem como referencial da prática especializada e promove e estimula a constante reflexão sobre a qualidade do exercício profissional apoiando processos de melhoria continua (Ordem dos Enfermeiros, 2017).

O exercício profissional dos EESIP, é apoiado numa filosofia de cuidados que evidência os cuidados centrados na família, tal como referimos anteriormente neste trabalho. Esta filosofia de cuidados tem ênfase nas interações e processos comunicacionais que lhe estão subjacentes, e que decorrem nos mais diversos contextos: hospital, centro de saúde, escola, domicílio, entre outros. Nesta perspetiva, a família e a criança/jovem levam à necessidade de estabelecer uma comunicação efetiva, tendo intervenção do enfermeiro em vários domínios de atuação: envolvimento; participação e parceria de cuidados; capacitação; negociação. A relação de parceria estabelecida pelos EESIP é caracterizada por uma articulação dinâmica e flexível dos cuidados, onde a criança/jovem deve ser integrada na prestação de cuidados em unicidade e no qual podem intervir outros membros da família.

As competências específicas do EESIP encontram-se definidas pelo Regulamento nº422/2018 da Ordem dos Enfermeiros no Artigo 4º e são:

- a) Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde;
- b) Cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade;
- c) Presta Cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e jovem.

No Anexo I do Artigo 6º do regulamento consta que:

1. Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde
 - a) Implementa e gere, em parceria, um plano de saúde, promotor de parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança e jovem;
 - b) Diagnostica precocemente e intervém nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança/jovem.

2. Cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade
 - a) Reconhece situações de instabilidade das funções vitais e risco de morte e presta cuidados de enfermagem apropriados.
 - b) Faz gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas;
 - c) Responde às doenças raras com cuidados de enfermagem apropriados;
 - d) Providência cuidados à criança/jovem promotores da majoração dos ganhos em saúde, recorrendo a uma variedade de terapias de enfermagem comuns e complementares, amplamente suportadas na evidência;
 - e) Promove a adaptação da criança/jovem e família à doença crónica, doença oncológica, deficiência/incapacidade.
3. Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem
 - a) Promove o crescimento e o desenvolvimento infantil;
 - b) Promove a vinculação de forma sistemática, particularmente no caso do Recém-nascido doente ou com necessidades especiais;
 - c) Comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura;
 - d) Promove a autoestima do adolescente e a sua autodeterminação nas escolhas relativas à saúde (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

Os EESIP distinguem-se assim, pelo desenvolvimento de competências técnicas e /ou relacionais, de maneira a prestar cuidados à criança/jovem doente ou saudável quando a família não possua competências ou capacidades para um resultado eficaz. Privilegia-se então o método de trabalho por “enfermeiro de referência”, imprescindível para a prestação de cuidados de elevada complexidade (Ordem dos Enfermeiros, 2017).

Parte II

Estudo Empírico

Capítulo III – Metodologia e Desenho de Investigação

O Desenho de investigação refere-se à estrutura geral ou plano de investigação de um estudo. Definido o desenho, torna-se necessário especificar o método de estudo e de recolha de dados. Por método de investigação entende-se as técnicas e práticas utilizadas para recolher, processar e analisar os dados (Bowling, 1998)

3.1. Problemática, Questões de Investigação e Objetivos

Através da revisão da literatura acerca da temática em estudo, foi notório que a prática clínica dos enfermeiros beneficia quando sustentada pelo conhecimento e evidência científica. É uma realidade que as barreiras existentes nos contextos práticos dificultam a sua operacionalização, o que leva à necessidade de desenvolver mecanismos que permitam consolidar na prática a evidência científica.

Na realidade, a implementação de uma enfermagem baseada na evidência como forma de abordagem da prática, pode tornar-se num processo complexo.

A problemática que serviu de motivação para o estudo foi surgindo ao longo de 15 anos de prática clínica em enfermagem pediátrica, onde foi identificada a necessidade de encontrar mecanismos que contribuíssem para colmatar a lacuna existente entre o conhecimento científico produzido através de pesquisas e a sua aplicação na prática clínica.

Em congruência com a problemática definida para o estudo, assume-se uma questão de investigação central a que este estudo procurará dar resposta: *Quais as atitudes, barreiras com que os enfermeiros se deparam em relação a uma enfermagem baseada na evidência nos cuidados prestados à criança e família?*

Pretende-se como objetivo principal do estudo, *Avaliar as atitudes e barreiras com as quais os enfermeiros se deparam em relação a uma enfermagem baseada na evidência nos cuidados prestados à criança e família.*

Os objetivos específicos propostos são:

- Identificar e caracterizar quais as atitudes e barreiras existentes face à PBE;
- Aferir quais as atitudes e barreiras à implementação da PBE mais salientadas;
- Identificar qual a relação que existe entre as variáveis sociodemográficas dos enfermeiros e a chefia relativamente à PBE;

- Apurar a relação entre as atitudes/ barreiras relativas à PBE no cuidado prestado à criança e família e as variáveis sociodemográficas;
- Verificar a relação entre as atitudes e as barreiras dos enfermeiros face à PBE no cuidado prestado à criança e família e o apoio organizacional;
- Apresentar sugestões de melhoria coletiva que beneficiem a implementação de um modelo de enfermagem baseada na evidência no cuidado prestado à criança e família.

3.2. Tipo de Estudo

Atendendo à temática em estudo é de extrema importância para a investigação a escolha da metodologia mais assertiva. Assim, para este trabalho de investigação optou-se por um estudo descritivo, no sentido em que, a pesquisa do tipo descritiva prevê que na análise e interpretação dos dados não exista nenhuma interferência do investigador (Barros & Lehfeld, 2007).

Afirmou-se como objetivo desta investigação: *Avaliar as atitudes e barreiras com as quais os enfermeiros se deparam em relação a uma enfermagem baseada na evidência nos cuidados prestados à criança e família.*

O presente estudo assenta numa metodologia quantitativa e do tipo descritiva. A pesquisa do tipo descritiva prevê que na análise e interpretação dos dados não exista nenhuma interferência do investigador (Barros & Lehfeld, 2007). Neste tipo de pesquisa o investigador deverá apenas descobrir a frequência com que o fenómeno acontece ou como está estruturado e o seu funcionamento.

Segundo Vergara (2005), a pesquisa descritiva possui como objetivos descrever as características de um determinado grupo, ou apurar a proporção de elementos numa população específica que tenha determinadas características e verificar a existência de relações entre as variáveis. Embora este tipo de investigação sirva de base para explicar os factos que descreve, não possui como propósito fazê-lo. É comum na pesquisa descritiva o investigador não interferir nos dados, estes são analisados, classificados e interpretados de forma padronizada e sem julgamentos próprios (Andrade, 2006).

Em suma, o problema em estudo e os objetivos propostos, levaram-nos a optar por desenvolver um estudo descritivo, de metodologia quantitativa, para desta forma tentar dar resposta à questão de investigação.

3.3. População e Amostra

Quando selecionamos a amostra do estudo, a nossa principal preocupação foi de que esta se mostrasse representativa da população em estudo. Entende-se por população, o número de indivíduos que apresentam pelo menos uma característica em comum. A amostra afirma-se como subconjunto da população, uma parte representativa desse universo. Por sua vez, a amostragem é um campo da estatística que estuda técnicas que permitem inferir sobre um universo (população) através do estudo de uma pequena parte dos seus componentes (amostra), possibilitando assim a execução de estudos científicos representativos e credíveis (Maroti, et al., 2008)

A escolha da população do estudo recaiu nos Enfermeiros do serviço de Pediatria de um Hospital do Norte de Portugal. O Universo do nosso estudo corresponde a 34 indivíduos e após a escolha da população, através de uma amostragem de conveniência decidiu-se aplicar o questionário a todos os enfermeiros que exercem funções no serviço em questão, desde que se enquadrem nos critérios de inclusão da amostra. A amostragem respeitou e seguiu critérios de inclusão que de seguida se enumeram:

- a) Ser enfermeiro no serviço de Pediatria Médica;
- b) Exercer funções no serviço há pelo menos 1 ano.

A amostragem também seguiu também critérios de exclusão:

- c) Exercer funções no serviço há menos de 1 ano;
- d) Encontrar-se ausente de serviço por baixa ou licença prolongada-interrupção do exercício profissional (Igual ou Superior a 3 meses).

3.4. Variáveis do Estudo

Como o próprio nome sugere, o termo variável reporta-se a características ou atributos que assumem diferentes valores ou categorias (Morais, 2005). Considerando a natureza dos valores que podem assumir as variáveis podem ser classificadas de duas formas: qualitativas e quantitativas. A definição e operacionalização das variáveis de caracterização da amostra são apresentadas na Tabela 2. abaixo apresentado.

Tabela 2. Descrição das variáveis

Tipo	Caracterização	Nome	Operacionalização	Nível de Mensuração
Independentes	Sociodemográficas	Idade	- Anos	Quantitativa Ordinal Continua
		Género	-Masculino -Feminino	Quantitativa Nominal
		Estado Civil	-Solteiro -Casado/União de facto -Separado	Qualitativa Nominal
		Habilitações académicas	-Bacharelato -Licenciatura -Mestrado -Doutoramento	Qualitativa Ordinal
		Habilitações profissionais	-CPLLEESI -Pós-graduação	Qualitativa Nominal
		Tempo de Exercício profissional	-Anos	Quantitativa Ordinal Continua
		Tempo de exercício profissional no local	-Anos	Quantitativa Ordinal Continua
		Cargo que ocupa	-Enfermeiro -Enfermeiro Especialista	Qualitativa Ordinal
		Formação continua	-PBE -Metodologia de projeto -Investigação -Gestão	Qualitativa Nominal
		Atitude e Barreiras	Atitudes	-Itens do QABPBE-26
Barreiras	-Itens do QABPBE-26		Quantitativa Intervalar	

Para realizar a análise dos dados e analisar as diferenças entre as variáveis procedeu-se em alguns casos ao seu reagrupamento. A variável género foi realizada em função das respostas Feminino ou Masculino, o estado civil foi agrupado em solteiro, casado/união de facto e separado. Relativamente às habilitações académicas agrupamos em bacharelato, licenciatura, mestrado e doutoramento; nas habilitações profissionais a divisão foi feita por CPLLEESI e pós-graduação; o cargo que ocupa dividimos em enfermeiro e enfermeiro especialista e na formação continua agrupamos em PBE, metodologia de investigação, investigação e gestão.

A variável independente, ou também denominada de variável experimental é aquela que investigador manipula no estudo e é considerada como a causa do efeito produzido na variável dependente. Esta relação exprime-se pela formulação de hipóteses (Fortin, 2006).

Definiu-se para este estudo como variáveis independentes, as sociodemográficas e as atitudes e barreiras em relação à PBE o que corresponde aos 26 itens existentes no instrumento QABPBE-26 aplicado, onde cada item foi considerada uma variável dependente.

3.5. Instrumento de Colheita de dados

Esta fase do trabalho de investigação consiste na aplicação de um ou vários instrumentos capazes de recolher ou de produzir a informação prescrita pelos indicadores. (Quivy, 2005).

O questionário é uma técnica de observação direta extensiva especialmente adequada para conhecer determinadas características de uma população ou estudar fenómenos sociais (Markoni & Lakatos, 2010).

Definido o tipo de estudo, bem como os seus objetivos, foi necessário selecionar um instrumento de colheita de dados que melhor se ajuste com o tipo de amostra que pretendemos estudar. O método de recolha de dados a utilizar é determinado pela natureza do problema de investigação, pelas variáveis que se pretende estudar e pelas estratégias de análise estatística a realizar. Foi atendendo a estes pressupostos que decidimos efetuar a colheita de dados através de um Questionário.

Desta forma, o instrumento de recolha de dados que se pretende utilizar é questionário de *“Atitudes e Barreiras em relação à Prática Baseada na Evidência”* (QABPBE-26), traduzida e validada para Portugal (Pereira, Oliveira, Cardoso, Martins, Martins, Figueiredo & Carneiro, 2014), a partir do questionário *“Barriers to evidence-based practice in primary care”* (McKenna, Ashton & Keeney, 2002) aplicado, na sua versão portuguesa aos enfermeiros que se encontrem dentro dos critérios de inclusão da amostra. Este questionário é de preenchimento presencial.

A escolha deste questionário baseia-se nas conclusões tiradas pelos seus autores, uma vez que defendem que, se constitui como um suporte estrutural para definição de intervenções personalizadas e dirigidas para um contexto específico, para a promoção de uma prática baseada na evidência entre os profissionais de saúde.

Este instrumento de colheita de dados encontra-se no anexo I, sendo constituído por duas partes: Caracterização sociodemográfica, e a aplicação do QABPBE-26.

Relativamente à primeira parte do instrumento é constituído por um conjunto de questões sociodemográficas que constituem as variáveis independentes e cuja caracterização se encontra em seguida:

- Idade – Variável Contínua;
- Género (masculino e feminino) - Variável categórica nominal;
- Estado civil (solteiro, casado/união de facto, separado e viúvo) - Variável categórica nominal;
- Habilitações académicas (Bacharelato; Licenciatura; Mestrado; Doutoramento) - Variável Categórica ordinal;

- Habilitações profissionais (Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica; Pós-graduação) - Variável categórica nominal;
- Tempo de Exercício Profissional - Variável Contínua;
- Tempo de Exercício profissional no serviço - Variável Contínua;
- Cargo que Ocupa - Variável categórica nominal;
- Formação contínua (Prática baseada na Evidência, Metodologia e Implementação de Projetos, Investigação e Gestão) - Variável categórica nominal;

A parte II é o QABPBE-26, onde são colocados a resposta 26 itens que pretendem avaliar as atitudes e barreiras com as quais os enfermeiros são confrontados em relação à PBE nos cuidados prestados à criança e família, uma vez que foi aplicado apenas em enfermeiros da prática clínica pediátrica.

A resposta é ponderada, pelos participantes do estudo, utilizando uma escala ordinal do tipo likert e que varia ao longo de 5 classificações: 1=Discordo Totalmente; 2=Discordo; 3=Não tenho a certeza; 4=Concordo; 5= Concordo Totalmente.

A aplicação do instrumento de colheita de dados aos participantes do estudo, foi realizada entre o mês de Abril e Maio de 2019.

Foi garantido o anonimato das respostas com o objetivo de tornar os resultados mais confiáveis e fidedignos.

3.6. Tratamento dos dados

Os dados recolhidos através do instrumento selecionado foram submetidos a tratamento estatístico, atitude esta fundamental na organização e análise da informação, bem como da apresentação, interpretação e discussão dos resultados. Assim sendo, os dados obtidos através da aplicação do QABPBE-26 foram processados e analisados através do programa Statistical Package for the Social Sciences versão 25.

A apresentação dos resultados efetuou-se com o recurso a tabelas onde se apresentam os dados mais relevantes. Omitiu-se nas mesmas a fonte uma vez que todos os dados foram colhidos através do instrumento de colheita de dados QABPBE-26 aos enfermeiros de um serviço de pediatria do Norte de Portugal. A descrição e análise dos dados procurou obedecer à ordem por que foi elaborado o instrumento de colheita de dados.

3.7. Considerações Éticas

A realização de qualquer pesquisa ou estudo implica a análise das questões morais e éticas por parte do investigador. Em certos momentos, podem existir conflitos entre o rigor da investigação e as exigências morais, encontrando desta forma barreiras e problemas éticos entre o investigador e a investigação.

Toda a investigação que envolve seres humanos pode por em causa os direitos e liberdades da pessoa. Desta forma, quando decidimos investigar temos que respeitar os princípios: O direito à autodeterminação, direito à intimidade, direito ao anonimato e à confidencialidade, direito à proteção contra conforto e prejuízo e ao direito a um tratamento equitativo (Vilelas,2017).

A Ética afirma-se como um conjunto de permissões e de interdições que têm um enorme valor na vida dos indivíduos e que os inspira no sentido de orientar a sua conduta.

Inicialmente formalizou-se um pedido de autorização aos autores do instrumento de colheita de dados que se pretendia utilizar no estudo. Pedido foi realizado via e-mail e foi autorizado (Anexo II).

Como forma a garantir o cumprimento de todos os princípios éticos, foi pedido autorização à Comissão de ética da Instituição onde se realizou o estudo, ao qual se obteve parecer favorável (Anexo III).

Juntamente com o instrumento de colheita de dados, foi entregue a cada um dos participantes no estudo um formulário com o seu consentimento na participação do mesmo e onde estava de forma clara o tema e os objetivos do estudo (Anexo IV). Cada um dos participantes assinou o formulário, consentido desta forma a participação no estudo.

Em nenhum local do instrumento de colheita de dados, ou no desenrolar do presente trabalho a confidencialidade dos dados foi posta em causa.

Capítulo IV - Apresentação e Discussão dos Resultados

Neste Capítulo será feita a apresentação, análise e discussão, seguindo como linha orientadora os objetivos propostos inicialmente para estruturar de forma mais adequada a informação resultante do tratamento dos dados. Procedemos à discussão dos principais resultados atendendo à revisão bibliográfica efetuada.

4.1. Apresentação dos resultados

Finalizada a fase de recolha de dados, o investigador ficará com ele na sua posse, e a partir dos mesmos será possível retirar as respetivas conclusões que se destinam a esclarecer o problema formulado no início do estudo (Vilelas, 2017).

Neste ponto vamos descrever e explicar o fenómeno em estudo através da descrição, análise e interpretação dos resultados obtidos pelos dados recolhidos junto dos intervenientes do estudo. Os resultados são assim apresentados em função do grupo de enfermeiro de pediatria estudados, avaliando primeiro os dados das variáveis Sociodemográficas, seguindo-se a apresentação dos dados das variáveis: Atitudes e Barreiras à PBE, os 26 itens avaliados como variáveis dependentes.

