



01

# Eficácia clínica e prática baseada em evidências: avaliação de atitudes, competências e práticas

| Rui Pedro Gomes **Pereira**  
UICISA/UMinho

# RESUMO

**Objetivo:** A prestação de cuidados de saúde baseados na evidência é um imperativo das sociedades modernas e enquadra-se num contexto de desafios clínicos de maior complexidade, exigindo respostas de elevada qualidade e segurança, num quadro de significativas restrições de recursos, implicando níveis superiores de eficácia, eficiência e efetividade nas intervenções. Neste âmbito é essencial avaliar atitudes, competências, e práticas por parte dos enfermeiros relativamente a uma prática baseada na evidência (PBE). **Métodos:** Desenvolveu-se um estudo de cariz observacional, transversal do tipo descritivo-correlacional junto de 388 enfermeiros do norte de Portugal com base na versão portuguesa do Questionário de Eficácia Clínica e Prática Baseada em Evidências (QECPBE-20). **Resultados:** O QECPBE-20 reportou que a PBE é essencial à prática profissional. No domínio dos conhecimentos e capacidades as maiores dificuldades estão em converter as necessidades de informação numa pergunta de investigação clinicamente relevante. Quanto às práticas, predomina a partilha de informação com colegas em oposição à apreciação crítica da literatura. **Considerações finais:** Os achados demonstram que entre a valorização de uma PBE e a sua aplicabilidade encontramos um hiato considerável. É necessário maior apoio aos profissionais e estímulo organizacional promovendo a PBE enquanto cultura institucional. Preconizamos maior interligação entre contextos do exercício e a academia, entre produtores e utilizadores do conhecimento. Aos profissionais requer-se maior capacitação para a utilização da investigação e um permanente questionamento das suas práticas clínicas.

**Palavras-chave:** Enfermagem Baseada na Evidência, Prática Clínica Baseada em Evidências, Avaliação da Pesquisa em Saúde.

## ■ INTRODUÇÃO

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

Pensar numa prática e numa enfermagem baseada na evidência é um enorme desafio e uma exigente tarefa porquanto implica equacionar a epistemologia das ciências de enfermagem na senda dos trabalhos exploratórios e pioneiros de Carper (1978) e posteriormente de Fawcett *et al.* (2001) que tipificaram este conhecimento em quatro grandes dimensões, a saber: empírico, pessoal, estético e ético e isto em conjugação com o primado da racionalidade técnica, articulando uma ciência aplicada com uma ciência humana prática (QUEIRÓS; BARBIERI-FIGUEIREDO, 2015).

A prestação de cuidados de saúde baseados na evidência é um imperativo das sociedades modernas e enquadra-se num contexto em que os cidadãos e comunidades apresentam desafios clínicos de maior complexidade exigindo respostas por parte dos profissionais e das organizações com maior qualidade e elevada segurança, num quadro de significativas restrições de recursos humanos, materiais e técnicos implicando níveis superiores de eficácia, eficiência e efetividade nas intervenções em saúde. Neste âmbito é essencial avaliar atitudes, barreiras, conhecimentos, competências e práticas por parte dos enfermeiros relativamente a uma prática baseada na evidência (PBE) reconhecendo-se que é ainda grande a distância entre a produção do conhecimento e a posterior implementação de intervenções baseadas nas melhores evidências disponíveis (DICENSO, 2003; GROL; GRIMSHAW, 2003; EASTABROOKS; WINTHER; DERKSEN, 2004; FINEOUT-OVERHOLT; JOHNSTON, 2006; BOSTRÖM *et al.*, 2009; SQUIRES *et al.*, 2011B; MELNYK *et al.*, 2014) sendo esta uma realidade com que os profissionais se confrontam em permanência, de cariz complexo e com diversas etiologias, envolvendo vários níveis de decisão, espectros de intervenção e componentes que percorrem um gradiente que oscila entre uma dimensão estritamente individual até uma dimensão mais vasta de âmbito organizacional (KITSON *et al.*, 2008; LUNDMARK, 2008; KAPLAN *et al.*, 2014; MELNYK *et al.*, 2014; FERRAZ; PEREIRA; PEREIRA, 2019).

Em Portugal é residual a produção a este nível, nomeadamente de estudos que procurem avaliar atitudes, competências e práticas profissionais em relação à PBE sendo que para se sustentar o presente capítulo o autor baseou-se nos principais resultados obtidos no estudo principal que integra o conjunto de trabalhos realizados no âmbito do programa de

doutoramento em Ciências de Enfermagem realizado no Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto – Portugal (PEREIRA, 2016).

## ■ OBJETIVO

A pesquisa que desenvolvemos teve como principal finalidade caracterizar, numa população específica de enfermeiros a exercer no norte de Portugal, as atitudes, competências e práticas relativamente à PBE, procurando determinar o seu grau de relação e interdependência, constituindo assim, não só um aprofundado diagnóstico de situação face a esta problemática mas também a construção de uma base de conhecimento que apoie a estruturação de estratégias e intervenções que promovam entre os enfermeiros uma maior e mais efetiva implementação e disseminação da PBE, contribuindo deste modo para, num cenário pluridisciplinar e multiprofissional, disponibilizar cuidados de saúde informados pelas melhores evidências científicas.

Nesta pesquisa pretendeu-se responder em termos operativos à seguinte pergunta de partida: “Relativamente à enfermagem baseada na evidência, quais as atitudes, competências e práticas num grupo de enfermeiros do norte de Portugal?”

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

- Descrever as práticas, atitudes e conhecimentos/competências dos enfermeiros em relação à PBE;
- Verificar as possíveis relações entre as atitudes, os conhecimentos, competências / capacidades e ainda as práticas profissionais em relação à PBE.

## ■ MÉTODOS

Desenvolvemos um estudo de cariz observacional, transversal e do tipo descritivo-correlacional. Metodologicamente a opção por um estudo desta natureza decorre naturalmente dado que este assume o desenho mais apropriado para explorar e descrever relações entre variáveis, desconhecendo-se à partida as associações que possam existir entre as mesmas (FORTIN, 2009).

Para o efeito, utilizou-se a versão portuguesa do «*Evidence-Based Practice Questionnaire*» (UPTON; UPTON, 2006) cuja descrição sumária se apresenta em seguida. Em complementaridade a este instrumento, recorreu-se à aplicação de dois blocos de questões designados genericamente por “Acesso e utilização da informação para suporte à prática clínica” e “Caraterização socioprofissional”. Do primeiro bloco constavam as fontes de informação utilizadas para apoiar a prática diária, a caraterização do acesso profissional aos

recursos de informação na internet e ainda a estimativa / autoperceção da prática clínica que os participantes consideram ser baseada na evidência. No que concerne à caracterização socioprofissional, avaliou-se a idade, o sexo, a formação académica, o título profissional e a área de especialização, o tempo de exercício e o contexto de exercício profissional predominante.

O Questionário de Eficácia Clínica e Prática Baseada em Evidências (QECPBE- 20) é um instrumento de autopreenchimento, cuja versão portuguesa (PEREIRA *et al.*, 2015) contempla 20 itens avaliados através de uma escala de diferencial semântico, organizada em três dimensões. O primeiro componente avalia as “Práticas” e recorre a uma escala do tipo *Likert*, que oscila entre 1 (nunca) e 7 (frequentemente), integrando seis itens. Nesta primeira dimensão pretende-se avaliar, considerando a prática clínica e os cuidados prestados aos pacientes no último ano, com que frequência e em consequência de uma lacuna identificada no conhecimento se procedeu às etapas genericamente associadas a uma PBE, desde a formulação de uma pergunta clinicamente relevante, passando pela localização e apreciação crítica das evidências até à mudança das práticas, respetiva avaliação e partilha de informação junto dos pares. No segundo componente avaliam-se as “Atitudes”, através do posicionamento de proximidade adotado para cada par de questões, num total de três itens. Nestes, procura-se avaliar a atitude face à PBE bem como a abertura ao escrutínio e questionamento associado às práticas profissionais em uso. Finalmente o terceiro componente pretende avaliar “Conhecimentos / habilidades e competências” através de uma escala do tipo *Likert*, que oscila entre 1 (pior) e 7 (melhor) num somatório de 11 itens. Esta subescala compreende questões entendidas como pré-requisitos em termos de competências e capacidades individuais que possibilitam uma efetiva PBE. Em termos de consistência interna, o QECPBE-20 revelou por subescala os seguintes valores: “Práticas”  $\alpha = 0.92$ ; “Atitudes”  $\alpha = 0.73$  e “Conhecimentos / habilidades e competências”  $\alpha = 0.93$ . Globalmente, o QECPBE-20 registou um valor de  $\alpha = 0.91$ .

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

Os participantes provinham de diversas organizações prestadoras de cuidados de saúde localizadas no norte de Portugal e exerciam em contexto hospitalar e ou de cuidados de saúde primários / atenção primária. Em cada instituição os sujeitos eram formalmente responsáveis locais pela dinamização de projetos de melhoria contínua da qualidade e ou

responsáveis institucionais locais compreendendo enfermeiros responsáveis, coordenadores/gestores, chefes, supervisores e diretores das organizações que a norte do país que aderiram ao estudo.