Em consonância com Pereira, et al. (2014), autores do QABPEB-26 optamos por considerar o questionário unidimensional, seguindo também as indicações dos autores do QABPBE, versão original do QABPBE-B6 que também o apresentam como unidimensional (Mackenna, et al., 2004). Neste sentido iremos tratar cada um dos 26 itens do QABPBE-26 como uma variável. Atendendo que a amostra é de 34 participantes, a totalidade da população que se pretendia estudar, decidiu-se pela utilização de testes não paramétricos. De seguida será explicado de forma simplificada os dados obtidos e o seu tratamento estatístico, com as respetivas justificações.

4.1.1. Análise de Fiabilidade

Para verificarmos a fiabilidade da globalidade das variáveis do nosso estudo estimamos a estabilidade e a consistência interna através do Alfa de Cronbach. A consistência interna dos fatores verificados define-se como a proporção da variabilidade das respostas dadas pelos participantes do estudo, as quais diferem e é indicativo de suscitarem diversas opiniões.

De forma geral, um instrumento é classificado como tendo fiabilidade adequada quando o alfa de Cronbach é igual a 0,70 (Nunnally, 1978).

Apesar do que acima referimos, em alguns cenários de investigação, um alfa de cronbach de 0,60 pode ser considerado aceitável, desde que os resultados sejam interpretados com as devidas precauções.

O QABPBE-26, e conseqüentemente cada um dos itens, foram originalmente validados por Pereira et al., (2004), tendo obtido uma consistência interna para o valor de coeficiente de alfa de Cronbach de $\alpha=0,60$, o que é considerado aceitável atendendo ao reduzido número de itens que o constituem. Para além, disto, os autores do QABPBE, versão original do QABPBE-26 apresentam para esta escala o valor de coeficiente de alfa de Cronbach de $\alpha=0,74$ (McKenna, et al., 2002).

No caso deste estudo em específico, foi obtido um alfa de Cronbach= $0,61$ para a escala global. De referir que se o Item 14 fosse excluído o valor do alfa de Cronbach aumentava para $0,68$, no entanto este é um Item importante atendendo aos objetivos do estudo.

4.2. Estatística Descritiva da Caracterização Sociodemográfica

Idade

Analisando a idade da população estudada, e num total de 34 inquiridos, estes apresentam uma média de idades de 38 anos, um mínimo de 28 anos e um máximo de 52 anos, tal como podemos analisar na Tabela 3. abaixo apresentada.

Tabela 3. Análise descritiva da idade

Inquiridos	Média	Mediana	Moda	Variância	Mínimo	Máximo	Casos omissos
34	37,85	36,50	32	42,98	28	53	0

Relativamente às frequências de idades dos inquiridos, esta está representada na Tabela 4.

Tabela 4. Distribuição de Frequência Relativa por Idades

Idades	Frequência Relativa
Entre os 28 e os 30	2
Entre os 31 e os 35	13
Entre os 36 e os 40	6
Entre os 41 e os 50	8

Através da análise descritiva das idades dos inquiridos, apresentada na Tabela 4. de frequências, podemos verificar que os inquiridos com 32 anos se encontram em maior número, apresentando uma percentagem de 11,8%. De salientar que entre os 30 e os 39 anos se encontram 19 inquiridos, os seja 55% da população inquirida.

Género

Relativamente ao género, e fazendo a respetiva distinção, observamos que a nossa amostra atinge uma percentagem de 94,1 no género feminino e de 5,9 % no género masculino.

Tabela 5. Distribuição de Frequências por Género

Género	Frequência Relativa	Percentagem (%)
Masculino	2	5,9
Feminino	32	94,1

A discrepância que podemos observar relativamente ao género dos inquiridos, está relacionada com a especificidade do local onde foi realizado o estudo.

Os serviços de pediatria apresentam normalmente uma tendência maior para ter no exercício de funções enfermeiros do género feminino. Esta afirmação, especificamente neste local de estudo é apoiada pelos dados que demonstram 2 inquiridos do género masculino para 32 do género feminino.

Estado Civil

No estado civil os inquiridos com o Status de Solteiro são 13, com o de Casado/União de Facto são 19 e os Separados são 2, como podemos observar pela Tabela 6.

Tabela 6. Distribuição de Frequências por Estado Civil

Estado Civil	Frequência Relativa	Percentagem (%)
Solteiro	13	38,2
Casado/União de Facto	19	55,9
Separado	2	5,9

Os inquiridos com o status de Casado/União de Facto representam 55,9% da população, de seguida vem os Solteiros com 38,2% e com 5,9% temos os Separados.

Habilitações Académicas

A distribuição dos inquiridos pelos diferentes graus académicos apresenta-se na Tabela 5 abaixo representada. Podemos observar que com o grau de Bacharelato e Doutoramento temos 0 inquiridos, com o grau de Licenciatura temos 31 e com o Mestrado temos 3.

Tabela 7. Distribuição de Frequências por Habilitações Académicas

Habilitações Académicas	Frequência Relativa	Percentagem (%)
Bacharelato	0	0
Licenciatura	31	91,2
Mestrado	3	8,8
Doutoramento	0	0

A maior percentagem de inquiridos do estudo tem o grau de Licenciado com 91,2%, seguido do grau de Mestre com 8,8%. Relativamente a Bacharelato ou Doutoramento, tal como acima referimos a percentagem de inquiridos situa-se nos 0%.

Habilitações Profissionais

Relativamente a esta variável, efetuamos a sua especificação entre quem tem formação a nível do Curso de pós-licenciatura de especialização em enfermagem de saúde infantil e pediatria e quem tem formação a nível Pós-graduado.

De entre os 35 inquiridos 22 apresentam formação no CPLEESIP e 12 não apresentam.

Na Pós-graduação 10 afirmam ter formação Pós-graduada e 10 afirmam não ter.

Tabela 8. Distribuição de Frequências por Habilitações Profissionais

Habilitações Profissionais	Com/Sem Formação	Frequência Relativa	Percentagem (%)
CPLEESIP	Sem Formação	12	35,3
	Com Formação	22	64,7
Pós-graduação	Sem Formação	24	70,6
	Com Formação	10	29,4

No local onde foi realizado o estudo, e dado tratar-se de um serviço com onde os inquiridos prestam cuidados de enfermagem a crianças, tornou-se importante perceber que percentagem de inquiridos que apresentavam formação do CPLEESIP.

Dos dados recolhidos e acima apresentado podemos observar que 64,7% dos inquiridos têm formação específica na área, nomeadamente o CPLEESIP. 35,3% dos inquiridos não apresentam formação.

Na Pós-graduação 70,6% não apresenta formação ao nível Pós-graduado e 29,4% afirmam possuir.

A análise desta tabela permite-nos perceber, que os inquiridos têm uma clara tendência por realizar formação na área específica onde exercem funções em detrimento de outras.

Tempo de exercício profissional

Analisando o tempo de exercício profissional da população estudada, e num total de 34 inquiridos, estes apresentam uma média de tempo de 14,7 anos, um mínimo de 4 anos e um máximo de 30,25 anos, tal como podemos analisar nas Tabela 9. e Tabela 10. a seguir apresentada.

Tabela 9. Análise descritiva do tempo de exercício profissional

Inquiridos	Média	Mediana	Moda	Variância	Mínimo	Máximo	Casos omissos
34	14,7	14,50	9,50	42,2	4	30,25	0

Tabela 10. Distribuição de Frequência Relativa por tempo de exercício profissional

Exercício profissional	Frequência Relativa
Entre 4 e 10 anos	12
Entre 11 e 15 anos	7
Entre 16 e 20 anos	9
Mais de 20 anos	6

Através da análise descritiva dos tempos de exercício profissional dos inquiridos, apresentada na Tabela 10 de frequências, podemos verificar que a frequência de idades varia entre 1 e 2, tratando-se de uma amostra muito heterogênea neste aspeto.

Tempo de exercício profissional no serviço

O tempo de exercício profissional no serviço da população inquirida, apresentam uma média de tempo de 11,89 anos no serviço, um mínimo de 2 anos e um máximo de 29 anos, tal como podemos analisar nas Tabela 11 abaixo apresentada.

Tabela 11. Análise descritiva do tempo de exercício profissional no serviço

Inquiridos	Média	Mediana	Moda	Variância	Mínimo	Máximo	Casos omissos
34	11,89	10,41	3	55,85	2	29	0

A frequência relativamente ao tempo de serviço dos inquiridos no local varia entre 1 e 2, conforme indica a Tabela 12.

Tabela 12. Distribuição de Frequência Relativa por tempo de exercício profissional no serviço

Tempo de exercício profissional no serviço	Frequência Relativa
Entre 2 e 5 anos	8
Entre 6 e 10 anos	9
Entre 11 e 15 anos	5
Entre 16 e 20 anos	6
Mais de 20 anos	7

Cargo que ocupa

Pela análise da Tabela 13 abaixo apresentada, verificamos que a percentagem de enfermeiros que ocupa o cargo de enfermeiro especialistas dentro da população inquirida é de 44,1%, inferior à categoria de enfermeiro que se situa nos 55,9%. Quanto à frequência dos inquiridos, relativamente à variável cargo que exercem, os enfermeiros especialistas têm uma frequência relativa de 15 os enfermeiros têm uma frequência de 19.

Tabela 13. Distribuição de Frequências por Cargo Ocupado

Cargo ocupado	Frequência Relativa	Percentagem (%)
Enfermeiro	19	55,9
Enfermeiro Especialista	15	44,1

Formação Contínua

A Variável Formação contínua, foi analisada tendo em atenção 4 componentes diferentes: a PBE, Metodologia e implementação de projeto, Investigação e Gestão. Estas componentes são importantes para mais à frente, caso seja pertinente, se poderem discutir com outras variáveis. Estas 4 componentes foram estatisticamente analisadas em cada inquirido, atendendo à frequência ou não em formações em cada uma das 4 áreas.

Tabela 14. Distribuição de Frequências por Formação contínua

Formação Contínua	Com/Sem Formação	Frequência	Percentagem (%)
PBE	Sem Formação	26	76,5
	Com Formação	8	23,5
Metodologia e implementação de projetos	Sem Formação	31	91,2
	Com Formação	3	8,8
Investigação	Sem Formação	32	94,1
	Com Formação	2	5,9
Gestão	Sem Formação	33	97,1
	Com Formação	1	2,9

Analisando, através da Tabela 14 esta variável, e atendendo às áreas de formação que foram questionadas, a formação em PBE é a área de formação mais frequentada pelos inquiridos.

Uma percentagem de 23,5% frequentou formação nesta área, ao contrário de 76,5% que admite não ter frequentados.

Metodologias e implementação de projetos foi frequentada por 8,8% dos inquiridos, contra 91,2 que não frequentou.

Na formação sobre investigação, 94,1% não frequentaram formações nesta área e apenas 8,8% frequentou.

Percebemos que relativamente a terem frequentado formação em gestão 97,1% dos inquiridos admite que não, apenas 2,9% admite que frequentou.

4.3. Estatística descritiva das variáveis dependentes

A estatística descritiva consiste na recolha, exposição de dados numéricos através da criação de instrumentos que se sejam adequados, sejam eles indicadores numéricos, gráficos ou quadros (Vilela, 2017). De seguida optamos por analisar cada um dos Itens da escala aplicada como variáveis independentes, pois como foi atrás referido, trata-se de uma escala unidimensional.

Tabela 15. Tabela de frequências absolutas e relativas

Item	DT=1		D=2		NC=3		C=4		CT=5		Mn	Mm
	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	n	n
1			5,9	2	20,6	7	67,6	23	5,9	2	2	5
2			26,5	9	38,2	13	11,8	4	23,5	8	2	5
3	5,9	2	14,7	5	20,6	7	38,2	13	20,6	7	1	4
4	5,9	2	14,7	5	20,6	7	38,2	13	20,6	7	1	5
5	2,9	1	17,6	6	26,5	9	50	17	2,9	1	1	5
6	5,9	2	58,8	20	11,8	4	17,6	6	5,9	2	1	5
7	5,9	2	64,7	22	17,6	6	8,8	3	2,9	1	1	5
8			2,9	1	5,9	2	58,8	20	32,4	11	2	5
9			2,9	1	23,5	8	55,9	19	17,6	6	2	5

10	Tenho dificuldade em contactar colegas com conhecimentos, para discutir resultados da investigação.	2,9	1	23,5	8	29,4	10	41,2	14	2,9	1	1	5
11	Acho que a adesão dos clientes é um fator fundamental na utilização da evidência.			8,8	3	20,6	7	61,8	21	8,8	3	2	5
12	Sinto confiança em utilizar o computador para pesquisar informação baseada na evidência.			8,8	3	14,7	5	58,8	20	17,6	6	2	5
13	Acho avassaladora a quantidade de literatura de investigação.			38,2	13	23,5	8	38,2	13			2	4
14	Acho difícil manter-me a par de todas as mudanças que acontecem presentemente no meu contexto de trabalho.			26,5	9	11,8	4	58,8	20	2,9	1	2	5
15	Sei como pesquisar informação baseada na evidência.			2,9	1	20,6	7	55,9	19	20,6	7	2	5
16	Os recursos informáticos de que disponho no local de trabalho são adequados para pesquisar literatura baseada na evidência	5,9	2	35,3	12	17,6	6	41,2	14			1	4
17	Acho difícil influenciar a mudança na prática clínica no meu contexto de trabalho.	0	0	26,5	9	35,3	12	29,4	10	8,8	3	1	5
18	Tenho constatado que a literatura de investigação por vezes reporta resultados contraditórios.	0	0	11,8	4	38,2	13	50,0	17			1	4
19	Creio que deveria fazer formação para me ajudar a utilizar a investigação eficazmente.	0	0	8,8	3	14,7	5	70,6	24	5,9	2	1	5
20	Não há dinheiro suficiente para financiar investigação sobre cuidados de saúde	5,9	2	0	0	26,5	9	47,1	16	20,6	7	1	5
21	Constato que as limitações de tempo impedem que a prática baseada na evidência, seja usada eficazmente no meu exercício clínico.	2,9	1	2,9	1	8,8	1	64,7	22	20,6	7	1	5
22	Sentir-me-ia mais confiante se alguém experiente em investigação me fornecesse investigação relevante.			2,9	1	23,5	8	58,8	20	11,8	4	2	5
23	Sentir-me-ia mais confiante se alguém experiente em investigação me fornecesse informação relevante.			2,9	1	14,7	5	70,6	24	11,8	4	2	2
24	Os meus colegas apoiam a aplicação da investigação relevante na prática.			8,8	3	26,5	9	61,8	21	2,9	1	2	5
25	Frequentemente, os resultados da investigação não são facilmente transferíveis para a minha prática clínica.			11,8	4	23,5	8	58,8	20	5,9	2		
26	Implementar práticas baseadas na evidência trará benefícios para o meu desenvolvimento profissional.			0	0	2,9	1	44,1	15	52,9	18		

Legenda: DT- Discordo Totalmente; D – Discordo; NC – Não Tenho a Certeza; C – Concordo; CT – Concordo Totalmente; % - Percentagem; n – Frequência

Após apresentação dos resultados descritivos da Tabela 15 algumas variáveis são, como é visível muito apoiadas pelos inquiridos.

As variáveis *“Deveria fazer formação sobre investigação”* (Item 19) e a *“Sinto-me mais confiante se alguém experiente em investigação me fornecesse informação relevante”* (Item 23), apresentam percentagens de 70,6% de resposta com a classificação C, segunda a Escala de Classificação de Likert corresponde ao valor 4.

Estes resultados podem apoiar por um lado a ideia de que os inquiridos reconhecem a necessidade de precisarem de investir mais em formação na área da investigação, e por outro esta falta de formação que apresentam leva a que se sintam mais confiantes e seguros quando a informação sobre investigação lhes é transmitida e disponibilizada pelos seus pares mais experientes nesta área.

Ainda para reforçar os resultados acima descritos, também a variável *“Os meus colegas apoiam a aplicação da investigação relevante na prática”* (Item 24), apresenta uma percentagem de inquiridos que respondeu C de 61,8%. Mais uma vez os inquiridos atribuem especial valor aos seus pares no que respeita à investigação, defendendo que estes apoiam a aplicação da investigação na prática, o mesmo que apoiar a PBE.

Relativamente à variável *“Acho que os artigos de investigação são de fácil compreensão”* (Item 7), 64,7% discordam (D). Os resultados do estudo nesta variável fazem-nos acreditar, que pela dificuldade face à falta de formação e conhecimentos que os inquiridos têm em investigação, já prevíamos que a análise dos artigos de investigação não fosse para eles de fácil compreensão.

No entanto, é de difícil explicação que 67,6% das pessoas que participaram no estudo tenham confiança na sua capacidade de avaliar a qualidade dos artigos de investigação. De acordo com a resposta dada pelos inquiridos, 67,6% respondeu C relativamente a esta Variável *“Sinto-me confiante na minha capacidade para avaliar a qualidade dos artigos de investigação”*.

Se analisarmos as variáveis anteriores, que nos indicam a dificuldade que os participantes do estudo revelam acerca da investigação, e atendendo que consideraram os artigos científicos como não sendo de fácil compreensão, torna-se difícil explicar a confiança que revelam ter na capacidade de avaliar a qualidade da investigação.

Os resultados dizem-nos que a variável *“Implementar práticas baseadas na evidência trará benefícios para o meu desenvolvimento profissional”* (Item 26), é apoiada pelos participantes do estudo. Apenas 2,9% dos participantes responderam NC, 41,1% responderam C e 52,9% responderam CT. Não há dúvidas, que estes resultados vão de encontro ao que foi abordado nos primeiros Capítulos deste trabalho onde o tema central é o PBE, quer pelo seu contributo no desenvolvimento profissional do enfermeiro, quer pelos potenciais ganhos em saúde.