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

Para a realização da análise dos dados recorreu-se ao programa IBM® SPSS® Statistics versão 20.0. Os dados obtidos foram analisados com recurso a estatística descritiva e a estatística inferencial. A estatística descritiva foi efetuada numa fase inicial com recurso a medidas de tendência central, de dispersão e frequências. No que se refere à estatística inferencial utilizaram-se as correlações de Pearson para avaliar a força de associação das variáveis contínuas, de *Spearman* para avaliar a associação entre variáveis ordinais, o teste *t Student* para comparação de médias entre amostras independentes e a análise da variância (ANOVA) para comparar três ou mais grupos independentes com variáveis intervalares. Consideraram-se níveis de significância (*P value*), valores inferiores a 0,05. Relativamente à correlação de Pearson, sendo uma medida de associação linear entre variáveis quantitativas, esta indica que os fenómenos não estão indissolavelmente ligados, embora a intensidade de um esteja tendencialmente ligada à intensidade do outro apresentando-se ou no mesmo sentido ou em sentido contrário (PESTANA; GAGEIRO, 2003). Embora com algum grau de variabilidade de acordo com diferentes autores, atendemos numa primeira fase à classificação proposta por Pestana e Gageiro (2003). Nesta, coeficientes de correlação inferiores a 0.3 indicam associação fraca, valores entre 0.4 e 0.7 correlação moderada e acima deste valor indicam correlação forte. Para outros autores, nomeadamente no âmbito das ciências sociais e humanas, dada a possibilidade de ocorrer uma menor expressividade das relações entre as variáveis, sugerem-se outras leituras que tivemos igualmente em conta, em concreto considerando respetivamente como correlações fracas, moderadas e fortes valores de referência de 0.1 de 0.3 e de 0.5 (GREEN; SALKIND; AKEY, 1997; PALLANT, 2001). Atendendo à flexibilidade destas classificações, na leitura dos resultados da investigação empírica utilizaram-se como critérios de correlações fracas, moderadas e fortes, valores de 0.2, 0.4 e 0.6 respetivamente.

## ■ RESULTADOS

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

Quadro 1. Distribuição da amostra de acordo com o sexo e a idade

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

Analisando a idade dos participantes, observa-se que a média é ligeiramente superior aos 42 anos (42,29), a moda 33 e o desvio-padrão é de 8,47. Sublinha-se a amplitude de 32 anos de idade verificada na amostra, variando entre os 27 e os 59 anos.

Quadro 2. Idade dos participantes

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

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

Quadro 3. Formação profissional e qualificações académicas

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

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

Quadro 4. Título profissional (atribuído pela Ordem dos Enfermeiros – Portugal)

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

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

Quadro 5. Tempo de exercício profissional

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

Considerando agora a área predominante do exercício profissional, a maioria dos enfermeiros (69,6%) trabalham em hospitais face aos que exercem no contexto dos cuidados de saúde primários / atenção primária (28,6%). Apesar da dimensão da amostra é marginal o número de enfermeiros que exercem de um modo predominante noutros contextos,



verificando-se uma bipolarização dos contextos de exercício ainda que esta seja uma relação dicotômica claramente assimétrica em favor da área hospitalar.

Quadro 6. Principal contexto de exercício profissional

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

\*Casos omissos = 3

## Acesso e utilização da informação para apoio à prática

Analisámos o acesso à informação, sobretudo na perspetiva de suporte ao exercício profissional e de tomada de decisão. Verifica-se que para apoiar a prática clínica no dia-a-dia os recursos mais referidos foram, com idêntica frequência, os guias de boas práticas e os protocolos (85,8%), seguindo-se as circulares oficiais (71,4%) e a frequência de cursos (64,7%). O acesso a revistas / artigos científicos regista valores muito inferiores (44,6%), sendo suplantado pelo recurso a colegas (55,7%).

Quadro 7. Fontes de informação para apoiar a prática

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

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

Quadro 8. Caracterização do acesso à internet em termos profissionais

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

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

Quadro 9. Auto percepção da prática quotidiana baseada na evidência

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

## Práticas, atitudes e conhecimentos/competências

Observando agora os resultados obtidos pelo QCEPBE-20, destacam-se com valores mais elevados e favoráveis à PBE a subescala “Atitudes” (Média = 5.98, DP = 0.97), seguindo-se os “Conhecimentos / habilidades e competências” (Média = 5.07, DP = 0.90) e as “Práticas” (Média = 4.43, DP = 1.38). Por subescala, verificam-se (quadro 30) de entre as práticas (1 – nunca e 7 – frequentemente) que os itens que registam maiores resultados são: “Partilhar a informação com colegas” (Média = 4.76, DP = 1.72) e “Avaliar os resultados da prática” (Média = 4.52, DP = 1.66). Com um valor médio inferior a 4,5 surge “Integrar as evidências encontradas na prática” (Média = 4.48, DP = 1.61). Ainda na subescala “Práticas” o item que regista a menor nível é “Analisar criticamente a literatura encontrada” (Média = 4.22, DP = 1.59) seguindo-se a “Localização de evidências após formulação de pergunta” (Média = 4.25, DP = 1.55) e “Formular pergunta de partida” (Média = 4.35, DP = 1.60).

Quadro 10. Distribuição da amostra: QCEPBE-20 (“Práticas”)

X	DP	Subescala “Práticas” Item:
4,76	1,720	Partilhou essa informação com colegas
4,52	1,663	Avaliou os resultados da sua prática
4,48	1,608	Integrou as evidências que encontrou na sua prática
4,35	1,603	Formulou uma pergunta de partida claramente definida, como início de um processo para preencher essa lacuna

X	DP	Subescala "Práticas" Item:
4,25	1,545	Localizou as evidências relevantes depois de ter formulado a pergunta
4,22	1,592	Analizou criticamente e segundo critérios explícitos, qualquer literatura que tenha encontrado

Ainda no contexto do QCEPBE-20, relativamente à dimensão "Atitudes" (quadro 11), observa-se que ao ser confrontada a importância da PBE em oposição à mesma ser considerada uma perda de tempo, regista-se um valor médio expressivo favorável à ideia de que "A prática baseada na evidência é essencial à prática profissional" (Média = 6.20, DP = 1.29), seguindo-se "Acolho com agrado perguntas sobre a minha prática" (Média = 5.93, DP = 1.19) em oposição ao desagrado sobre o questionamento das práticas. Finalmente, confrontando a fidelidade das práticas com base em métodos atuais versus mudar as práticas devido a novas evidências encontradas destaca-se a ideia de que "A minha prática mudou devido às evidências que encontrei" (Média = 5.8, DP = 1.14).

Quadro 11. Distribuição da amostra: QCEPBE-20 ("Atitudes")

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

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

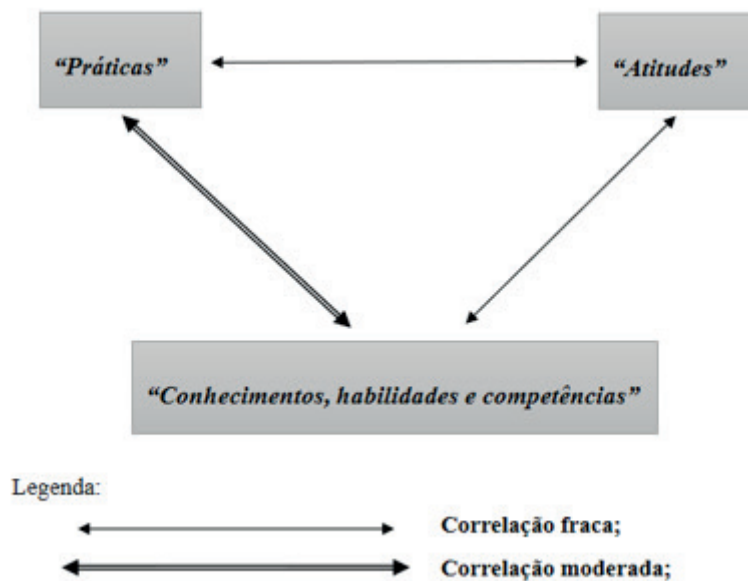
Quadro 12. Distribuição da amostra: QCEPBE-20 (“Conhecimentos/habilidades e competências”)

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

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

Tratando-se de um estudo descritivo-correlacional, avaliaram-se associações entre variáveis. Dessa avaliação resultou uma rede de relações estatisticamente significativas ainda que a diferentes níveis e de razões inversas, positivas e ou negativas. A construção do diagrama representado na figura seguinte possibilitou-nos uma representação esquemática destas relações.

Figura 1. Representação gráfica das associações observadas



A correlação mais significativa ocorre entre os “Conhecimentos / habilidades e competências” e as “Práticas” ( $r = 0.47$ ,  $p = 0.001$ ) seguindo-se a correlação entre “Atitudes” e as

“Práticas” ( $r = 0.23, p < 0.001$ ) e por fim, entre os “Conhecimentos / habilidades e competências” e as “Atitudes” ( $r = 0.21, p < 0.001$ ). Adicionalmente, estudando a associação das subescalas do QECPBE-20 e as variáveis sociodemográficas verificou-se uma significância face aos “Conhecimentos / habilidades e competências” e o sexo dos participantes.