De seguida, através do coeficiente de correlação Spearman medimos a intensidade da relação entre as variáveis ordinais contínuas. Este teste em vez do valor observado, usa apenas a ordem das observações. Deste modo, este coeficiente não é sensível a assimetrias na distribuição, não exigindo desta forma que os dados provenham de duas populações normais (Vilela, 2017). Neste contexto, e atendendo que a amostra não segue uma distribuição normal utilizamos o coeficiente de correlação de Spearman (teste não paramétrico).

Através da análise de correlações podemos avaliar as relações existentes entre Idade, Experiência Profissional e Experiência Profissional no Serviço, bom como os 26 itens que constituem o instrumento QABPBE-26 e qual o seu grau de associação.

Tabela 16. Correlação entre variáveis pelo coeficiente de correlação de Spearman

Item	Variável Independente	Idade		Experiência Profissional		Experiência Profissional no Serviço	
			Sig.		Sig.		Sig.
1	Sinto-me confiante na minha capacidade para avaliar a qualidade dos artigos de investigação.	- 0,148	0,402	- 0,017	0,925	- 0,058	0,746
2	Creio que a aplicação da investigação à prática depende, até certo ponto, de quanto é que isso vai custar.	- 0,168	0,342	- 0,227	0,196	- 0,261	0,136
3	Muita da investigação disponível não é relevante para a minha prática profissional.	- 0,050	0,779	-0,110	0,536	- 0,348*	0,044
4	Acho difícil aceder regularmente à biblioteca mais próxima.	- 0,347*	0,045	- 0,318	0,067	- 0,420*	0,013
5	Acho que as chefias apoiam a utilização de Prática Baseada na Evidência.	0,487*	0,003	0,473**	0,005	0,380*	0,027
6	Acho que a investigação disponível específica para a minha área de trabalho é de fraca qualidade.	0,219	0,214	0,176	0,318	- 0,067	0,705
7	Acho que os artigos de investigação são de fácil compreensão.	0,348*	0,044	0,340*	0,049	0,076	0,671
8	Sinto que há benefícios em alterar a minha prática, com base na investigação.	0,206	0,242	0,273	0,119	0,114	0,521
9	Não há incentivos para desenvolver as minhas competências de investigação, para utilização na prática clínica.	0,143	0,419	0,199	0,258	0,120	0,500

10	Tenho dificuldade em contactar colegas com conhecimentos, para discutir resultados da investigação.	- 0,024	0,891	- 0,050	0,777	- 0,048	0,789
11	Acho que a adesão dos clientes é um fator fundamental na utilização da evidência.	- 0,081	0,650	- 0,147	0,408	- 0,067	0,706
12	Sinto confiança em utilizar o computador para pesquisar informação baseada na evidência.	- 0,90	0,614	- 0,049	0,785	-0,009	0,960
13	Acho avassaladora a quantidade de literatura de investigação.	0,115	0,517	0,067	0,707	- 0,108	0,543
14	Acho difícil manter-me a par de todas as mudanças que acontecem presentemente no meu contexto de trabalho.	0,138	0,437	0,116	0,512	0,164	0,354
15	Sei como pesquisar informação baseada na evidência.	0,132	0,457	0,018	0,919	- 0,050	0,779
16	Os recursos informáticos de que disponho no local de trabalho são adequados para pesquisar literatura baseada na evidência	0,153	0,388	0,217	0,218	0,353*	0,041
17	Acho difícil influenciar a mudança na prática clínica no meu contexto de trabalho.	- 0,081	0,647	- 0,019	0,913	- 0,282	0,106
18	Tenho constatado que a literatura de investigação por vezes reporta resultados contraditórios.	- 0,017	0,926	0,043	0,811	0,087	0,624
19	Creio que deveria fazer formação para me ajudar a utilizar a investigação eficazmente.	0,014	0,937	- 0,022	0,903	0,094	0,598
20	Não há dinheiro suficiente para financiar investigação sobre cuidados de saúde	- 0,049	0,785	0,027	0,880	- 0,153	0,389
21	Constato que as limitações de tempo impedem que a prática baseada na evidência, seja usada eficazmente no meu exercício clínico.	-0,036	0,842	0,100	0,575	0,166	0,347
22	Sentir-me-ia mais confiante se alguém experiente em investigação me fornecesse investigação relevante.	- 0,192	0,284	- 0,185	0,304	-0,043	0,812
23	Sentir-me-ia mais confiante se alguém experiente em investigação me fornecesse informação relevante.	0,219	0,095	0,335*	0,040	0,260	0,138
24	Os meus colegas apoiam a aplicação da investigação relevante na prática.	- 0,153	0,389	- 0,163	0,358	0,035	0,843

25	Frequentemente, os resultados da investigação não são facilmente transferíveis para a minha prática clínica.	0,144	0,415	0,169	0,339	0,018	0,920
26	Implementar práticas baseadas na evidência trará benefícios para o meu desenvolvimento profissional.	0,198	0,262	0,221	0,210	0,281	0,108

Na Tabela 16 apresentamos os resultados da verificação da associação das variáveis Sócio - demográficas e das variáveis independentes. Iremos analisar qual o grau de associação entre elas. Idade

A variável Idade apresenta uma correlação negativa de ($r_{sp} -0,347$, $p=0,045$) com a variável “*Acho difícil aceder regularmente à biblioteca mais próxima*” (Item 4) e uma correlação positiva com a variável “*Acho que as chefias apoiam a utilização de Prática Baseada na Evidência.*” (Item 5) de ($r_{sp} 0,487$, $p=0,003$) e variável “*Acho que os artigos de investigação são de fácil compreensão*” (Item 7) de ($r_{sp} 0,348$, $p=0,044$).

Tabela 17. Coeficiente de correlação de Spearman na Variável idade

	Item	Valor	Sig.
4	Acho difícil aceder regularmente à biblioteca mais próxima.	- 0,347*	0,045
5	Acho que as chefias apoiam a utilização de Prática Baseada na Evidência.	0,487*	0,003
7	Acho que os artigos de investigação são de fácil compreensão.	0,348*	0,044

Na Tabela 17 podemos perceber que existe uma correlação negativa entre a variável idade e a *difficuldade em aceder regularmente à biblioteca*, o que significa que quanto menor a idade do participante no estudo, menor é a associação com esta variável. Da totalidade da amostra utilizada, verificamos que quanto menor é a idade do participante menos dificuldade manifesta em aceder à biblioteca. Poderá estar relacionado com a menor distancia temporal ao “banco da escola” (Formação de base), ou mesmo a uma vida mais descomplicada a nível pessoal, como ausência de filhos, ou outros encargos.

Existe ainda, uma correlação positiva entre a idade e o reconhecimento que atribuem ao apoio das chefias na utilização de um PBE. Quanto maior a idade maior a associação entre as 2 variáveis. Os dados recolhidos indicam-nos que os participantes do estudo com mais idade acham que as chefias apoiam mais a utilização da PBE do que os participantes mais novos.

Os enfermeiros com mais idade, de uma forma geral têm mais anos de experiência profissional, desta forma a maior maturidade profissional e pessoal permite-lhes reconhecer na chefia mais apoio à PBE.

A variável Idade, está ainda associada de forma positiva com a facilidade de compreensão dos artigos de investigação. Se por um lado, esta associação positiva entre as duas variáveis é indicativa que a idade permite maior maturidade, maior o leque de experiências vivenciadas e como tal, mais facilidade na compreensão dos artigos de investigação, por outro lado, a tal maior distância temporal dos participantes mais velhos à escola poderia criar dificuldades, mas tal não se verificou.

Também é certo, que nos últimos anos os enfermeiros têm feito formações pós-graduadas e especializações, o que ajudou na recertificação e aprofundamento destes conhecimentos nos mais velhos.

Tempo de experiência profissional

A variável Tempo de experiência profissional apresenta uma correlação positiva de (rsp 0,473 p=0,005) com a variável “*Acho que as chefias apoiam a PBE*” (Item 5) , com variável “ *Acho que os artigos de investigação são de fácil compreensão*” (Item 7) de (rsp 0,340 p=0,049) e variável “*Sentir-me-ia mais confiante se alguém experiente em investigação me fornecesse informação relevante*” (Item 23) de (rsp 0,335, p=0,040).

Relativamente ao Item específico “*Acho que as chefias apoiam a PBE*” existe uma correlação positiva significativa (rsp 0,473 p=0,003) com o maior tempo de experiência profissional.

Tabela 18. Coeficiente de correlação de Spearman na Variável Tempo de experiência profissional

	Item	Valor	Sig.
5	Acho que as chefias apoiam a utilização de Prática Baseada na Evidência.	0,473**	0,005
7	Acho que os artigos de investigação são de fácil compreensão.	0,340*	0,049
23	Sentir-me-ia mais confiante se alguém experiente em investigação me fornecesse informação relevante.	0,335*	0,040

Pelos resultados apresentados, a associação existente entre a variável Tempo de experiência profissional e estas 3 variáveis independentes são associações positivas, o que vai de encontro ao que foi descrito e analisado na variável idade.

Os resultados indicam que conforme tempo de experiência profissional aumenta, cada uma das 3 variáveis apresentadas no Tabela 18 também aumentam, visto tratar-se da existência de uma correlação positiva entre elas.

Tempo de experiência profissional no serviço

A variável Tempo de experiência profissional no local apresenta uma correlação negativa de (rsp -0,348, p=0,044) com a variável “*Muita da investigação disponível não é relevante para a minha prática profissional.*” (Item 3) e com a variável “*Acho difícil aceder regularmente à biblioteca mais próxima*” (Item 4) com um de (rsp -0,420, p=0,013).

Apresenta uma correlação positiva com a variável “*Acho que as chefias apoiam a utilização de Prática Baseada na Evidência.*” (Item 5) de (rsp 0,380, p=0,027) e variável “*Os recursos informáticos de que disponho no local de trabalho são adequados para pesquisar literatura baseada na evidência*” (Item 16) de (rsp 0,353, p=0,041).

Tabela 19. Coeficiente de correlação de Spearman na Variável Tempo de experiência profissional no serviço

	Item	Valor	Sig.
3	Muita da investigação disponível não é relevante para a minha prática profissional.	- 0,348*	0,044
4	Acho difícil aceder regularmente à biblioteca mais próxima.	- 0,420*	0,013
5	Acho que as chefias apoiam a utilização de Prática Baseada na Evidência.	0,380*	0,027
16	Os recursos informáticos de que disponho no local de trabalho são adequados para pesquisar literatura baseada na evidência	0,353*	0,041

Relativamente às restantes variáveis que nos propusemos investigar, falta analisar a relação entre as variáveis Sociodemográficas: Género, Habilitações literárias, Cargo que ocupa e Formação contínua e os itens do QABPBE-26.

Para perceber o comportamento estatístico dessas variáveis independentes será utilizado o teste de Mann-Whitney. Este teste é utilizado quando estão em comparação dois grupos independentes.

Na variável estado civil optamos por utilizar o teste Kruskal-Wallis, já que se pretende comparar três ou mais grupos independentes (Vilela, 2017).

Variável Género

Tabela 20. Ranks – Variável Género

Item 6	Sexo	N	Mean Rank	Sum of Ranks
Acho que a investigação disponível específica para a minha área de trabalho é de fraca qualidade.	Masculino	4	27,83	83,50
	Feminino	30	16,50	511,50

Tabela 21. Testes estatísticos da variável género com Item 6

Teste	valor
Mann-Whitney U	15,500
Wilcoxon W	511,500
Z	- 2,118
Asymp. Sig. (2 tailed)	0,034
Exact Sig. (2*(1-tailed Sig.))	0,058 ^b

Através do teste de Mann-Whitney, podemos verificar que existem diferenças significativas entre o género masculino e o género feminino no Item 6. O género masculino concorda mais com esta afirmação do que o sexo feminino, apresentando um $U=511,500$ e em $p=0,034$.

Variável Estado Civil

Para comparar a variável Estado Civil com as restantes variáveis independentes aplicou-se o teste de Kruskal-Wallis. Este é aplicado quando estão em comparação três ou mais grupos independentes (Vilela, 2017), como é o caso do grupo dos Solteiros, Casados/União de facto ou separados.

Tabela 22. Ranks – Variável Estado civil

Item		Estado Civil	N	Mean Rank
7	Acho que os artigos de investigação são de fácil compreensão.	Solteiro	13	13,65
		Casado/União de facto	19	18,50
		Separado	2	33,00
12	Sinto confiança em utilizar o computador para pesquisar informação baseada na evidência.	Solteiro	13	21,50
		Casado/União de facto	19	13,97
		Separado	2	25,00
14	Acho difícil manter-me a par de todas as mudanças que acontecem presentemente no meu contexto de trabalho.	Solteiro	13	12,19
		Casado/União de facto	19	20,50
		Separado	2	23,50
25	Frequentemente, os resultados da investigação não são facilmente transferíveis para a minha prática clínica.	Solteiro	13	12,50
		Casado/União de facto	19	21,45
		Separado	2	12,50

Na Tabela 22 está representado a comparação entre as variáveis sociodemográficas: Solteiro; Casado/União de facto, Separado e os Itens que apresentam maiores diferenças estatísticas. São eles o 7, 12, 14, 25.

Quando analisamos o **Item 7**, verificamos que as maiores diferenças surgem entre os solteiros e os separados e entre os casados/união de facto e os separados. Os separados apresentam valores mais altos e os solteiros menores valores, portanto os separados são os que consideram que os artigos de investigação são de mais fácil compreensão, por outro lado, os solteiros consideram o contrário.

No **Item 12**, as maiores diferenças estatísticas surgem entre os casados/união de facto e os separados. Os Separados concordam mais com este item do que os casados/união de facto. Podemos então, estatisticamente perceber que os Separados são os que apresentam maior confiança em utilizar o computador para pesquisar acerca da PBE, ao contrário dos casados/união de facto que apresentam mais dificuldade de entre todos.

Já relativamente ao **Item 14**, a maior diferença verifica-se entre os Solteiros e os separados. Os Separados consideram ser mais difícil manterem-se a par das mudanças existentes no serviço, enquanto os Solteiros consideram mais fácil.

No **Item 25**, as mais diferenças surgem entre solteiro e os casados/união de facto e os separados com os casados/união de facto. De entre as 3 variáveis, os casados/união de facto são os que concordam mais com este item, concordando mais que frequentemente os resultados da investigação não são facilmente transferíveis para a minha prática clínica. Na tabela 23 apresentamos os testes estatísticos realizados para estas variáveis

Tabela 23. Testes estatísticos da variável Estado Civil com os Itens 7, 12, 14, 25

	Teste	Valor
Item 7	kruskal- wallis h	9,645
	df	2
	Asymp. sig.	0,008
Item 12	kruskal- wallis h	7,127
	df	2
	Asymp. sig.	0,028
Item 14	kruskal- wallis h	7,907
	df	2
	Asymp. sig.	0,019
Item 25	kruskal- wallis h	8,650
	df	2
	Asymp. sig.	0,013

Habilitações Profissionais – CPLEESIP

Nesta variável sociodemográfica optamos por dividir, tal como foi apresentado, no questionário aos participantes do estudo em grupos independentes:

- CPLEESIP: Tem formação; Não tem formação
- Formação pós-graduada: Tem formação pós-graduada; Não tem formação pós-graduada.

Na tabela 24, abaixo representada iremos comparar as Habilitações profissionais relativamente ao CPLEESIP.

Tabela 24. Ranks – Variável Habilitações profissionais - CPLEESIP

	CPLEESI	N	Mean Rank	Sum of Ranks
Item 1 - Sinto-me confiante na minha capacidade para avaliar a qualidade dos artigos de investigação.	Não tem Formação	12	13,13	157,50
	Tem Formação	22	19,89	437,50
Item 3 - Muita da investigação disponível não é relevante para a minha prática profissional.	Não tem Formação	12	23,67	284,00
	Tem Formação	22	14,14	311,00
Item 9 - Não há incentivos para desenvolver as minhas competências de investigação, para utilização na prática clínica.	Não tem Formação	12	11,88	142,50
	Tem Formação	22	20,57	452,50
Item 15 - Sei como pesquisar informação baseada na evidência.	Não tem Formação	12	12,25	147,00
	Tem Formação	22	20,36	448,00
Item 26 - Implementar práticas baseadas na evidência trará benefícios para o meu desenvolvimento profissional.	Não tem Formação	12	9,71	116,50
	Tem Formação	22	21,75	478,50

Através do teste de Mann-Whitney, quando comparamos os grupos independentes com cada uma das variáveis, podemos verificar que existem diferenças significativas entre **Ter realizado** a formação no CPLEESIP ou **Não ter realizado** a formação no CPLEESIP nos Itens 1, 3, 9, 15 e 26.

No Item 1, “*Sinto-me confiante na minha capacidade para avaliar a qualidade dos artigos de investigação*”, quem tem o CPLEESIP tem melhor score que é o mesmo que dizer que apoia mais esta ideia. Quando analisamos o Item 3, percebemos que quem não tem o CPLEESIP tem melhor score. Este resultado está de acordo com os anteriormente já analisados, pois os participantes do estudo que não têm o CPLEESIP não estão de acordo com este Item que afirma que “*A investigação disponível não é relevante para a minha prática profissional*”. Será o mesmo que dizer que atribuem relevância à investigação na sua prática profissional, ao contrário dos indivíduos que não têm o CPLEESIP e que não lhe atribuem tanta relevância, tal como se pode verificar pelo score que é mais elevado.

No Item 9, tem um score mais elevado os participantes que detêm o CPLEESIP comparativamente com os que não detêm. Um score mais elevado, significa que admitem que não há incentivos para desenvolver as suas competências de investigação, para aplicação na prática clínica, logo os participantes com o CPLEESIP concordam com esta afirmação, não reconhecendo haver incentivos nesta área.

“Sei como pesquisar informação baseada na evidência” é o Item 15, e apresenta diferenças significativas entre quem tem ou não o CPLEESIP. Os participantes do estudo que têm o CPLEESIP têm um score mais alto comparativamente com os que não têm.