Relativamente às variáveis sociodemográficas, observa-se uma correlação estatisticamente significativa  $t$  (Student) entre a subescala QECPBE-20 “Conhecimentos, habilidades e competências” e o sexo, verificando os seguintes resultados: Homens (Média = 5.25,  $DP = 0.79$ ), Mulheres (Média = 5.02,  $DP = 0.92$ ) ( $t_{(385)} = 2,05, p = 0,04$ ) isto é, os participantes do sexo masculino autopercecionam a um maior nível capacidades para a aplicação de uma PBE.

Examinando as correlações entre as várias subescalas, verifica-se que se caracterizam por serem na sua maioria correlações com significância estatística embora com valores fracos ou moderados de associação.

## ■ DISCUSSÃO

Relativamente às atitudes, capacidades e práticas face à PBE, organizámos a discussão e análise crítica de acordo com as diversas componentes estudadas. A sua leitura deverá ser efetuada de um modo integrado, sistémico e global porquanto estas são questões interligadas e interdependentes.

### Acesso e utilização da informação

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

Nesse âmbito, justificou-se avaliar sumariamente as fontes de informação utilizadas para orientar as práticas no dia-a-dia bem como o acesso a essas fontes com recurso à internet. Os resultados mostram que a informação «pré-processada» e sistematizada

em documentos sinópticos, também designada como conhecimento de «terceira geração» (GRAHAM, *et al.*, 2006), assume um claro predomínio neste âmbito com particular relevo para os guias de boas práticas e os protocolos seguindo-se ainda as circulares oficiais. A este respeito tem sido reconhecido que as Normas de Orientação Clínica (NOC) se constituem como instrumentos privilegiados no que se refere ao consumo de informação de suporte ao exercício profissional no âmbito da prestação de cuidados de saúde (VAZ CARNEIRO, 2009). É de salientar a sobreposição e consistência com resultados anteriores em sede do estudo exploratório por nós realizado (PEREIRA; CARDOSO; MARTINS, 2012) e de um outro estudo em que também participámos (PEIXOTO, *et al.*, 2017). Em ambos, observou-se igualmente a preponderância pela procura dos protocolos para apoiar a prestação de cuidados. Este dado veio confirmar a importância de serem disponibilizadas formas simplificadoras, claras, concisas e precisas de acesso à informação, sobretudo se disponíveis num formato processado e passível de rápida interpretação e utilização.

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

No que se refere ao acesso à internet para efeitos profissionais, considerando este como um meio privilegiado para aceder à informação, verifica-se que no geral a sua utilização não atinge níveis muito elevados, sendo que apenas no que relaciona com o acesso a revistas de especialidade se constata valores superiores a 50%. O recurso a bases científicas de dados e a repositórios de acesso aberto, que integram aquilo que comumente se designa como “literatura cinzenta”, apresentam valores relativamente baixos, denotando hábitos de consumo de informação menores apesar de disponíveis em acesso livre. Estas questões poderão estar ligadas ao desconhecimento dos profissionais, à falta de estímulo e motivação, a uma cultura profissional que em boa parte sobrevaloriza o executar em detrimento da reflexão crítica sobre os cuidados e a procura de evidências e ainda à forma

como a informação é apresentada e disponibilizada (THOMPSON *et al.*, 2008; BOSTRÖM *et al.*, 2009; YIP *et al.*, 2013).

Comparando com a restrita publicação existente relativamente à realidade portuguesa, num estudo realizado na Região Autónoma dos Açores (SOARES *et al.*, 2012) sobre o acesso a bases de dados de informação científica verificou-se também que do total de participantes (n = 192), mais de metade (58,9%) afirmaram não conhecer nenhuma base de dados ou plataforma para pesquisa de informação científica, sendo que, de entre os que conheciam e haviam utilizado alguma das bases de dados, apenas 35,4% o fez para a “resolução de problemas ou dúvidas na sua prática profissional” enquanto que 75,4% o fizeram tendo em conta a “elaboração de trabalhos académicos”. Por outro lado é de salientar a enorme evolução registada relativamente ao estudo de Ferrito (2007) que numa investigação desenvolvida com o objetivo de perceber o conhecimento em relação à prática baseada em evidência científica e à sua aplicação na prestação de cuidados (n = 124) constatou que 99% dos enfermeiros em primeiro lugar solicitavam a opinião dos colegas, considerando-o como uma forma simples e rápida para aceder ao conhecimento ainda que esta não se configure como uma fonte fidedigna. No entanto, não é notório idêntico resultado no que concerne ao acesso a bases de dados que no estudo referido se situava em 45% (apenas contemplando a MEDLINE e a CINAHL) considerando que na nossa investigação, ocorrida cerca de uma década depois, os resultados relativos ao acesso a bases de dados com recurso à internet se mantiveram praticamente inalterados.