O último Item que verificarmos apresentar diferenças significativas entre os grupos é o 26. Relativamente à ideia que “implementar práticas baseadas na evidência trará benefícios para o meu desenvolvimento profissional”, quem tem o CPLEESIP tem um score mais alto do que o outro grupo que não tem.

Tabela 25. Testes estatísticos Variável Habilitações profissionais - CPLEESIP

Teste	Valor				
	Item 1	Item 3	Item 9	Item 15	Item 26
Mann-Whitney U	79,500	58,000	64,500	69,000	38,500
Wilcoxon W	157,500	311,000	142,500	147,000	116,500
Asymp. Sig. (2 tailed)	0,022	0,005	0,007	0,012	0,000
Exact Sig. (2*(1-tailed Sig.))	0,058 ^b	0,007 ^b	0,013 ^b	0,023 ^b	0,000 ^b

Habilitações Profissionais - Formação pós-graduada

Na tabela 26, abaixo representada iremos comparar as Habilitações profissionais relativamente ao Formação pós-graduada.

Tabela 26. Ranks – Variável Habilitações profissionais - Formação pós-graduada

	Formação pós-graduada	N	Mean Rank	Sum of Ranks
Item 1 - Sinto-me confiante na minha capacidade para avaliar a qualidade dos artigos de investigação.	Não tem Formação	24	15,52	372,50
	Tem Formação	10	22,35	222,50
Item 9 - Não há incentivos para desenvolver as minhas competências de investigação, para utilização na prática clínica.	Não tem Formação	24	15,35	368,50
	Tem Formação	10	22,65	226,50
Item 12 - Sinto confiança em utilizar o computador para pesquisar informação baseada na evidência.	Não tem Formação	24	14,92	358,00
	Tem Formação	10	23,70	237,00

Item 15 - Sei como pesquisar informação baseada na evidência.	Não tem Formação	24	14,58	350,00
	Tem Formação	10	24,50	245,00
Item 21 - Constato que as limitações de tempo impedem que a prática baseada na evidência, seja usada eficazmente no meu exercício clínico.	Não tem Formação	24	15,50	372,00
	Tem Formação	10	22,30	223,00
Item 26 - Implementar práticas baseadas na evidência trará benefícios para o meu desenvolvimento profissional.	Não tem Formação	24	15,54	373,00
	Tem Formação	10	22,20	222,00

Utilizando o mesmo teste, Mann-Whitney, quando comparamos os grupos independentes com a variável, podemos verificar que existem diferenças significativas entre **Ter realizado** a formação pós-graduada ou **Não ter realizado** a formação pós-graduada nos Itens 1, 9, 12, 15, 21 e 26.

No Item 1, *“Sinto-me confiante na minha capacidade para avaliar a qualidade dos artigos de investigação”*, quem tem formação pós-graduada apresenta um score superior a quem não tem. Esta capacidade de avaliação dos artigos que é superior nos inquiridos que apresentam formação, pode estar relacionada com maior experiência e conhecimentos desta temática que conseguem adquirir e desenvolver nas pós-graduações que realizaram. Ao contrário dos inquiridos que apresentam menor score, o que pode representar ausência de formação pós-graduada e consequentemente menos conhecimentos e aptidões para avaliar os artigos.

Relativamente ao Item 9 *“Não há incentivos para desenvolver as minhas competências de investigação, para utilização na prática clínica”*, verificou-se que comparando os participantes que possuem formação pós-graduada com os que não possuem, os primeiros apresentam também um score mais elevado. Esta ideia poderá estar sustentada no facto de os enfermeiros que investem em formações pós-graduas realizarem mais pesquisas e investigação associadas ao contexto académico, deparando-se mais com estas dificuldades.

No Item 12 *“Sinto confiança em utilizar o computador para pesquisar informação baseada na evidência”* e, no Item 15 *“Sei como pesquisar informação baseada na evidência”*, quando comparados com cada um dos grupos estudados, verifica-se que os que possuem pós-graduação apresentam um score superior aos que não têm formação. Ideia que apoia as reflexões que anteriormente realizamos. *“Constato que as limitações de tempo impedem que a prática baseada na evidência, seja usada eficazmente no meu exercício clínico”* corresponde ao Item 21 e quando comparado com os 2 grupos em análise,

percebemos que também são os que possuem pós-graduação que apresentam maior score. Os inquiridos pós-graduados, levam-nos a crer que, em resultado da sua maior capacidade formativa, poderá haver da sua parte maior consciencialização das dificuldades existentes na prática. Assim como, as implicações que as limitações de tempo têm na utilização do PBE.

Quando comparado o Item 26 *“Implementar práticas baseadas na evidência trará benefícios para o meu desenvolvimento profissional”*, mais uma vez a formação mostra a sua importância, evidenciando que comparativamente a quem não possui formação pós-graduada, o score apresentado é superior. Podemos perceber que os inquiridos que possuem formação pós-graduada, demonstram dar importância à implementação da PBE, estando conscientes dos benefícios que existem nos cuidados prestados à criança e família, no sentido em que o estudo foi realizado a enfermeiros de um serviço de pediatria.

Tabela 27. Testes estatísticos Variável Habilitações profissionais – Formação Pós-graduada

Teste	Valor					
	Item 1	Item 9	Item 12	Item 15	Item 21	Item 26
Mann-Whitney U	72,500	68,500	58,000	50,000	72,000	73,000
Wilcoxon W	372,500	368,500	358,000	350,000	372,000	373,000
Asymp. Sig. (2 tailed)	0,030	0,030	0,008	-0,003	0,033	0,042
Exact Sig. (2*(1-tailed Sig.))	0,072 ^b	0,050 ^b	0,018 ^b	0,007 ^b	0,072 ^b	0,079 ^b

Cargo que ocupa

O cargo que ocupa cada um dos inquiridos foi comparado com os 26 itens apresentados no questionário. Dividimos esta variável em 2 grupos independentes: enfermeiro e enfermeiro especialista. Foi considerado cargo de enfermeiro especialista, a todos os que viram reconhecidas as suas funções de especialista e com respetiva atribuição do suplemento remuneratório em 2018. Na tabela 28 apresentamos os itens que quando comparados com os 2 grupos independentes, mais diferenças significativas apresentaram.

Quando analisamos as diferenças estatisticamente significativas entre o grupo dos enfermeiros versus grupo dos enfermeiros especialistas e os 26 itens, verificamos que se evidenciou o Item 1 e o Item 15, tal como podemos observar na Tabela 26.

Tabela 28. Ranks – Variável Cargo que ocupa

	Cargo que Ocupa	N	Mean Rank	Sum of Ranks
Item 3 - Muita da investigação disponível não é relevante para a minha prática profissional.	Enfermeiro Especialista	12	12,92	155,00
	Enfermeiro	22	20,00	440,00
Item 15 - Sei como pesquisar informação baseada na evidência.	Enfermeiro Especialista	12	22,33	268,00
	Enfermeiro	22	14,86	327,00

No Item 3 “*Muita da investigação disponível não é relevante para a minha prática profissional*”, quando comparados os dois grupos percebemos que os Enfermeiros apresentam maior score que os enfermeiros especialistas. O contrário se passa no Item 15 “*Sei como pesquisar informação baseada na evidência*”, que o maior score existe no grupo dos enfermeiros especialistas. Estes dados fazem sentido, porque os enfermeiros especialistas referem saber pesquisar informação baseada na evidência, e por outro lado também valorizam mais a relevância da investigação disponível para a sua prática.

O oposto se passa com o grupo dos enfermeiros, não valorizam a investigação disponível para a prática, daí apresentarem um score mais alto e referem mais dificuldade na pesquisa de informação baseada na evidência, apresentando neste ponto um score mais baixo.

Tabela 29. Testes estatísticos Variável Cargo ocupado

Teste	Valor	
	Item 1	Item 15
Mann-Whitney U	112,000	74,000
Wilcoxon W	365,000	327,000
Asymp. Sig. (2 tailed)	0,383	0,020
Exact Sig. (2*(1-tailed Sig.))	0,488 ^b	0,037 ^b

4.4. Discussão de Resultados

A discussão e análise dos resultados pretende compreender e dar resposta aos objetivos de investigação e será apresentada seguindo a ordem em que os resultados são descritos no capítulo anterior.

Os resultados discutidos foram considerados atendendo ao maior significado estatístico.

É finalidade deste estudo dar resposta à seguinte questão de investigação: *Quais as atitudes, barreiras com que os enfermeiros se deparam em relação a uma enfermagem baseada na evidência nos cuidados prestados à criança e família?*

Atendendo à questão de investigação e aos objetivos propostos iremos discutir os resultados obtidos.

Começando por analisar a estatística descritiva das variáveis sociodemográficas do nosso estudo, temos que fazer referência aos dados da Ordem dos Enfermeiros Portuguesa (OE), para perceber se a nossa amostra se aproxima ou não das características da globalidade dos Enfermeiros portugueses inscritos na OE (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

Em 2018 encontravam-se inscritos na OE 73912 enfermeiros, 24294 pertenciam à Secção Regional do Norte, sendo que 13175 são do género masculino (18%) e 60737 do género feminino (82%). A amostra do nosso estudo apresenta 94,1% do género feminino e 5,9% do género masculino, o que demonstra uma clara tendência para o género feminino estando este ponto de acordo com os dados da OE. A profissão de Enfermagem, desde a sua origem, sempre foi constituída por mais elementos do género feminino.

A idade dos Enfermeiros portugueses concentra-se entre os 32 e os 34 anos e a média de idades da nossa amostra é de 37,8, podendo perceber-se que se encontra muito próximo dos valores da OE.

Se formos comparar o número de enfermeiros de cuidados gerais com o número de enfermeiros especialistas, percebemos que em Portugal existem 55273 enfermeiros (78%) e 18682 enfermeiros especialistas (22%). Dentro dos especialistas, os enfermeiros especialistas em saúde infantil e pediátrica são apenas 2663 (14%).

A amostra do nosso estudo apresenta 65% de enfermeiros especialistas em saúde infantil e pediátrica e 35% de Enfermeiros de cuidados gerais.

Comparando os dados da amostra com os da OE, percebemos que o serviço onde foi realizado o estudo apresenta um score muito mais elevado relativamente ao número de especialistas. De 22% a nível nacional para 65% existentes no serviço do estudo.

Relativamente aos dados sociodemográficos para os quais temos estatísticas apresentadas pela OE, podemos referir que a nossa amostra está muito próxima relativamente ao género e idade do panorama nacional, mas está melhor posicionada e de forma muito significativa, relativamente ao número de Enfermeiros especialistas a área do estudo (Pediatria).

Comparando ainda os nossos resultados com outro estudo onde foi utilizado o mesmo instrumento, percebemos que segundo Pereira, et al. (2015), a percentagens de enfermeiros especialista é de 49,4%, inferior aos 65% da nossa amostra. Relativamente ao género 85,6% feminino (na nossa amostra 94,1) e na faixa etária compreendida entre os 31 e os 40 anos situava-se 46,3% da amostra (na nossa amostra 37,8 média de idades). A diferença mais significativa nestes dados refere-se á variável género, uma vez que o nosso estudo foi realizado num serviço de pediatria pode ser justificada pela predominância de elementos do género feminino nas equipas de enfermagem dos serviços de pediatria. O estudo de Pereira et al. (2015) foi realizado nos cuidados de saúde primários, onde a diferenciação de género das equipas de enfermagem não é tão evidente como nas pediatrias.

Salientamos que o QABPBE apenas foi utilizado pelos autores do estudo original (McKeena et al., 2004) e pelos autores (Pereira et al., 2015) que procederam à sua validação para a população portuguesa - QABPBE-26.

Para discussão dos restantes resultados começamos por procurar e analisar investigação já realizada em estudos onde tivessem utilizado instrumentos semelhantes.

Analisando as frequências relativas e absolutas dos 26 Itens do QABPBE – 26, podemos salientar os mais apoiados pelos nossos participantes.

O item 19 *“Deveria fazer mais formação sobre investigação”* e o item 23 *“Sinto-me mais confiante se alguém experiente em investigação me fornecesse informação relevante”*, ambos com uma percentagem de resposta de 70,6% no score 4 (Concordo) da escala de likert de 1 a 5 e o item 1 *“Sinto-me confiante na minha capacidade para avaliar a qualidade dos artigos de investigação”* com 67,7 dos inquiridos a responder no score 4 (Concordo).

Nos EUA foi realizado um estudo por Hart, Eaton, Buckner, Morrow, Barrett, Fraser, Hooks & Sharrer (2008), com a finalidade de avaliar as perceções face aos conhecimentos, atitudes e competência dos enfermeiros face à PBE e a utilização da investigação, os principais resultados vão de encontro aos obtidos no nosso estudo. Os autores referem que 58% dos enfermeiros manifestaram confiança na capacidade de avaliar e obter informações através da pesquisa, e no nosso estudo 67,7% dos inquiridos também referem esta confiança (Item 1). No mesmo estudo 59,8% referiam precisar de mais competências face à avaliação da sua pesquisa e através dos nossos resultados podemos perceber que esta ideia também é apoiada por 70,6% dos

enfermeiros (Item19). Relativamente à confiança sentida pelos enfermeiros na utilização do computador, apesar desta ideia não ser das mais apoiadas pelos participantes do nosso estudo (Item 12 com 58,8% no score 4), os nossos dados estão próximos com os do estudo que estamos a analisar onde 63,4% dos enfermeiros referiram estar confiantes de que tinham habilidades necessárias para realiza uma pesquisa de literatura com recurso a computador.

Kocaman, Seren, Lash, Kurt, Bengu & Yurumezoglu, investigaram em 2008 a perceção e identificação das barreias à utilização da investigação pelos enfermeiros. A principal conclusão a que os autores chegaram foi que os enfermeiros com atitude mais proactiva face à utilização da investigação assumiram que a dificuldade em interpretar os resultados da investigação e estar isolados de colegas com conhecimentos de pesquisa poderiam dificultar a PBE. Esta ideia apoia os dados que obtivemos no nosso estudo, onde 70,6% dos enfermeiros referem concordar (score 4) com o item 23 que salienta a maior confiança que os enfermeiros demonstram se alguém experiente lhes fornecer informação relevante.

Quando associamos as variáveis sociodemográficas (Idade, Experiência Profissional e Experiência Profissional no serviço) do estudo com cada um dos itens do QABPBE-26 podemos perceber qual o grau de associação que existe entre elas.

A variável Idade apresenta uma associação positiva com o item 5 “Acho que as chefias apoiam a utilização de uma PBE” (rsp 0,487, p=0,03). Este resultado demonstra que os enfermeiros com mais idade apoiam mais esta afirmação. Se analisarmos a tabela de frequências relativas e absolutas relativamente a este item, verificamos que 50% dos enfermeiros concordam (score 4) com esta ideia. Num estudo realizado por Koehn & Lehman (2008), onde se propuseram identificar preditores das barreias auto reportadas pelos enfermeiros à utilização de investigação na prática clinica, verificamos que ao contrário do nosso estudo onde 50% concorda que as chefias apoiam a PBE, os resultados que obtiveram demonstraram a insatisfação dos enfermeiros com o apoio das chefias na participação e envolvimentos em projetos de PBE.

Os dados que obtivemos no nosso estudo são apoiados por outros autores (Thompson, Chau & Lopez, 2006), onde num estudo realizado em Hong Kong com a finalidade de analisar as associações entre as barreias percecionadas e as características dos enfermeiros, foi concluído que como aspeto facilitador identificado para a utilização da PBE estava no encorajamento e suporte que tinham por parte dos gestores da sua organização.

Ainda relativamente à idade podemos realçar que esta variável apresenta uma associação negativa com o item 4, ou seja os enfermeiros mais novos apoiam mais a ideia de que é difícil aceder regularmente à biblioteca (rsp -0,347, p=0,045).

Mills & Field (2009), concluíram com o seu estudo realizado na Austrália, com o propósito de determinar a valorização das evidências e do conhecimento para a prática clínica entre enfermeiros, que os mais jovens eram mais propensos para se avaliarem como mais frequentadores e competentes no uso da biblioteca, internet para localizar evidências do que os enfermeiros mais velhos. Este estudo não apoia totalmente os resultados que obtivemos.

A variável Tempo de Experiência Profissional apresenta uma associação positiva com o item 5 (rsp 0,473, $p=0,003$) que se refere ao apoio das chefias na prática baseada na evidência. Tal como já foi discutido anteriormente esta variável está relacionada com a variável idade, porque de uma forma geral, os enfermeiros com mais idade apresentam mais tempo de experiência profissional. Ainda nesta variável encontramos uma associação positiva com o item 23 (rsp 0,335, $p=0,040$) onde referem sentir-se mais confiantes se alguém experiente em investigação fornecesse informação relevante. Também neste item 23 está de acordo com os dados obtidos na variável idade.

O Tempo de experiência profissional no serviço foi outra variável estudada em associação com os itens do QABPBE-26. Aqui encontramos uma correlação negativa com o item 3 (rsp -0,348, $p=0,044$) onde os enfermeiros mais novos apoiam mais a ideia que muita da informação disponível não é relevante para a sua prática profissional e com o item 4 (rsp -0,420, $p=0,013$) onde se remete para a dificuldade em aceder regularmente à biblioteca.

Encontramos uma associação positiva entre o Tempo de experiência profissional no serviço e o item 16 (rsp 0,353, $p=0,041$), logo os enfermeiros mais tempo de serviço concordam mais com a afirmação os recursos informáticos que dispõem no local de trabalho são adequados para pesquisa da literatura baseada na evidência. Os mais velhos no serviço também defendem mais a ideia de que as chefias apoiam a utilização da PBE – item 5 (rsp 0,380, $p=0,027$).

As barreiras à PBE foram mais percecionadas pelos enfermeiros com menor Idade, menor Experiência Profissional e menor Experiência Profissional no Serviço. Vários estudos encontraram resultados semelhantes aos nossos. Os autores do um estudo que tinha como finalidade avaliar barreiras à utilização da investigação por enfermeiros de uma comunidade realizado em 2012, concluiu que os enfermeiros iniciados e com menos experiência clínica percecionavam níveis mais elevados e um maior nível de barreiras à PBE, em contrapartida os enfermeiros mais velhos e mais experientes tendem a sobrevalorizar a PBE percecionada (Chien, Bai, Wong, Wang & Lu, 2012).

Para percebermos o comportamento das variáveis Habilitações Profissionais e Cargo ocupado no tratamento de dados dividimos os participantes em grupos independentes, tal como constava no questionário fornecido aos enfermeiros e é da mesma forma que iremos discutir os dados.

Na Variável Habilitações Profissionais: CPLEESIP, 64% dos enfermeiros da nossa amostra apresentam esta formação e existem diferenças significativas em alguns itens do QABPBE-26 e o ter ou não ter formação a nível do CPLEESIP. Os itens 1, 9, 15 e 16 apresentam diferenças significativas quando comparamos os grupos tem formação ou não tem formação no CPLEESIP, os que têm formação apresentam em todos os itens referidos scores superiores.

A maioria destes itens (1, 15 e 26) referem-se a afirmações facilitadoras de uma PBE, o que torna evidente que os enfermeiros que fazem formação na área da pediatria estão mais motivados para a implementação de uma PBE. No entanto no Item 9 os enfermeiros do grupo que tem formação em CPLEESIP têm scores mais elevados neste item, reconhecem do que é uma barreira à PBE a inexistência de incentivos para desenvolver as suas competências de investigação.

Relativamente ao item 3, também existe diferença significativa entre os grupos, mas o grupo que apresenta maior score é o que não tem formação em CPLEESIP. Este grupo admite que muita da investigação disponível não é relevante para a sua prática, encontrando aqui uma barreira à implementação da PBE. Neste ponto podemos perceber que a formação no CPLEESIP faz toda a diferença na maneira como os enfermeiros percecionam a importância da investigação como promotora de uma PBE quando comparados os 2 grupos.

No estudo já referido anteriormente (Chien et al., 2012), os resultados encontrados estão também de acordo com os nossos, onde é identificado como maior barreira a uma PBE o suporte organizacional diminuído, sendo esta barreira também identificada no nosso estudo pela análise dos resultados obtidos no grupo dos enfermeiros com CPLEESIP (Item 9). No mesmo estudo os autores também identificaram que níveis académicos inferiores percecionam níveis mais elevados e um maior número de barreiras à PBE. O grupo de Enfermeiros com o CPLEESIP entendem existir mais aspetos facilitadores da PBE quando comparados com o grupo que não tem o CPLEESIP.

Antes de analisarmos e discutirmos a variável cargo que ocupa, salientamos que foi considerado como exercendo cargo de Enfermeiro Especialista a todos os que viram reconhecidas as suas funções em Janeiro de 2018.

Na variável cargo que ocupa consideramos 2 grupos independentes: Enfermeiro e Enfermeiro Especialista.

Encontramos diferenças significativas entre estes 2 grupos nos itens 1 e 15. Quando comparamos o grupo dos Enfermeiros com o grupo dos Enfermeiros especialistas percebemos que os especialistas apoiam mais a ideia de que sabem pesquisar informação baseada na evidência (Item 15), o que também já era apoiado no grupo dos Enfermeiros que tinham

formação em CPLEESIP. Por outro lado, o grupo dos Enfermeiros defendem mais que o grupo dos especialistas que muita da investigação disponível não é relevante para a sua prática (Item 3).

Tal como demonstrado em outros estudos, também nós percecionamos que os Enfermeiros têm uma atitude positiva face à PBE, mas a sua implementação e adoção na prática ocorre muito lentamente não refletindo o positivismo e a vontade demonstrada pelos Enfermeiros. Este fenómeno leva uma necessidade de mudança de modelos/paradigmas e um maior investimento por parte dos Enfermeiros e das organizações onde estão inseridos. Para estes autores, verificou-se que para além dos conhecimentos exigidos em termos de PBE, também o investimento em grupos de trabalho sobre esta temática se assume como fundamental (Stokke, Olsen, Espehaug & Nortvedt, 2014). Para além desta ideia ser defendida por vários autores, também nós estamos totalmente de acordo atendendo aos resultados que obtivemos com este estudo. Torna-se também fundamental após se ter identificado as maiores barreiras à PBE no contexto do estudo que sejam adotadas medidas promotoras e facilitadores de cuidados de enfermagem baseados na evidência.

4.5.Limitações ao Estudo e Investigação Futura

Um projeto de investigação é naturalmente pautado por algumas limitações. A maior limitação que nos deparamos foi a transformação organizacional a que o serviço onde foi realizado o estudo foi sujeito. No decorrer deste projeto, e no espaço de apenas 6 meses, inúmeras mudanças existiram: estruturais e nos recursos humanos. Inicialmente este serviço era dividido em 3 áreas separadas com equipas de enfermagem distintas.

No momento da colheita de dados o serviço ficou dividido em 2 áreas tendo sido retirada parte da equipa de enfermagem. Tivemos que reestruturar novamente a colheita de dados. Atualmente o serviço encontra-se apenas com 1 única área.

Atendendo ao objetivo do estudo e a futura investigação que pretendemos fazer, era nossa intenção aplicar o instrumento de colheita de dados a todos os enfermeiros do serviço. Daí a necessidade de mudar estratégias (aplicamos o questionário uma segunda vez) para garantir o cumprimento do objetivo.

Foi importante que todos os enfermeiros que se encontram neste momento no serviço preenchessem o questionário, e apenas esses, porque este projeto será para ter continuidade e o rigor dos dados era fundamental.

Outra das limitações prende-se com o recurso a um instrumento de autoavaliação que pretende quantificar a perceção dos enfermeiros e que poderão ser inflacionados e contaminados pelo desejo social de fazer o correto.

Como investigação futura, os dados deste projeto serão fundamentais para o planeamento do projeto que se iniciou em Setembro de 2019 no Programa Doutoral em Investigação Clínica e Serviços de Saúde da Faculdade de Medicina do Porto, o qual pretendemos implementar um Modelo de PBE no mesmo serviço onde foi realizado este estudo e com os mesmos intervenientes.

Entre os dias 13 e 16 de Agosto decorreu o *14th International Family Nursing Conference* com o tema *Social Determinants of Family Health: Expanding Family Nursing Capacity* em Washington D.C.-USA, onde foram apresentados os dados deste estudo sob a forma de póster (Anexo V e VII). Os dados do estudo também foram apresentados no 9º Congresso da Associação Portuguesa de Enfermeiros Gestores e Liderança, que decorreu nos dias 17, 18 e 19 de Outubro de 2019 na Figueira do Foz. Elaborou-se um póster com comunicação oral do mesmo. (Anexos VI e VII).

Conclusão

Procuramos na nossa investigação estudar as atitudes e barreiras em relação a uma enfermagem baseada na evidência nos cuidados de enfermagem pediátricos e, a utilização do conhecimento proveniente da investigação aplicado à prática dos enfermeiros.

Com o instrumento QABPBE-26 que foi utilizado no estudo, verificamos que os enfermeiros têm atitudes claramente favoráveis à PBE, quer no ser impacto no desenvolvimento profissional quer na perceção dos benefícios à sua implementação. No entanto, entre os participantes do estudo salientamos a necessidade que manifestam em fazer formação para a utilização da investigação de forma mais eficaz, necessidade de existirem pessoas de referência nos contextos práticos com conhecimentos em Investigação para se sentirem mais confiantes e apoiados, e fazem ainda uma clara alusão à falta incentivos organizacionais, apenas reconhecendo na chefia direta apoio a esta prática.

Com os resultados da investigação, apercebemo-nos ainda da necessidade existente de um melhor suporte organizacional para a prática no sentido de criar um ambiente promotor de uma EBE. As escolas de Enfermagem poderão ter um papel importante neste sentido, dado que, pelos dados que obtivemos no estudo a formação especializada e pós-graduada sensibiliza os enfermeiros para a necessidade da implementação desta prática e ao mesmo tempo fornece conhecimentos e ferramentas para a sua utilização.

É também fundamental que ao nível das instituições governamentais, gestores das organizações, chefias de topo ou intermédias ofereçam as condições necessárias para apoiar e promover a PBE.

Uma visão para a prática baseada em evidências Instituições de saúde com programas de sucesso da EBP começam com uma visão e um entendimento das metas a serem cumpridas. Uma visão clara dá substância às ações necessárias para transformar um ambiente de saúde num ambiente de PBE.

Ficou claro com a revisão da literatura que apresentamos na Parte I do trabalho que razões para transformar uma cultura de clínica num ambiente EBP são inúmeras, dependendo do tipo de cenário e sua missão.

É importante o desenvolvimento da tomada de decisão na educação dos enfermeiros, para que estes tenham a perceção do seu conhecimento no seu quotidiano profissional. A tomada de decisão deve ser baseada no conhecimento da melhor evidência científica existente.

Chegados ao fim deste trabalho, sentimos que podemos e devemos ser os agentes de mudança que estes profissionais “pediram”. Atendendo à vontade dos investigadores e a que foi

interpretada através das respostas dos nossos participantes, este trabalho terá continuidade a nível do Programa Doutoral em Investigação Clínica e em Serviços de Saúde da Faculdade de Medicina do Porto que se iniciou em Setembro de 2019 e onde foi apresentado e proposto o seguimento deste estudo, no sentido de o operacionalizar com o implementação de um Modelo de PBE.

Referencias Bibliográficas

Abraham, M. & Moretz, J. (2012). Implementing patient and family centered care: Part I – Understanding the challenges. *Pediatric Nursing*, 38(1), 44-47.

Aiken, L., Dahlberuch, J. & Todd, B. (2018). The Graduate Nurse Education Demonstration – Implications for Medicare Policy. *The New England Journal of Medicine*, p.2360-2364

Aiken L., Clarke S., & Sloane D. (2000) Hospital restructuring: does it adversely affect care and outcomes?. *Journal Nursing Administration*, 30, 457– 465.

Andrade, M. (2006). *Introdução à Metodologia do Trabalho Científico (7a Edição ed.)*. São Paulo: Atlas.

Barros, A., & Lehfled, N. (2007). *Fundamentos de Metodologia Científica*. Lisboa: Pearson 3ª Edição

Boley, P., & Whitney, K. (2003). Grade disputes: Considerations for nursing faculty. *Journal of Nursing Education*, 42(5), 198–203.

Bowling, A. (1998). *Research methods in health*. Buckingham: Open University Press.

Canadian Nurses Association (CNA). (2004). *Achieving excellence in professional practice: A guide to preceptorship and mentoring*. [Consultado em 18 de maio de 2019]. Disponível em: https://www.cna-aiic.ca/~media/cna/page-content/pdf-en/achieving_excellence_2004_e.pdf?la=en

Canadian Nurses Association (CNA). (2015). *RN and Baccalaureate Education*. [Consultado em 30 de maio de 2019] Disponível em: <https://www.cna-aiic.ca/%20en/becoming-an-rn/education/rn-baccalaureate-education>.

Canadian Health Services Research Foundation. (2005). *Conceptualizing and combining evidence for health system guidance*. [Consultado em 18 de maio de 2019]. Disponível em: http://www.cfhi-fcass.ca/migrated/pdf/insightAction/evidence_e.pdf

Canadian Nurses Association (CNA). (2004). Achieving excellence in professional practice: A guide to preceptorship and mentoring. [Consultado em 4 de junho de 2019]. Disponível em: https://www.cna-aiic.ca/~media/cna/page-content/pdf-en/achieving_excellence_2004_e.pdf?la=en

Casey, A., & Mobbs, S. (1988). Partnership in practice. *Nursing Times*. Vol. 84, nº 4, p. 67-68

Connolly, A., & Wilson, J. (2008). Revitalizing academic–service partnerships to resolve nursing faculty shortages. *AACN Advanced Critical Care*, 19(1), 85–97.

Chien, W., Bai, Q., Wong, W., Wang, H., & Lu, X. (2012). Nurses Perceived Barriers to and Facilitators of Research Utilization in Mainland China: A Cross-Sectional Survey. *The Open Nursing Journal*, 7, 96-106.

Davies, B., Edwards, N., Ploeg, J., Virani, T., Skelly, J., & Dobbins, M. (2006). Determinants of the sustained use of research evidence in nursing: Final report. Ottawa, ON, Canada: Canadian Health Services Research Foundation & Canadian Institutes for Health Research.

DiCenso, A., Guyatt, G., & Ciliska, D. (2005). Evidence-based nursing – a guide to clinical practice. St. Louis: Mosby.

Domenico, E., & Ide, C. (2003). Enfermagem Baseada em evidências: Princípios e aplicabilidades. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 11(1), 115-118.

Field, M. & Lohr, K. (1990). *Clinical Practice Guidelines: Directions for a New Program*. Institute of Medicine (US) Committee to Advise the Public Health Service on Clinical Practice Guidelines, National Academies Press.

Fein, I., & Corrato, R. (2008). Clinical practice guidelines: Culture eats strategy for breakfast, lunch, and dinner. *Critical Care Medicine*, 36(4), 1360-1361.

Fineout-Overholt, E., Melnyk, B. & Schultz, A. (2005). Transforming health care from the inside out: Advancing evidence-based practice in the 21st century. *Journal of Professional Nursing*, 21(6), 335-344.

Fortin, M. (1999). *O Processo de Investigação: Da conceptualização á realização*. Loures: Lusociência.

Fortin, M. (2009). Fundamentos e etapas do processo de investigação (1a ed.). Loures: Lusodidacta.

Galvão, M. (2002). A prática baseada em evidências: uma contribuição para a melhoria da assistência de enfermagem perioperatória. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. 114 p.

Galvão, C. & Sawada, O. (2013). Prática baseada em evidências: estratégias para a sua implementação na enfermagem. Revista Brasileira de Enfermagem [em linha]. 56:1 (2003) 57-60. [Consultado em 4 de agosto de 2019]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v56n1/a12v56n1>

Galvão, M., Sawada, O. & Mendes, A. (2013). A busca das melhores evidências. Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo [em linha]. 37:4 (2003) 43-50. [Consultado em 4 de Agosto de 2019]. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/reensp/v37n4/05.pdf>

Gottlieb, L., & Feely, N. (2005). The collaborative partnership approach to care: a delicate balance. Toronto: Elsevier Canada.

Graham, I, Tetroe, J. & the KT Theories Research Group. (2007). Some theoretical underpinnings of knowledge translation. Academic Emergency Medicine,14(11), 936–941.

Hart, P., Eaton, L., Morrow, B., Barret, D., Fraser, D., Hooks, D., & Sharrer, R. (2008). Effectiveness of a computer-based educational program on nurses' knowledge, attitude, and skill level related to evidence-based practice. World Evidence Based Nursing. 5(2), 75-84

Hofler, L. D. (2008). Nursing education and transition to the work environment: A synthesis of national reports. The Journal of Nursing Education, 47(1), 5–12.

Hockenberry, M., Walden, M., Brown, T., & Barrera, P. (2007). Creating an evidence-based practice environment: One Hospital journey. Journal of Nursing Care Quality, 22(3), 221-231.

Hockenberry, M., Wilson, D. & Barrera, P. (2006). Implementing evidence-based practice in a pediatric hospital. Pediatric Nursing, 32(4), 371-377.

Kim, H. (2010). *The Nature of Theoretical Thinking in Nursing*. 13a ed. New York: Spring Publishing Company, 340.

Kocaman, G., Seren, S., Lash, A., Kurt, S., Bengu N., & Yurumezoglu, H. (2008). Barriers to research utilization by staff nurses in university hospital. *Journal of Clinical Nursing*, 19(13-14), 08-18

Koehn, L., Lehman, K. (2008). Nurses perceptions of evidence-based nursing practice. *Journal of Advanced Nursing*, 62(2), 209-15

Perovano, D. (2016). *Manual de metodologia da pesquisa científica*. Curitiba: Editora intersaberes.

Marcono, M. & Lakatos, E. (2010). *Fundamentos de Metodologia Científica*. São Paulo: Atlas 8ª Edição

Marocco, J. & Garcia-Marques, T. (2006). Qual a fiabilidade do alfa de Cronbach? Questões antigas e soluções modernas? [Consultado em 20 de junho de 2019]. Disponível em: <http://repositorio.ispa.pt/handle/10400.12/133>

Maroco, J. (2007). *Análise estatística: com utilização do SPSS (3ª ed.)*. Lisboa: Sílabo.

McGinty, J. & Anderson, G. (2008). Predictors of physician compliance with American Heart Association Guidelines for acute myocardial infarction. *Critical Care Nursing Quarterly*, 31(2), 161-172.

Mckenna, H., Ashton, S. & Keeney, S. (2004) Barriers to evidence-based practice in primary care. *Journal of Advanced Nursing*, 45(2), 178-189.

Melnyk, M. (2007). The evidence-based practice mentor. A promising strategy for implementing and sustaining EBP in healthcare systems. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 4(3), 123-125

Melnyk, B. & Freinstein, N. (2001). Mediating functions of maternal anxiety and participation in care on young childrens posthospital adjustment. *Research in Nursing & Health* 24, 18-26

Melnyk, B. & Fineout-Overholt, E. (2002). Putting research into practice. Reflections on Nursing Leadership, 28, 22-25

Melnyk, B. & Fineout-Overholt, E. (2005b). Outcomes and implementation strategies from the first U.S. Evidence-Based Nursing, 2, 185-193

Melnyk, B., Fineout-Overholt, E. & Mays, M. (2008). The evidence-based practice beliefs and implementation scales: psychometric properties of two new instruments. Worldviews on Evidence-Based Nursing, 5(4), 208-16

Mendes, G. (2010). Enfermeiros e pais em parceria na construção do bem-estar da família. In. Ebook III simpósio internacional de enfermagem de família (72-83). ESEP: Redes de conhecimento em enfermagem de família.