Quanto à medição da autoperceção relativamente ao nível de prática diária alicerçada em evidências, obtivemos valores sobreponíveis com estudos anteriores. Os resultados sobrepõe-se aos achados de González-Torrente e colaboradores (2012) quantificaram em valores idênticos (66,6%) a autoavaliação relativamente ao conhecimento que os enfermeiros percecionam ter relativamente à PBE. Em outros estudos efetuados em Portugal nos quais participámos, esses valores registaram médias idênticas de 62,6% e de 65,7% respetivamente (PEREIRA *et al.*, 2012; PEIXOTO *et al.*, 2017). Ao procurar-se uma quantificação, sempre subjetiva, dado que se trata de uma autoperceção e de uma estimativa, do quanto se considera basear as práticas em evidências, deparamo-nos com uma situação paradoxal. Por um lado, o aparente otimismo demonstrado pelos enfermeiros, alvo de descrição na literatura (SQUIRES *et al.*, 2011b), remetendo-nos para uma perceção de que uma parte substantiva do exercício se suporta em evidências. A leitura inversa é igualmente desafiadora porquanto nos confronta com uma realidade singular, a saber, em que baseiam os participantes cerca de um terço das suas práticas?

## As atitudes

Transitando agora para o domínio das atitudes face à enfermagem baseada na evidência, em linha com a revisão da literatura (HART *et al.*, 2008; KOEHN; LEHMAN, 2008; MAJID *et al.*, 2011; MORENO-CASBAS *et al.*, 2011; SQUIRES *et al.*, 2011a; DALHEIM *et al.*, 2012; GONZÁLEZ-TORRENTE *et al.* 2012; YIP *et al.*, 2013), observa-se uma “atitude” fortemente positiva face à PBE, sendo esta a subescala que regista maior valor global. A esta postura certamente se associam os elevados níveis de qualificação (KAJERMO *et al.*, 2008) dos enfermeiros que constituem a amostra, não só em termos de formação graduada mas também pós-graduada. Porém, a leitura dos resultados observados na subescala “atitudes” do QCEPBE- 20 valorizando a PBE como sendo essencial à prática profissional, deverá conter igualmente uma particular atenção ao designado efeito da “desejabilidade social da resposta” uma vez que em sede das dimensões “conhecimentos / habilidades e competências” e sobretudo das “práticas” não ocorrem valores de igual correspondência e ou sobreponíveis como discutiremos em seguida. Adicionalmente é reconhecido que, mesmo sendo esta uma atitude prevalente entre interlocutores e dirigentes com responsabilidades acrescidas na prestação e gestão dos cuidados de enfermagem, tal não é sinónimo de uma efetiva priorização e incorporação de evidências no exercício profissional (MELNYK *et al.*, 2014).

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

## As práticas

Quando questionados sobre as “práticas” associadas à metodologia PBE, verifica-se uma realidade substantivamente diferente sendo esta a dimensão menos pontuada. Isto é, não ocorre uma correspondência entre a atitude favorável e a sua implementação no contexto do exercício e esse facto é ainda mais relevante quando os itens com as médias inferiores são precisamente “analisar criticamente a literatura” logo seguido por “localizar as evidências após a formulação de uma pergunta” e isto numa escala entre que considera retrospectivamente o último ano de exercício profissional. Estes resultados também ocorrem em outros estudos identificados na literatura (KOEHN; LEHMAN, 2008; BOSTRÖM *et al.*,



2009) podendo ser explicados pela maior exigência que ambas as etapas contemplam, sendo estas igualmente alvo de menor incorporação no contexto da prática clínica diária. Esta leitura é ainda reforçada pelos dados obtidos na subescala relativa aos “conhecimentos / habilidades e competências” e cuja discussão detalhada abordaremos em seguida. Para além da correlação entre esta dimensão e a dimensão atitudes tal como explorado anteriormente, verifica-se complementarmente uma correlação significativa entre as práticas e os conhecimentos, capacidades e competências transparecendo que quanto mais capacidades e competências se detêm ao nível da metodologia PBE, maior será o seu nível de aplicabilidade, relação que é igualmente reportada por diversos estudos (HART *et al.*, 2008; KOEHN; LEHMAN, 2008; SQUIRES *et al.*, 2011a,b).

Por outro lado, os dados relativos às práticas e às competências reforçam a dificuldade com que os enfermeiros se deparam em encontrar e avaliar a informação de melhor qualidade e relevância clínica pese embora se confrontem com um primado da sociedade de informação em que o acesso a esta se afigura aparentemente como fácil e imediato. As explicações para estas dificuldades poderão decorrer da informação baseada na evidência não estar predominantemente disponível em formatos mais apelativos e acessíveis (YIP *et al.*, 2013), das condições oferecidas pelos contextos de trabalho e do menor tempo decorrido desde a formação pré-graduada (RUDMAN *et al.*, 2012) ou ainda pela ausência de experiência no que se refere à própria participação em processos de produção de investigação (MORENO-CASBAS *et al.*, 2011).