Mills, J. & Field, J. (2009). The Place of Knowledge and Evidence in the context of Australian General Practice Nursing. Worldviews on Evidence-Based Nursing.

Monaghan, T. (2015). A critical analysis of the literature and theoretical perspectives on theory-practice gap amongst newly qualified nurses within the United Kingdom. Nurse Education Today, 35, e1-e7.

Morais, C. M. (2005). Escalas de medidas, estatística descritiva e inferência estatística. Escola Superior de Educação-Instituto Politécnico de Bragança [Consultado em 20 de junho de 2019]. Disponível em: <https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/7325/1/estdescr.pdf>

National League for Nursing (NLN). (2007). Position statement: The need for funding for nursing education research. [Consultado em 12 de junho de 2019]. Disponível em: http://www.nln.org/docs/default-source/about/archived-position-statements/nursingedresearch_051807.pdf?sfvrsn=6

Newhouse, R., Dearholt, S., Poe, S., Pugh, L., & With, K. (2007). Organizational change strategies for evidence-based practice. Journal of Nursing Administration, 37(12), 552-557.

Oliveira, S., Vinha, J., Correia, M. & Morato, L. (1995). O escutar na Relação e Ajuda em: Enfermagem em Foco-SEP. N.º 20, Agosto/Outubro. Ano V. p. 30-31.

Oman, K., Duran, C., & Fink, R. (2008). Evidence-based policy and procedures: An algorithm for success. *Journal of Nursing Administration*, 38(1), 47-51.

Ordem dos Enfermeiros. (2018). Estatística dos Enfermeiros. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. [Consultado em 28 de outubro de 2019]. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/sala-de-imprensa/estat%C3%A9stica-de-enfermeiros/>

Ordem dos Enfermeiros (2017). Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Leiria: OE. [Consultado em 28 de setembro de 2019]. Disponível em https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5683/ponto-2_padroesqualidcuidesip.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2010). Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem. Lisboa: OE.

Ordem dos Enfermeiros (2010). Comissão de Especialidade de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica – Guias orientadores de boa prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Vol. 1

Palmer, S., Cox, A. H., Callister, A., Johnsen, V., & Matsumara, G. (2005). Nursing education and service collaboration: Making a difference in the clinical learning environment. *The Journal of Continuing Education in Nursing*, 36(6), 271–276.

Pereira, R., Cardoso, M., Martins, M., Martins, T., Figueiredo, M. & Carneiro, A. (2015) Validação Da Versão Portuguesa Do Questionário De Atitudes E Barreiras Em Relação À Prática Baseada Na Evidência. *Revista Evidentia* 2015 ene- mar; 12(49).

Pfeffer, J., & Sutton, R. (2002). Evidence-based management and trustworthiness of our cumulative scientific knowledge: Implications for teaching, research, and practice. *Academy of Management Learning and Education*, 13(3), 446-466.

Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). (2012). Toolkit: Implementation of best practice guidelines (2nd ed.). Toronto.

Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). (2013). Developing and sustaining interprofessional health care: Optimizing patient, organizational, and systems outcomes. Toronto.

Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). (2014). ECCO: Enhancing community care for Ontarians (2nd ed.). Toronto.

Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro. Diário da República - 2.ª série N.º 26 (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Ordem dos Enfermeiros. [Consultado em 28 de agosto de 2019]. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>

Regulamento n.º 422/2018 de 12 de julho. Diário da República - 2.ª série N.º 133 (2018). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Ordem dos Enfermeiros. [Consultado em 8 de setembro de 2019]. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8349/1919219194.pdf>

Schardt, C., Adams, M. B., Owens, T., Keitz, S., & Fontelo, P. (2007). Utilization of the PICO framework to improve searching PubMed for clinical questions. *BMC Medical Informatics and Decision Making*, 7(16), 1–6

Stokke, K., Olsen, N., Espehaug, B. & Nortvedt, M. (2014). Evidence based practice beliefs and implementation nurses: a cross-sectional study. *BMC Nursing*, 13(1), 13-18.

Schumacher, K., & Meleis, A. I. (1994). Transitions: A central concept in nursing. *Journal of Nursing Scholarship*, 26(2), 119–127.

Thompson, D., Chau, J., & Lopez, V. (2006). Barriers to, facilitators of, research utilization: a survey of Hong Kong registered nurses. *International Journal of Evidence- Based Healthcare*.

Young, J. [et al.] (2006) - Negotiation of care for a hospitalized child: parental perspectives. *Neonatal, Pediatric and Child Health Nursing*. Vol. 9, nº 2, p. 4-13.

Vergara, C. (2005). *Projetos e Relatórios de Pesquisa em Administração*. São Paulo: Atlas.

Vilelas, J., & Basto, M. L. (2011). Validação para a língua portuguesa da escala de Funk et al. – “Barreiras à Utilização da Investigação”. *Pensar Enfermagem*, 15(1), 25-38.

Anexos

Anexo I - Questionário de Atitudes e Barreiras em relação à Prática Baseada na Evidência
(QABPBE-26)

Cânia Patrícia Martins Basto Torres
caniabasto@gmail.com

Sr(a). Enfermeiro(a),

Existe uma preocupação crescente por uma Prática Baseada na Evidência (PBE), havendo uma melhoria clara dos resultados, um incremento da qualidade e uma redução dos custos. Sendo claro que o contexto organizacional influencia o suporte e atitudes perante a PBE, é enfatizada a importância da mudança nas organizações de saúde (nomeadamente política), de forma a garantir a implementação e promoção de uma PBE, nestes sistemas profissionais complexos, nomeadamente na intervenção sobre fatores modificáveis.

Através da revisão da literatura acerca da temática em estudo, foi notório que a prática clínica dos enfermeiros beneficia quando sustentada pelo conhecimento e evidência científica. É uma realidade que as barreiras existentes nos contextos práticos dificultam a sua operacionalização, o que leva à necessidade de desenvolver mecanismos que permitam consolidar na prática a evidência científica. Assim, com este estudo, que faz parte de um estudo mais abrangente, propomo-nos a dar resposta à seguinte questão de partida: *“Será que as **atitudes e barreiras** dos enfermeiros em relação a uma **enfermagem baseada na evidência** nos cuidados prestados à criança e família condicionam a sua implementação?”*

Este questionário é constituído por duas partes, com um tempo médio de preenchimento de 5 minutos: caracterização sócio-demográfica, e “Questionário de Atitudes e Barreiras em relação à Prática Baseada na Evidência – 26 itens”. Este instrumento foi previamente validado para a população portuguesa, pelo que segue a respetiva formatação, de acordo com as orientações seguidas aquando desse processo.

Assim, para o desenvolvimento deste estudo, contamos com a sua participação, sendo garantido o anonimato, podendo desistir a qualquer momento, sem qualquer penalização. Salientamos que os resultados serão disponibilizados após a apresentação do estudo à comunidade científica. A vossa colaboração é fundamental para que possamos levar a cabo este trabalho, pelo que agradecemos a vossa participação.

PARTE I: CARATERIZAÇÃO SÓCIO-DEMOGRÁFICA

As perguntas seguintes destinam-se a caraterizar sócio-demograficamente a amostra, solicitando-se que responda com **X** ou **✓** nos quadrados correspondentes à sua opção e com resposta numérica quando tal for solicitado.

1. **Idade:** _____ Anos

2. **Sexo:** Masculino Feminino

3. **Estado civil:** Solteiro(a) Casado(a)/ União de facto Separado(a) Viúvo(a)

4. **Habilitações Académicas:** Bacharelato Licenciatura

Mestrado Qual? _____

Doutoramento Qual? _____

5. **Habilitações Profissionais**

Curso Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem

Se sim, qual? _____

Curso de Pós-Graduação

Se sim, qual(is)?

6. **Tempo de exercício Profissional** _____ anos _____ meses

7. **Local exercício profissional (nesta Unidade de Saúde):** _____

8. **Tempo exercício profissional no local acima enunciado:** _____ anos _____ meses

9. **Cargo que ocupa:** Enfermeiro especialista Enfermeiro

10. **Relativamente a formação contínua, frequentou formação(ões) nas áreas em estudo** (para além das, eventualmente incluídas nas questões 4 e 5)?:

Prática Baseada na Evidência Metodologia e implementação de projetos Investigação Gestão

PARTE II: INSTRUMENTO DE ATITUDES E BARREIRAS EM RELAÇÃO À PRÁTICA BASEADA NA EVIDÊNCIA¹

Quando estiver a ponderar em cada uma das questões, pense no seu presente contexto de trabalho. Reflita em como se sente em relação a cada questão, pois o que nos interessa são as suas opiniões. Por favor responda a todas as questões. Faça um círculo na resposta que acha que mais se aplica, usando a seguinte <u>Escala de Classificação</u> : 1 = Discordo Totalmente; 2 = Discordo; 3 = Não tenho a certeza; 4 = Concordo; 5 = Concordo Totalmente		Discordo Totalmente	Discordo	Não Tenho a Certeza	Concordo	Concordo Totalmente
1	Sinto-me confiante na minha capacidade para avaliar a qualidade dos artigos de investigação.	1	2	3	4	5
2	Creio que a aplicação da investigação à prática depende, até certo ponto, de quanto é que isso vai custar.	1	2	3	4	5
3	Muita da investigação disponível não é relevante para a minha prática profissional.	1	2	3	4	5
4	Acho difícil aceder regularmente à biblioteca mais próxima.	1	2	3	4	5
5	Acho que as chefias apoiam a utilização de Prática Baseada na Evidência.	1	2	3	4	5
6	Acho que a investigação disponível especifica para a minha área de trabalho é de fraca qualidade.	1	2	3	4	5
7	Acho que os artigos de investigação são de fácil compreensão.	1	2	3	4	5
8	Sinto que há benefícios em alterar a minha prática, com base na investigação.	1	2	3	4	5
9	Não há incentivos para desenvolver as minhas competências de investigação, para utilização na prática clínica.	1	2	3	4	5
10	Tenho dificuldade em contactar colegas com conhecimentos, para discutir resultados da investigação.	1	2	3	4	5
11	Acho que a adesão dos clientes é um fator fundamental na utilização da evidência.	1	2	3	4	5
12	Sinto confiança em utilizar o computador para pesquisar informação baseada na evidência.	1	2	3	4	5
13	Acho avassaladora a quantidade de literatura de investigação.	1	2	3	4	5
14	Acho difícil manter-me a par de todas as mudanças que acontecem presentemente no meu contexto de trabalho.	1	2	3	4	5

15	Sei como pesquisar informação baseada na evidência.	1	2	3	4	5
16	Os recursos informáticos de que disponho no local de trabalho são adequados para pesquisar literatura baseada na evidência.	1	2	3	4	5
17	Acho difícil influenciar a mudança na prática clínica no meu contexto de trabalho.	1	2	3	4	5
18	Tenho constatado que a literatura de investigação por vezes reporta resultados contraditórios.	1	2	3	4	5
19	Creio que deveria fazer formação para me ajudar a utilizar a investigação eficazmente.	1	2	3	4	5
20	Não há dinheiro suficiente para financiar investigação sobre cuidados de saúde.	1	2	3	4	5
21	Constato que as limitações de tempo impedem que a prática baseada na evidência, seja usada eficazmente no meu exercício clínico.	1	2	3	4	5
22	Acredito nos resultados da investigação que leio.	1	2	3	4	5
23	Sentir-me-ia mais confiante se alguém experiente em investigação me fornecesse investigação relevante.	1	2	3	4	5
24	Os meus colegas apoiam a aplicação da investigação relevante na prática.	1	2	3	4	5
25	Frequentemente, os resultados da investigação não são facilmente transferíveis para a minha prática clínica.	1	2	3	4	5
26	Implementar práticas baseadas na evidência trará benefícios para o meu desenvolvimento profissional.	1	2	3	4	5

Terminou o preenchimento deste questionário.

Obrigado pela colaboração.

Caso pretenda conhecer os resultados deste estudo, poderá entrar em contato através do endereço de correio eletrónico caniabasto@gmail.com

¹ Versão original de Mckenna, H., Ashton, S., & Keeney, S. (2004). Barriers to evidence-based practice in primary care. *Journal of Advanced Nursing*, 2004; 45 (2): 178-89.

Versão traduzida e validada para Portugal por Pereira, R., Cardoso, M., Martins, M., Martins, T., Figueiredo, M., & Carneiro, A., (2015) Validação da Versão Portuguesa do Questionário de Atitudes e Barreiras em relação à Prática Baseada na Evidência. *Revista EVIDENTIA 2015 ENE- MAR*; 12(49).

Anexo II - Autorização dos autores do QABPBE-26

Cania Torres <caniabasto@gmail.com>
para ruipereira, ymendes, Maria ▾

seg, 25 de fev 21:34 ☆ ↶ ⋮

Exmo. Prof. Doutor Rui Pereira,

Encontro-me no momento a realizar um trabalho de investigação, com o tema "Enfermagem Baseada na Evidência nos Cuidados Prestados à Criança e Família: Atitudes e Barreiras", para conclusão do Grau de Mestre em Gestão das Organizações: Especialização Serviço de saúde.

De referir que este trabalho será para previsivelmente ter continuidade em contexto de doutoramento em Enfermagem.

Neste sentido, os meus orientadores são o Mestre Francisco Mendes (CHUSJ) e a Prof.^a Dr.^a Maria do Céu Barbieri (ESEP/ICBAS).

Assim sendo, tive conhecimento do seu trabalho de validação da escala QABPBE, publicada na revista "EVIDENTIA" 2015 ENE;12(49), venho por este meio solicitar autorização para a utilização da versão Portuguesa do QABPBE (Pereira, Cardoso, Martins, Figueiredo & Carneiro, 2015).

Grata pela sua atenção e colaboração,

Cânia Torres

Rui Pedro Gomes Pereira <ruipereira@ese.uminho.pt>
para eu, ymendes@hotmail.com, Maria ▾

ter, 26 de fev 11:26 ☆ ↶ ⋮

Cara Cânia Torres,

Relativamente ao pedido efetuado para a utilização da versão portuguesa do QABPBE-26, fica desde já autorizado.

Neste contexto, solicitamos que em futuras publicações e outras divulgações de caráter científico, se faça referência aos autores e à versão original do questionário, bem como aos autores e à versão portuguesa.

Agradecemos ainda que nos sejam reportados os resultados obtidos nos estudos futuros que desenvolver tendo por base este instrumento.

Estamos ao inteiro dispor para o que entender necessário.

Aproveito para endereçar uma saudação particular à estimada Prof.^a Maria do Céu e um abraço ao Enf.^o Francisco Mendes, expressando votos de que esteja tudo bem com ambos.

Votos de bom trabalho e cordiais saudações académicas.

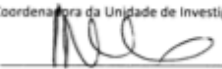
Pelos autores,


Rui Pereira



RN, PHN, COHN, MSc, PhD

Anexo III - Autorização da Comissão de Ética para realização do estudo

Unidade de Investigação
Tomei conhecimento. Nada a opor.
25 de Março de 2019
A Coordenadora da Unidade de Investigação

(Prof.ª Doutora Ana Azevedo)

DIRECÇÃO CLÍNICA
Aprovado. Ao CA  26 3 2019
(Prof.ª Doutora Ana Azevedo)



n.º 74 / 19

Considerando os pareceres favoráveis da Comissão de Ética e da Unidade de Investigação do Centro



PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO
Realização de Investigação

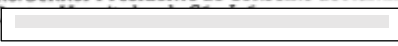
Presidente do Conselho de Administração
Prof. Doutor José Afonso Paes 

Enfermeira Diretora
Enfermeira Filomena Cardoso 

Vigil Executivo
Dr. Renato Garrido Matos 

Vigil Executivo
Dr. Luís Porto Gomes 

Em conformidade com o Regulamento de Gestão Clínica e de Atividades de Competência Especial
na Habilitação do Conselho de Administração de 20 de Setembro de 2019.

Exmo. Senhor Presidente do Conselho de Administração
do 

Nome do Investigador Principal:

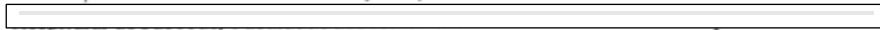
Cânia Patrícia Martins Basto Torres
Título da Investigação:

**Enfermagem Baseada na Evidência nos Cuidados Prestados à
Criança e Família: Atitudes e Barreiras**

Pretendo realizar no(s) Serviço(s) de:

Pediatria Médica
a investigação em epígrafe, solicito a V. Exa., na qualidade de Investigador/Promotor, autorização para a sua efetivação.

Para o efeito, anexo toda a documentação referida no dossier da Comissão de Ética do Centro

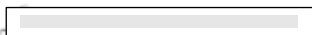


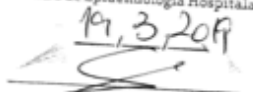
à qual enderecei pedido de apreciação e parecer.

Com os melhores cumprimentos.

O Investigador/Promotor

Porto, 25 de Fevereiro de 2019. Cânia Patrícia Martins Basto Torres
assinatura



Enfermagem Hospitalar

19, 3, 2019

CES-UMIG-9

Parecer da Comissão de Ética para a Saúde do

Título do Projecto: Enfermagem baseada na evidência nos cuidados prestados à criança e família: atitudes e barreiras

Nome da Investigadora Principal: Enf.ª Cânia Patrícia Martins Basto Torres

Onde decorre o Estudo: No Serviço de Pediatria Médica. Dispõe de autorização do Prof. Doutor Manuel Fontoura, e concordância do Enf.º Francisco Mendes, que também é o orientador.

Objectivos do Estudo:

Este trabalho de investigação tem como principais objectivos:

- Identificar barreiras à implementação da prática baseada na evidência;
- Identificar as atitudes dos enfermeiros relativamente à implementação prática baseada na evidência;
- Estabelecer a relação entre as atitudes e as barreiras que os enfermeiros identificam acerca da enfermagem baseada na evidência no cuidado prestado à criança e família;
- Apresentar sugestões de melhoria colectiva que beneficiem a implementação de um modelo de enfermagem baseada na evidência no cuidado prestado à criança e família.

Estudo realizado no âmbito do Mestrado em Gestão das Organizações, da Associação de Politécnicos do Norte, sob orientação do Mestre Francisco José Madeira Mendes e da Prof.ª Doutora Maria do Céu Barbieri Figueiredo.

Concepção e Pertinência do estudo:

A pertinência do estudo, assenta no facto de que de acordo com a literatura a prática de enfermagem beneficia quando sustentada pelo conhecimento e evidência científica. A OMS em 2017, publicou um relatório: "facilitando a prática baseada em evidências em enfermagem e obstetrícia na Região Europeia da OMS". Segundo este relatório da OMS, é imperativo que os países da Região Europeia da OMS considerem os benefícios desta prática, e se concentrem na melhoria contínua na qualidade do atendimento. É também uma realidade que as barreiras existentes nos contextos práticos dificultam a sua operacionalização, o que leva à necessidade de desenvolver mecanismos que permitam consolidar na prática a evidência científica.

Assim, face ao referido e objetivos delineados, a investigadora propõe-se desenvolver um estudo descritivo correlacional, quantitativo, numa amostra constituída por enfermeiros do Serviço de Pediatria Médica Do CHUSJ/EPE. Estão definidos critérios de inclusão e exclusão.

A recolha de dados será efetuada através do: "Questionário de Atitudes e Barreiras em Relação à Prática Baseada na Evidência", versão portuguesa.

Benefício/risco:

Não se prevêem riscos ou incómodos.

Confidencialidade dos dados:

Não existirá em nenhum momento uma identificação específica dos participantes.

Respeito pela liberdade e autonomia do sujeito de ensaio:

Dispõe de uma adequada informação para o participante e modelo de consentimento informado



Curriculum da investigadora: Adequado à investigação.

Data previsível da conclusão do estudo: Abril de 2019

Conclusão: Proponho um parecer favorável à realização deste projecto de investigação.

Porto, 15 de março de 2019

O Relator da CES,

A handwritten signature in black ink, appearing to read "Henri", with a horizontal line underneath.

Questionário para submissão de Investigação

Exmo. Sr. Presidente da Comissão de Ética

Pretendendo realizar a investigação infracitada, solicito a V. Exa., na qualidade de Investigador, a sua apreciação e a elaboração do respetivo parecer. Para o efeito, anexo toda a documentação requerida.

IDENTIFICAÇÃO DO ESTUDO

Título da Investigação: Enfermagem Baseada na Evidência nos Cuidados Prestados à Criança e Família: Atitudes e Barreiras

Nome do investigador: Cânia Patricia Martins Basto Torres

Endereço eletrónico: caniabasto@gmail.com

Contacto telefónico: 939153120

Caracterização da investigação:

 Estudo retrospectivo Estudo observacional Estudo prospetivo Inquérito Outro. Qual? _____

Tipo de investigação:

 Com intervenção Sem intervençãoFormação do investigador em boas práticas clínicas (GCP): Sim Não

Promotor (se aplicável): _____

Nome do orientador de dissertação/tese (se aplicável): Mestre Francisco José Mendes e Profª Drª Maria do Céu Barbieri

Endereço eletrónico: _____

Local/locais onde se realiza a investigação: Pediatria Médica

Data prevista para início: 1 / 4 / 19

Data prevista para o término: 30 / 4 / 19

PROTOCOLO DO ESTUDO

Síntese dos objetivos:

- Identificar barreiras à implementação da prática baseada na evidência;
- Identificar as atitudes dos enfermeiros relativamente à implementação prática baseada na evidência;
- Estabelecer a relação entre as atitudes e as barreiras que os enfermeiros identificam acerca da enfermagem baseada na evidência no cuidado prestado à criança e família;
- Apresentar sugestões de melhoria coletiva que beneficiem a implementação de um modelo de enfermagem baseada na evidência no cuidado prestado à criança e família.

Fundamentação ética (ganhos em conhecimento/ inovação; ponderação benefícios/riscos):

A Organização Mundial da Saúde (OMS), publicou em 2017 um Relatório intitulado de: "Facilitando a prática baseada em evidências em enfermagem e obstetria na Região Europeia da OMS", o que permite reforçar a pertinência do tema que se pretende investigar, e que vai de encontro precisamente à preocupação demonstrada por esta organização. Ainda de acordo com este relatório da OMS, pode-se afirmar a existência de inúmeros estudos já realizados, e que procuram descrever os benefícios de uma prática baseada na evidência na tomada de decisão nos sistemas de saúde. É imperativo que os países da Região Europeia da Organização Mundial da Saúde considerem os benefícios desta prática, e se concentrem na melhoria contínua na qualidade do atendimento (WHO, 2017).

Através da revisão da literatura acerca da temática em estudo, foi notório que a prática clínica dos enfermeiros beneficia quando sustentada pelo conhecimento e evidência científica.

É uma realidade que as barreiras existentes nos contextos práticos dificultam a sua operacionalização, o que leva à necessidade de desenvolver mecanismos que permitam consolidar na prática a evidência científica.

CONFIDENCIALIDADE

De que forma é garantida a anonimização dos dados recolhidos de toda a informação?

Não existirá em nenhum momento identificação específica dos participantes no estudo.

O investigador necessita ter acesso a dados do processo clínico? Sim Não

Está previsto o registo de imagem ou som dos participantes? Sim Não

Se sim, está prevista a destruição deste registo após o sua utilização? Sim Não

CONSENTIMENTO

O estudo implica recrutamento de:

Doentes: Sim Não Voluntários saudáveis: Sim Não

Menores de 18 anos: Sim Não

Outras pessoas sem capacidade do exercício de autonomia: Sim Não

A investigação prevê a obtenção de Consentimento Informado: Sim Não

Se não, referir qual o fundamento para a isenção:

Existe informação escrita aos participantes: Sim Não

PROPRIEDADE DOS DADOS

A investigação e os seus resultados são propriedade intelectual de:

Investigador Promotor Ambos Serviço onde é realizado

Não aplicável

Outro: _____

BENEFÍCIOS, RISCOS E CONTRAPARTIDAS PARA OS PARTICIPANTES

Benefícios previsíveis:

Este, é um fenómeno complexo, e se por um lado se torna difícil provar relações causais diretas, entre a prática baseada na evidência e os ganhos em saúde, por outro, tem o potencial de melhorar a qualidade dos cuidados e produzir benefícios para os doentes, enfermeiros e o sistema de saúde.

Riscos/incómodos previsíveis:

Não se prevê qualquer risco ou incómodos.

São dadas contrapartidas aos participantes:

- pela participação Sim Não Não aplicável

- pelas deslocações Sim Não Não aplicável

- pelas faltas ao emprego Sim Não Não aplicável

- por outras perdas e danos Sim Não Não aplicável

CUSTOS / PLANO FINANCEIRO

Os custos da investigação são suportados por:

Investigador Promotor Serviço onde é realizado

Não aplicável

Outro: _____

Existe protocolo financeiro? Sim Não

LISTA DE DOCUMENTOS ANEXOS

- Pedido de autorização ao Presidente do Conselho de Administração do Centro Hospitalar de São João (se aplicável)
- Pedido de autorização à Diretora da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto (se aplicável)
- Protocolo do estudo
- Declaração do Diretor de Serviço onde decorre o estudo
(sendo um estudo na área de enfermagem deve anexar também a concordância da chefia de enfermagem)
- Profissional de ligação
- Informação dos orientadores
- Informação ao participante
- Modelo de consentimento
- Instrumentos a utilizar (inquéritos, questionários, escalas, p.ex.): _____
- Curriculum Vitae abreviado (máx. 3 páginas)
- Protocolo financeiro
- Outros:

COMPROMISSO DE HONRA E DECLARAÇÃO DE INTERESSES

Declaro por minha honra que as informações prestadas neste questionário são verdadeiras. Mais declaro que, durante o estudo, serão respeitadas as recomendações constantes da Declaração de Helsínquia (1960 e respetivas emendas), e da Organização Mundial da Saúde, Convenção de Oviedo e das "Boas Práticas Clínicas" (GCP/ICH) no que se refere à experimentação que envolve seres humanos. Aceito, também, a recomendação da CES de que o recrutamento para este estudo se fará junto de doentes que não tenham participado em outro estudo, nos últimos três meses. Comprometo-me a entregar à CES o relatório final da investigação, assim que concluído.

Porto, 25 de Fevereiro de 2019

Nome legível: Cânia Patricia Martins Basto Torres

Cânia Patricia Martins Basto Torres
assinatura

Parecer da Comissão de Ética do Centro Hospitalar de São João/FMUP

Emitted na reunião plenária da CE de 15 / 03 / 19

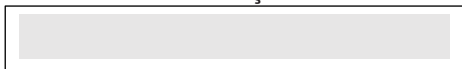
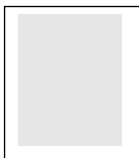
A Comissão de Ética para a Saúde
APROVA por unanimidade o parecer do
Relator, pelo que nada tem a opor à
realização deste projecto de investigação.


Prof. Doutor Fátima Almeida
Presidente da Comissão de Ética

Anexo IV - Formulário de Consentimento dos Participantes.

CONSENTIMENTO INFORMADO, ESCLARECIDO E LIVRE

PARA INVESTIGAÇÃO CLÍNICA



Designação do Estudo *(em português)*

Enfermagem Baseada na Evidência nos Cuidados Prestados à Criança e Família: Atitudes e Barreiras

Confirmando que expliquei ao participante/representante legal, de forma adequada e compreensível, a investigação referida, os benefícios, os riscos e possíveis complicações associadas à sua realização.

Informação escrita em anexo: Não Sim (Nº de páginas 5)

O Investigador responsável

Nome: Cânia Patrícia Martins Basto Torres

legível

assinatura

Identificação do participante

Nome: _____

BI/CC nº: _____

Participante/ Representante legal

- Compreendi a explicação que me foi facultada acerca do estudo que se tenciona realizar: os objetivos, os métodos, os benefícios previstos, os riscos potenciais e o eventual desconforto.
- Solicitei todas as informações de que necessitei, sabendo que o esclarecimento é fundamental para uma boa decisão.
- Fui informado da possibilidade de livremente recusar ou abandonar a todo o tempo a participação no estudo, sem que isso possa ter como efeito qualquer prejuízo na assistência que é prestada.
- Declaro não ter sido incluído em nenhum outro projeto de investigação nos últimos três meses.

Concordo com a participação neste estudo, de acordo com os esclarecimentos que me foram prestados, como consta neste documento, do qual me foi entregue uma cópia.

Data: ___ / ___ / ___

assinatura

Nome (Pais/Representante legal): _____

BI/CC nº: _____

Grau de parentesco: _____

Data: ___ / ___ / ___

assinatura

Anexo V – Aceitação do resumo do póster para o 14th International Family Nursing
Conference

De: IFNC14 <support@oxfordabstracts.com>

Enviada: 29 de janeiro de 2019 21:10

Para: ceubarbieri@esenf.pt

Assunto: IFNC14 Abstract Acceptance

Dear Colleague,

Congratulations! Your abstract, Use of the Knowledge to Action Framework to Implement Evidence-Based Nursing in Child and Family Care, reference 314, has been selected for a Poster Presentation at the 14th International Family Nursing Conference, August 13 - 16, 2019.

No Notes to submitter

You will receive additionally information regarding the poster session in the next few weeks, which will include the dimensions of the poster boards.

Your abstract, as indicated above, will appear in the conference brochure. The author's and co-author's names will be included.

In the next week, the IFNA Administrative Office will send you a link via Survey Monkey to confirm your participation in the conference.

Additionally, as the primary presenter at the conference, you are required to be an IFNA Member as noted in the Call for Abstracts. If you are not a current member, please be sure that your membership dues are paid by Monday, April 1, 2019. <http://internationalfamilynursing.org/ifna-membership/become-a-member/>.

Please note: There is no compensation/discount for travel, hotel, or registration fees for presenters. However, there is an early registration discount before June 14, 2019. The conference registration and hotel reservation information will be available in the near future on the conference page of the IFNA website.

<https://internationalfamilynursing.org/2017/12/07/ifnc14/>

We look forward to seeing you in Washington, D.C. August 13 - 16, 2019

If you have any questions, please contact Debbie Zaroni at Debbie@internationalfamilynursing.org or by phone +1-412-344-1414.

You can log in at app.oxfordabstracts.com/

Helene Moriarty and Kim Mooney-Doyle
IFNA Research Committee Co-chairs

Powered by Oxford Abstracts

Anexo VI – Resumo Publicado em revista do 9º Congresso da Associação Portuguesa de
Enfermeiros Gestores e Liderança (APEGEL)

**As Barreiras Organizacionais que condicionam a Prática Baseada na Evidência –
Perspetiva dos Enfermeiros de um serviço de Pediatria do Norte de Portugal**

Cânia Torres; Francisco Mendes; Maria do Céu Barbieri-Figueiredo

Introdução: As melhores práticas baseiam-se na experiência, julgamento crítico e pesquisa contínua fornecendo orientação aos enfermeiros da prática e aos seus gestores acerca das suas decisões clínicas e de gestão. Será preciso definir estratégias que por um lado facilitem a implementação de uma Prática Baseada na Evidência (PBE), e por outro lado consciencializar os enfermeiros e gestores sobre a importância de combater as barreiras à incorporação desta prática, na procura da melhoria dos cuidados de enfermagem em todas as suas dimensões de atuação.

Objetivos: Identificar barreiras organizacionais que condicionam a implementação de uma PBE. Analisar a relação entre as variáveis sociodemográficas e profissionais com as barreiras à PBE.

Metodologia: Estudo descritivo e quantitativo. Sustentado por questionários, onde foi utilizada a versão portuguesa do Questionário de *Atitudes e Barreiras em relação à PBE* (QABPBE-26), seguindo uma amostragem de conveniência. O tratamento dos dados foi com recurso ao Statistical Package for the Social Sciences versão 25. Utilizamos técnicas de análise descritiva e multivariada para compreender a relação entre as variáveis.

Resultados: Destacamos a relação da variável “Tempo de Experiência Profissional” com o item “Acho que as chefias apoiam a PBE”, onde se verifica uma correlação positiva. As variáveis “Tempo de Experiência Profissional no Serviço” e “Habilitações Profissionais - Especialidade em Pediatria” também apresentam influência nos resultados.

Conclusões: É necessário um melhor suporte organizacional para a prática no sentido de criar um ambiente promotor de uma PBE. É também fundamental que ao nível das instituições governamentais, gestores das organizações, chefias de topo ou intermédias sejam criadas as condições necessárias para apoiar e promover esta prática.

Referências Bibliográficas: Mckenna, H., Ashton, S. & Keeney, S. (2004) Barriers to evidence-based practice in primary care. *Journal of Advanced Nursing*, 45(2), 178-189.

Melnyk, B., Fineout-Overholt, E. & Mays, M. (2008). The evidence-based practice beliefs and implementation scales: psychometric properties of two new instruments. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 5(4), 208-16.

Pereira, R., Cardoso, M., Martins, M., Martins, T., Figueiredo, M. & Carneiro, A. (2015) Validação Da Versão Portuguesa Do Questionário De Atitudes E Barreiras Em Relação À Prática Baseada Na Evidência. *Revista Evidentia* 2015 ene- mar; 12(49).

Contacto do 1º Autor: caniabasto@gmail.com

Anexo VII – Póster apresentado ao 14th International Family Nursing Conference e Póster
apresentado no 9º Congresso da APEGEL

Attitudes and Barriers to Evidence-Based Practice in Nursing Care for Children and Family at a Hospital in Northern Portugal - a Descriptive Study

Authors: Cânia Torres^{1,3,4}, Francisco Mendes¹, Maria do Céu Barbieri-Figueiredo^{2,3}

¹Centro Hospitalar Universitário de S. João, Oporto, Portugal. ²Escola Superior de Enfermagem do Porto, Oporto, Portugal. ³Cintesis. ⁴APNOR – Instituto Politécnico do Porto



INTRODUCTION

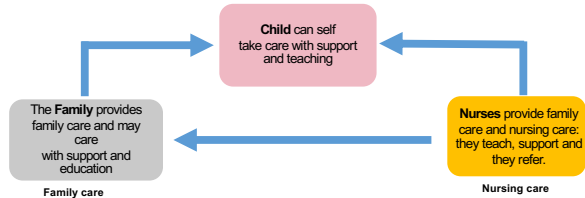
Nurses are the largest professional group to provide health care. Nurses are at the forefront in recognizing the importance of an evidence-based practice, namely the need to evaluate and apply it to clinical practice¹. This study is aimed at responding to a set of national and international recommendations that advocate the pertinence of basing care on the best evidence. In Portugal, in order to reinforce the importance of integrating scientific knowledge into practice, the National Association, Ordem dos Enfermeiros, as a regulator of professional practice, requires nurses' practice to be grounded in evidence, mobilizing and applying knowledge and techniques that rely on research outcomes and other evidence².



PARTNERSHIP MODEL OF NURSING CARE

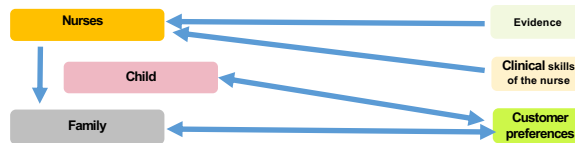
In 1988, Anne Casey developed the Partnership Model of Nursing Care. This model is based on respect for the experience of the child and family³. This model was developed in the UK to support pediatric nurses working in partnership with children and families. It was later accepted and widely adopted in pediatric services throughout the country and internationally, including Portugal. The analysis and evaluation of the Nursing Partnership Model revealed that it is not a nursing model, and is in fact a medium-range theory⁴.