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

Relativamente aos conhecimentos, capacidades e competências, para além das correlações já afloradas, destacam-se aspetos intrínsecos que devem ser igualmente alvo de discussão e que se apresentam em coerência com os achados anteriores. Concretamente e a este nível, as maiores lacunas apresentadas situam-se na “conversão das suas necessidades de informação numa pergunta de investigação” seguindo-se a “capacidade de determinar a validade do material” e “saber como obter as evidências”. Na essência estas dificuldades refletem os aspetos já descritos cuja menção também ocorre da literatura consultada, encontrando-se explicação para estes dados nas dificuldades em compreender as análises estatísticas (HART *et al.*, 2008), na maior experiência profissional e nas condições de trabalho existentes (GONZÁLEZ-TORRENTE *et al.* 2012) e ainda na educação / formação e características profissionais dos enfermeiros (SQUIRES *et al.*, 2011a).

## ■ CONSIDERAÇÕES FINAIS

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

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

## ■ REFERÊNCIAS

1. BOSTRÖM, A. M. *et al.* Registered nurses' application of evidence-based practice: a national survey. **Journal of Evaluation in Clinical Practice**., n. 15, p. 1159-1163, 2009.
2. BROWN, C. E. *et al.* Multi-institutional study of barriers to research utilisation and evidence-based practice among hospital nurses. **Journal of Clinical Nursing**., n. 19, p. 1944-1951, 2010.
3. CARPER, B. Fundamental patterns of knowing in nursing. *In*: NICOLL, L. (Ed.). **Perspectives on nursing theory**. Philadelphia (US): Lippincott, 1978.

4. DALHEIM, A. *et al.* Factors influencing the development of evidence-based practice among nurses: A self-report survey. **Health Services Research.**, v. 12, n. 367, p. 2-10. 2012.
5. DICENSO, A. Evidence-based nursing practice: How to get there from here. **Nursing Leadership.**, v. 16, n. 4, p. 20-26. 2003.
6. EASTABROOKS, C.; WINTHER, C.; DERKSEN L. Mapping the field: a bibliometric analysis of the research utilization literature in nursing. **Nursing Research.**, v. 53, n. 5, p. 293-303. 2004.
7. FAWCETT, J. *et al.* On nursing theories and evidence. **Journal of Nursing Scholarship.**, v. 33, n. 2, p. 115-119. 2001.
8. FERRAZ, L.; PEREIRA, R., PEREIRA, A. Tradução do Conhecimento e os desafios contemporâneos na área da saúde: uma revisão de escopo. **Saúde em Debate.**, v. 43, n. especial 2, p. 200–216, 2019.
9. FERRITO, C. Enfermagem baseada na evidência. Estudo piloto sobre as necessidades de informação para a prática de enfermagem. **Revista Percursos.**, v. 2, n. 3, p. 36-40, 2007.
10. FINEOUT-OVERHOLT, E.; JOHNSTON, L. Teaching EBP: Implementation of evidence: moving from evidence to action. **Worldviews on Evidence-Based Nursing.**, fourth quarter, p. 194-200, 2006.
11. FORTIN, M-F. **O Processo de investigação** (5ª Edição ed.). Loures: Lusociência, 2009.
12. GONZÁLEZ-TORRENTE, S. *et al.* Perception of evidence-based practice and the professional environment of primary health care nurses in the spanish context: A cross-sectional study. **Health Services Research.**, v. 12, n. 227, p. 1-9, 2012.
13. GRAHAM, I. D. *et al.* Lost in knowledge translation: Time for a map. **Journal of Continuing Education in the Health Professions.**, v. 26, n. 1, p. 13-24, 2006.
14. GREEN, B., SALKIND, N. J., & AKEY, T. M. **Using SPSS for windows.** New Jersey: Prentice-Hall, Inc, 1997.
15. GROL, R.; GRIMSHAW, J. From best evidence to best practice: Effective implementation of change in patients' care. **Lancet.**, n. 362, p. 1225-1230, 2003.
16. HART, P. *et al.* Effectiveness of a computer-based educational program on nurses' knowledge, attitude, and skill level related to evidence-based practice. **Worldviews on Evidence-Based Nursing.**, v. 5, p. 2, p. 75-84, 2008.
17. KAJERMO, K. *et al.* Predictors of nurses' perceptions of barriers to research utilization. **Journal of Nursing Management.**, n. 16, p. 305-314, 2008.
18. KAPLAN, L. *et al.* Improving the culture of evidence-based practice at a Magnet® Hospital. **Journal for Nurses in Professional Development.**, v. 30, n. 6, p. 274-280, 2014.
19. KITSON, A. *et al.* Evaluating the successful implementation of evidence into practice using the PARIHS framework: theoretical and practical challenges. **Implementation Science.**, v. 3, n. 1, p. 7-12. 2008.
20. KOEHN, M.; LEHMAN, K. Nurses' perceptions of evidence-based nursing practice. **Journal of Advanced Nursing.**, n. 62, p. 209-215, 2008.

21. LUNDMARK, V. Magnet environments for professional nursing practice. *In*: HUGHES, R. G. (Ed.), **Patient safety and quality: An evidence-based handbook for nurses**. (Prepared with support from the Robert Wood Johnson Foundation). Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality, 2008. p. 69–90.
22. MAJID, S. *et al.* Adopting evidence-based practice in clinical decision making: Nurses' perceptions, knowledge, and barriers. **Journal of the Medical Library Association.**, v. 99, n.3, p. 229-236, 2011.
23. MELNYK, B. *et al.* **A National survey & forum for nurse executives: Leveraging evidence-based practice to enhance healthcare quality, reliability, patient outcomes and cost containment**. (S.l.): Elsevier, 2014.
24. MILLS, J.; FIELD, J.; CANT, R. The place of knowledge and evidence in the context of Australian general practice nursing. **Worldviews on Evidence-Based Nursing.**, n. 6, p. 219-228, 2009.
25. MORENO-CASBAS, T. *et al.* Spanish nurses' attitudes towards research and perceived barriers and facilitators of research utilization: a comparative survey of nurses with and without experience as principal investigators. **Journal of Clinical Nursing.**, n. 20, p. 1936-1947, 2011.
26. PALLANT, J. **SPSS survival manual**. USA: Open University Press, 2001.
27. PEIXOTO, M. *et al.* Enfermagem baseada em evidência: atitudes, barreiras e práticas entre contextos de cuidados *In*: **Livro de Comunicações, Jornadas Internacionais de Enfermagem Comunitária 2016**, Escola Superior de Enfermagem do Porto, Porto, Portugal, 2017. p. 26-34.
28. PEREIRA, R.; CARDOSO, M.; MARTINS, M. Atitudes e barreiras à prática de enfermagem baseada na evidência em contexto comunitário. **Revista de Enfermagem Referência.**, v. 3, n. 7, p. 55-62, 2012.
29. PEREIRA, R. **Enfermagem baseada na evidência: atitudes, barreiras e práticas**. 2016. 180p. Tese (Doutoramento em Ciências de Enfermagem) – Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto, Porto, 2016. <http://hdl.handle.net/10216/84324>.
30. PEREIRA, R. *et al.* Validation of the Portuguese version of the Evidence-Based Practice Questionnaire. **Revista Latino-Americana de Enfermagem.**, v. 23, n. 2, p. 345-351, 2015.
31. PESTANA, M.; GAGEIRO, J. **Análise de dados para ciências sociais: a complementaridade do SPSS** (3ª ed.). Lisboa: Edições Sílabo, Lda, 2003.
32. QUEIRÓS, P.; FIGUEIREDO, M. B. Enfermagem, de ciência aplicada a ciência humana prática: Da racionalidade técnica à prática reflexiva. **ResearchGate**. 2015. doi:10.13140/RG.2.1.3959.4403.
33. RUDMAN, A. *et al.* Registered nurses' evidence-based practice: a longitudinal study of the first five years after graduation. **International Journal of Nursing Studies.**, n. 49, p. 1494-1504, 2012.
34. SQUIRES, J. *et al.* Individual determinants of research utilization by nurses: A systematic review update. **Implementation Science.**, v. 6, n. 1, p. 1-20, 2011a.
35. SQUIRES, J. *et al.* To what extent do nurses use research in clinical practice? A systematic review. **Implementation Science.**, v. 6, n. 21, p. 1-17, 2011b.

36. THOMPSON, D. *et al.* The relationship between busyness and research utilization: It is about time. **Journal of Clinical Nursing.**, n. 17, p. 539-548, 2008.
37. UPTON, D.; UPTON, P. Development of an evidence-based practice questionnaire for nurses. **Journal of Advanced Nursing.**, v. 54, n. 4, p. 454-458, 2006.
38. VAZ CARNEIRO, A. Cuidados de saúde baseados na evidência e as normas de orientação clínica. *In:* CAMPOS, L.; BORGES, M.; PORTUGAL, R. (Eds.) **Governança dos Hospitais.** Alfragide: Casa das Letras, 2009. p. 57-74.
39. YIP, W. K. *et al.* Nurses' perception towards evidence-based practice: A descriptive study. **Singapore Nursing Journal.**, v. 40, n. 1, p. 34-41, 2013.