Figure 1. Partnership Model of Nursing Care³



Relating the main pillars of Evidence-based practice (EBP) paradigm (use of evidence in a specific context, valuing the customer preferences, according clinical skills of the nurse) with Casey's Partnership Model of Nursing Care, is perhaps the great challenge of the pediatric nurse, as stated in figure 2.

Figure 2. Evidence Based Practice and the Partnership Model of Nursing Care



It is fundamental to combine the concepts of the EBP triad: Evidence, Clinical Professional Skills, Client Preferences, to the concepts of the triad of the pediatric care model: Nurse, Child, Family and, to meet the negotiation and partnership established in the care of the child between the nurse and family.

OBJECTIVES AND METHODOLOGY

The purpose of this study is (1) to describe attitudes and barriers to EBP in nursing care provided to the child and family; (2) to verify the relationship between sociodemographic variables and attitudes and barriers in relation to the EBP.

Exploratory study, using a convenience sample of 36 pediatric nurses of a Hospital of the North of Portugal, with the application of the Questionnaire of Attitudes and Barriers in relation to Evidence Based Practice (QABPBE-26)^{5,6}. The QABPBE-26 is comprised of 26 items, in a 5 points Likert scale (1 Strongly disagree – 5 Strongly agree).

RESULTS

100% response rate (n = 36); mean age 37.85 years, 94.1% female, 55.9% married, 91.2% of graduates and 8.8% with master's degree. The majority of nurses are Clinical Specialists in Pediatric Nursing (64.7%). The mean time of professional exercise is 14.7 years and the mean time of professional exercise in pediatric settings is 10.41 years.

Represented in table 1 are the items with higher and lower correlation with socio demographic variables. Table 2 depicts the items with lower scores, both relating to attitudes and barriers.

Table 1. Association between Attitudes and Barriers and Sociodemographic variables

QABPBE-26	Age	Professional Experience	Professional Experience in Service
3 Much of the research available is not relevant to my practice.	-0,050	0,779	-0,110 0,536 -0,348* 0,044
4 I find it difficult to access the nearest library on a regular basis.	-0,347*	0,045	-0,318 0,067 -0,420* 0,013
5 I find that management are supportive in the use of Evidence-Based Practice.	0,487*	0,003	0,473** 0,005 0,380* 0,027
7 I find that research articles are not easily understood.	0,348*	0,044	0,340* 0,049 0,076 0,671
16 My onsite computer facilities are adequate for searching evidence-based literature.	0,153	0,388	0,217 0,218 0,353* 0,041
23 I would feel more confident if there was an individual experienced in research to supply me with relevant information.	0,219	0,095	0,335* 0,040 0,260 0,138

* Spearman correlation coefficient

Table 2. Example of items with lower score

	Item
Attitudes	1 "I feel confident in my ability to evaluate quality of research papers".
	17 "I find it hard to influence changes to clinical practice in my work setting".
Barriers	20 "There is not enough money to fund health care research".
	18 "I have found that the research literature can report conflicting effectively".
	21 "I find time limitations prevent evidence-based practice being used effectively in my practice".

DISCUSSION

Sociodemographic variables of participants of this study are similar with Portuguese nurses in which refers to age and gender, and surpasses the value of specialized training⁷.

Regarding age, 52% of Portuguese nurses are under 40 years of age, with higher number of nurses between 32 and 34 years⁷. The sample of our study has a mean age of 37.85 years.

The study response rate was 100%, much higher than in other studies^{5,6}, most participants were female (64.7%), which was anticipated given the characterization of nursing profession in Portugal. They are in a predominantly young age group with a significant percentage of pediatric nursing specialists (65%). The average number of specialist nurses in Portugal is 22%, and only 3% of them are pediatric nursing specialists⁷.

The sociodemographic variables of the study present important correlations with some QABPBE-26 items. Although all nurses in Portugal have a 4 years BSc Nursing degree as a requirement to practice participants reported, as a barrier to EBP, the difficulty in understanding research articles. This difficulty is more evident in older nurses. In a previous study also performed with pediatric nurses, a similar result was obtained⁸.

As demonstrated in a recent study, nurses have a positive attitude towards EBP, as they emphasize that much of the available research is relevant to their clinical practice⁹. Still according to the same study, nurses emphasize the importance of colleagues, feeling more confident when someone more experienced in research assists them in obtaining relevant research.

Other studies report that while nurses emphasize the importance of evidence-based clinical practice, and are motivated to implement new practices, lack of support and a non-change-friendly institutional culture is seen as a barrier to EBP¹⁰. This finding is not supported in the present study, as participants consider that their leaders support EBP, especially senior nurses.

No other studies using the same instrument were found. Accordingly, the analysis produced on the results was limited to the data provided in the Portuguese validation study produced by its authors⁵. Analyzing the data obtained in the original Portuguese validation study, we found that in both studies, nurses with higher qualifications, perceive that research is fruitful for their practice and that professional development will be enriched if based on scientific evidence⁶. They also consider that research sometimes has incompatible results and it is not easy to apply research results in clinical practice.

CONCLUSIONS

This study was developed in a pediatric service, where nursing care is guided by the Model of Partnership in Care. The results of QABPBE-26 informed nurses' profile regarding attitudes and barriers to evidence-based practice: senior nurses scored lower, nurses with higher professional experience in pediatrics and post-graduate specialization courses scored higher.

It is clear that nurses with more academic training and with more experience demonstrate a better "relationship" with evidence based practice. On the other hand, younger nurses reveal better skills for literature search and analysis.

Future development of this study will involve training plans drawn up on research, scientific research, implementation of evidence, and the development of strategies within facilitating a practice based on evidence.

With the results of the research, we realize the need for better support for EBP from all practice nurses. This requires partnerships with nursing schools and an integrated clinical research policy. It is also critical that organizations provide the necessary conditions to support and promote EBP.

LIMITATIONS AND SUGGESTIONS

As a limitation, we can say that QABPBE-26 is an instrument of self-application, and answers may be given to please researchers. One suggestion is that, given the characteristics of QABPBE-26, other measures and methodologies should be used in future.

REFERENCES

- Sackett, H., Rosenbreg, M., Gray, M., Haynes, B. & Richardson, S. (1996). Evidence based medicine: What it is and what it isn't. *BMJ*, 312(7023), 71-72
- Ordem dos Enfermeiros. (2012). Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- CASEY, A. (1988). A partnership with the child and family. *Senior Nurse*, 8(4), 1988, p. 8-9
- Fawcett, J. (1995). *Analysis and Evaluation of Conceptual Models of Nursing*. F. A. Davis, Philadelphia.
- McKenna, H., Ashton, S. & Keeney, S. (2004) Barriers to evidence-based practice in primary care. *Journal of Advanced Nursing*, 45(2), 178-189.
- Pereira, R., Cardoso, M., Martins, M., Martins, T., Figueiredo, M. & Carneiro, A. (2015) Validação Da Versão Portuguesa Do Questionário De Atitudes E Barreiras Em Relação À Prática Baseada Na Evidência. *Revista Evidência* 2015 ene- mar; 12(49).
- Ordem dos Enfermeiros. (2018). *Estatística dos Enfermeiros*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Casbas, M., Gallego, F., María E. G., Miguel, G. (2010). Barreras para la utilización de la investigación: estudio descriptivo en profesionales de enfermería de la práctica clínica y en investigadores activos. *Enfermería Clínica*. 2010, 20(3), p. 153-164
- Stokke, K., Olsen, N., Espehaug, B., Norvødt, M. (2014). Evidence based practice beliefs and implementation among nurses: a cross-sectional study. *BMC Nursing*, 2014, 13(8), p.p. 5-10.
- McCleary, L., Brown, G. (2003). Barriers to pediatrics nurses research utilization. *Journal of Advanced Nursing*, 2003, 42(4), p.p. 364-372.

As barreiras organizacionais que condicionam a prática baseada na evidência – Perspetiva dos enfermeiros de um serviço de pediatria do norte de Portugal

Autores: Cânia Torres^{1,3,4}, Francisco Mendes¹, Maria do Céu Barbieri-Figueiredo^{2,3}

¹Centro Hospitalar Universitário de S. João, Porto, Portugal. ²Escola Superior de Enfermagem do Porto, Porto, Portugal. ³Cintesis. ⁴APNOR – Instituto Politécnico do Porto, Porto, Portugal



INTRODUÇÃO

Os enfermeiros representam o maior grupo profissional na prestação de cuidados de saúde, apresenta. Nos últimos anos, tem sido dado ênfase muito significativo ao cuidar do cliente, baseado na evidência científica. A prática baseada na evidência é cada vez mais falada no seio das equipas de enfermagem¹. Este estudo tem como objetivo responder a um conjunto de recomendações nacionais e internacionais que defendem a importância dos melhores cuidados de enfermagem. Para reforçar a importância de integrar o conhecimento científico na prática, a Ordem dos Enfermeiros, como reguladora da prática profissional, recomenda que a prática do enfermeiro seja fundamentada em evidências, mobilizando e aplicando conhecimentos e técnicas que dependem de resultados de pesquisa e outras evidências².

PRÁTICA BASEADA NA EVIDÊNCIA - BARREIRAS E FACILITADORES

Traduzir o conhecimento em ação nos cuidados de enfermagem é um processo complexo, dinâmico e em constante evolução, no entanto quando este processo é realizado com sucesso são claros os ganhos em saúde. Cientes destes ganhos, tanto as instituições de saúde como as escolas de enfermagem vêm desenvolvendo estudos e pesquisas que pretendem objetivar e testar modelos assistenciais, nos quais o enfermeiro se torna o centro do processo, pois é este que observa, avalia, questiona, comunica e implementa novos conhecimentos na prática³. Só com conhecimento das barreiras à investigação em enfermagem se pode desenvolver intervenções ou programas específicos com a finalidade de as ultrapassar ou minimizar para implementar uma PBE.

Figura 1. Barreiras à Implementação da PBE⁴



Figura 2. Aspectos Facilitadores à Implementação da PBE⁴



As barreiras e os aspectos facilitadores para a PBE, juntamente com a cultura organizacional e a prontidão para a implementação da PBE em todo o sistema deve ser avaliada dentro de uma organização⁴.

OBJETIVOS E METODOLOGIA

O estudo tem como objetivo (1) descrever atitudes e barreiras que condicionam a PBE; (2) verificar a relação entre as variáveis sócio demográficas e as barreiras à PBE. O Estudo é exploratório e descritivo, utilizando uma amostra de conveniência de 36 enfermeiros pediátricos de um Hospital do Norte de Portugal, com a aplicação do Questionário de Atitudes e Barreiras em relação à Prática Baseada em Evidências (QABPBE-26)^{5,6}. O QABPBE-26 é composto por 26 itens, em uma escala Likert de 5 pontos (1 discordo totalmente - 5 concordo totalmente).

RESULTADOS

Tabela 1. Tabela de Freqüências Absolutas e Relativas

Item	QABPBE-26		DT=1		DT=2		NC=3		DT=4		DT=5		Mín.	Máx.
	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n				
5	2,9	1	16,7	6	26,5	9	50	17	2,9	1	1	5		
6	5,9	2	58,8	20	11,8	4	17,6	6	5,9	2	1	5		
7	5,9	2	64,7	22	17,6	6	8,8	3	2,9	1	1	5		
9			2,9	1	23,5	8	55,9	19	17,6	6	2	5		
21	2,9	1	2,9	1	8,8	3	64,7	22	20,6	7	1	5		

Legenda: DT - Discordo Totalmente; D - Discordo; NC - Não Tenho a Certeza; C - Concordo; CT - Concordo Totalmente; % - Percentagem; n - Freqüência

Tabela 2. Associação entre as Barreiras e as Variáveis Sócio demográficas

Item	QABPBE-26	Idade	Experiência Profissional	Experiência Profissional no Serviço			
3	Muita da investigação disponível não é relevante para a minha prática profissional.	-0,050	0,779	-0,110	0,536	-0,348*	0,041
4	Adoro difícil aceder regularmente à biblioteca mais próxima	-0,347*	0,045	-0,318	0,067	-0,420*	0,013
5	Adoro que as chefias apoiem a utilização de Prática Baseada na Evidência	0,487*	0,003	0,473**	0,005	0,380*	0,027
7	Adoro que os artigos de investigação são de fácil compreensão	0,348*	0,044	0,340*	0,049	0,076	0,671
16	Os recursos informáticos de que disponho no local de trabalho são adequados para pesquisar literatura baseada na evidência	0,153	0,388	0,217	0,218	0,353*	0,041
23	Sentir-me-ia mais confiante se algum experiente em investigação me fornecesse informação relevante	0,219	0,095	0,335*	0,040	0,260	0,138

*Coeficiente de correlação de Spearman

DISCUSSÃO

As variáveis sociodemográficas do estudo apresentam correlações importantes com alguns itens do QABPBE-26. A dificuldade em compreender os artigos pesquisados é uma barreira à PBE. Essa dificuldade é mais evidente em enfermeiros mais jovens. Um estudo anterior também realizado com enfermeiros pediátricos foram obtidos resultados semelhantes⁷. Conforme demonstrado num estudo recente, os enfermeiros têm uma atitude positiva em relação à PBE, pois enfatizam que grande parte da pesquisa disponível é relevante para sua prática clínica⁸. Ainda de acordo com o mesmo estudo, os enfermeiros realçam a importância dos colegas, sentindo-se mais confiantes quando alguém com mais experiência em pesquisa os ajuda a obter pesquisas relevantes. Outros estudos relatam que, embora os enfermeiros enfatizem a importância da prática clínica baseada em evidências e sejam motivados a implementar novas práticas, a falta de apoio e uma cultura institucional não favorável à mudança são vistas como uma barreira à PBE⁹. Esse achado não é suportado no presente estudo, pois os participantes consideram que seus líderes apoiam a PBE, especialmente os enfermeiros seniores. Não foram encontrados outros estudos utilizando o mesmo instrumento. Nesse sentido, a análise produzida nos resultados limitou-se aos dados fornecidos no estudo de validação em português produzido por seus autores⁶. Analisando os dados obtidos no estudo original de validação em português, constatamos que, em ambos os estudos, os enfermeiros com maior qualificação percebem que a pesquisa é frutífera para a sua prática e que o desenvolvimento profissional será enriquecido se for baseado em evidências científicas⁶.

CONCLUSÃO

Os resultados do QABPBE-26 definiram o perfil dos enfermeiros em relação às barreiras à PBE. Enfermeiros seniores sem formação especializada em pediatria pontuaram mais baixo, enfermeiros com maior experiência profissional em pediatria e cursos de pós-graduação com pontuações mais altas. Ficou evidente que os enfermeiros com mais formação acadêmica e mais experiência demonstram uma melhor "relação" com a PBE. Por outro lado, os enfermeiros mais jovens revelam melhores habilidades para pesquisa e análise de literatura. O desenvolvimento futuro deste estudo envolveu planos de treino elaborados em pesquisa científica, implementação de evidências e desenvolvimento de estratégias para facilitar uma prática baseada em evidências. Com os resultados da pesquisa, percebemos a necessidade de um melhor suporte para PBE de todos os enfermeiros. Isso requer parcerias com escolas de enfermagem e uma política integrada de pesquisa clínica. Também é fundamental que as organizações forneçam as condições necessárias para apoiar e promover a PBE. Fornecer cuidados de qualidade e custo-efetivos, baseados nas melhores práticas são responsabilidade de todos os enfermeiros em cargos de gestão. Isto só é possível se as organizações prepararem os serviços de acordo com os pressupostos do PBE através de uma cultura organizacional de PBE.

LIMITAÇÕES E SUGESTÕES

Como limitação, podemos dizer que o QABPBE-26 é um instrumento de auto-aplicação, e como tal as respostas podem ser dadas para qualquer dos pesquisadores. Uma sugestão é que, dadas as características do QABPBE-26, outras medidas e metodologias sejam usadas no futuro.

BIBLIOGRAFIA

¹ Velez, J., & Baskin, M. L. (2011). Validação para a língua portuguesa de escala de Funk et al. - "Barreiras à Utilização da Investigação". *Pensar Enfermagem*, 15(1), 20-30.
² Ordem dos Enfermeiros. (2012). Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
³ O'Carroll, A., & Gault, G. (2005). Evidence-based nursing - applying to clinical practice. St. Louis: Elsevier Mosby.
⁴ Malrak, B., Fressat-Overhol, E. & Mayo, M. (2008). The evidence-based practice beliefs and implementation in schools: psychometric properties of two new instruments. *Workplaces on Evidence-Based Nursing*, 5(4), 208-16.
⁵ McKenna, H., Ashton, S., & Keeney, S. (2004). Barriers to evidence based practice in primary care. *Journal of Advanced Nursing*, 45(2), 170-180.
⁶ Pereira, R., Cardoso, M., Martins, M., Martins, T., Figueiredo, M., & Correia, A. (2015). Validação Da Versão Portuguesa Do Questionário De Atitudes E Barreiras Em Relação À Prática Baseada Na Evidência. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 2015, em: mar, 12(46).
⁷ Ordem dos Enfermeiros. (2012). Estatística dos Enfermeiros. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Through <http://www.ordemdosenfermeiros.pt/pt/estatistica/estatistica-de-2012>.
⁸ Cardoso, M., Gallego, T., Maria, E. G., Miguel, G. (2010). Barreiras para a utilização de la investigação: estudo descritivo em pediatria de enfermeiros da prática clínica em investigação. *Enfermagem Clínica*, 2010, 20(3), pp. 153-164.
⁹ Stukka, K. Olsen, N., Engstrog, S., Narkvold, M. (2014). Evidence based practice beliefs and implementation among nurses: a cross-sectional study. *BMC Nursing*, 2014, 13(3), pp. 9-10.
¹⁰ McCauley, L., Brown, G. (2003). Barriers to pediatric nurses research utilization. *Journal of Advanced Nursing*, 2003, 42(4), pp. 394-372.