



e s c o l a s u p e r i o r d e
e n f e r m a g e m
d e c o i m b r a

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO EM SUPERVISÃO CLÍNICA

Cuidados de Enfermagem: Uma Prática Baseada na Evidência

Mafalda Isabel Gonçalves Chicória

Coimbra, Novembro de 2013



e s c o l a s u p e r i o r d e
e n f e r m a g e m
d e c o i m b r a

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO EM SUPERVISÃO CLÍNICA

Cuidados de Enfermagem: Uma Prática Baseada na Evidência

Mafalda Isabel Gonçalves Chicória

Orientador: Professor Doutor Paulo Joaquim Pina Queirós, Professor
Coordenador na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

Dissertação apresentada à Escola Superior de Enfermagem de Coimbra
para obtenção do grau de Mestre em
Enfermagem na Área de Especialização em Supervisão Clínica.

Coimbra, Novembro de 2013

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

Leonardo da Vinci

AGRADECIMENTOS

Encaminho a minha sincera gratidão:

- Ao Professor Doutor Paulo Queirós, por ter aceite a orientação do presente trabalho e pela disponibilidade, interesse e apoio demonstrados na sua concretização;
- Aos enfermeiros participantes, pela recetividade e colaboração na investigação e pela partilha dos sentimentos, perceções e experiências vivenciados no contexto da prestação de cuidados;
- Aos enfermeiros responsáveis dos serviços pela recetividade revelada e pela disponibilização de espaços físicos para a realização das entrevistas;
- Às amigas, em particular à Carolina, Catarina, Filipa, Mariana e Sílvia, pela compreensão dos momentos de ausência e menor disponibilidade e pelo apoio dedicado;
- Ao Hélder, pela sua presença e dedicação e por todos os momentos de afeto, apoio e incentivo;
- À minha família, em especial à mãe e à avó, pelo apoio incondicional e pelo tempo que não pudemos partilhar.

LISTA DE SIGLAS

CLE – Curso de Licenciatura em Enfermagem

ESEnfC – Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

MBE – Medicina Baseada na Evidência

NHS – National Health Service

NOCs – Normas de Orientação Clínica

PBE – Prática Baseada na Evidência

RESUMO

O desenvolvimento da Enfermagem enquanto disciplina e profissão tem contribuído para o aumento significativo da produção de conhecimento, sendo este perspectivado como ferramenta essencial no suprir das necessidades verificadas na prática clínica. Contudo, a realidade vivenciada nos contextos clínicos não acompanha esta produção de evidência científica, assistindo-se a uma incongruência entre a teoria e a prática, percebida de forma mais intensificada entre os enfermeiros com diminuto tempo de experiência profissional. Deste modo, decidiu-se estudar e aprofundar as concepções de prática baseada na evidência entre os enfermeiros no contexto da prestação de cuidados, pretendendo-se contribuir para a minimização deste desfasamento.

Optou-se por um paradigma de investigação qualitativa, desenvolvendo-se um estudo descritivo comparativo orientado por uma abordagem fenomenológica, através da qual, com recurso às descrições das experiências e vivências dos participantes, se procurou conhecer e comparar a percepção e valorização da prática baseada na evidência por enfermeiros com diferente tempo de prática profissional e averiguar como estes acedem às evidências científicas.

Os resultados mostram que os significados dos enfermeiros relativamente à prática baseada na evidência se estruturam segundo cinco vetores: prática assertiva baseada no conhecimento experiencial; conhecimento em Investigação empobrecido; colegas de trabalho enquanto principal recurso de informação; experiência profissional condicionante da prática baseada na evidência; insuficiência de tempo e/ou de recursos humanos enquanto principais barreiras à implementação das evidências na prática. Evidenciam-se, pois, elementos influentes, como fatores de índole pessoal, organizacional e formativa, demonstrando-se fulcral a articulação entre os contributos da prática, os recursos do contexto e os da escola.

Palavras-chave: Enfermagem; Prática Clínica Baseada na Evidência; Supervisão de Enfermagem.

ABSTRACT

The development of Nursing as a discipline and profession has contributed to the significant increase of knowledge acquirement, and therefore may be considered as an essential tool in supplying the needs identified in clinical practice. Nevertheless, the reality experienced in clinical settings does not accompany this production of scientific evidence, leading to a mismatch between theory and practice, acknowledged even more intensively among nurses with reduced professional experience. Hence this evidence, it was considered necessary to study and reflect deeper to the conceptions of PBE among nurses in the context of care, aiming to minimize this gap.

It was decided to pursue a qualitative research paradigm, developing a descriptive comparative study guided by a phenomenological approach, through which, using the descriptions of the lived experiences of the participants, it would be possible to cognize and compare the perception and valuation-based practice evidence by nurses with different professional practice and find out how they access the scientific evidence.

The results highlighted that the conception of nurses regarding evidence-based practice are structured according to five vectors: practice assertive based on experiential knowledge; knowledge depleted Research; co-workers as the main information resource; experience determinant of evidence-based practice; insufficient time and / or human resources as the main obstacle to the implementation of evidence in practice. It became evident, consequently, the existence of influential elements factors, such as of a personal nature, and organizational training, showing up the central link between the contributions of practice, resources and school context.

Keywords: Nursing; Evidence-Based Practice; Nursing, Supervisory.

ÍNDICE

NOTA INTRODUTÓRIA	19
PARTE I - ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL: TORNANDO A EVIDÊNCIA EM PRÁTICA	23
CAPÍTULO 1 - A EVIDÊNCIA EM ENFERMAGEM	25
1.1. ABORDAGEM HISTÓRICA DA INVESTIGAÇÃO CIENTÍFICA EM ENFERMAGEM	25
1.1.1. Investigação clínica.....	27
1.2. FONTES DE INFORMAÇÃO CIENTÍFICA.....	27
1.3. HIERARQUIA DAS EVIDÊNCIAS	28
1.4. RELAÇÃO TEORIA - PRÁTICA	30
CAPÍTULO 2 - PRÁTICA BASEADA NA EVIDÊNCIA	35
2.1. CONCEITO.....	36
2.1.1. Elementos-chave	38
2.1.2. Etapas.....	38
2.2. PRÁTICA BASEADA NA EVIDÊNCIA, CULTURA ORGANIZACIONAL E MUDANÇA	39
2.2.1.Barreiras à implementação da Prática Baseada na Evidência.....	43
2.2.2. Estratégias para a implementação da Prática Baseada na Evidência	45
2.3. PRÁTICA BASEADA NA EVIDÊNCIA E DECISÃO CLÍNICA	49
2.4. PRÁTICA BASEADA NA EVIDÊNCIA E QUALIDADE EM SAÚDE	53
PARTE II - PLANEAMENTO DO ESTUDO.....	61
CAPÍTULO 3 – PROBLEMÁTICA EM ESTUDO.....	63
CAPÍTULO 4 - OPÇÃO METODOLÓGICA E TIPO DE ESTUDO	65
4.1. PARTICIPANTES E CONTEXTO DO ESTUDO	69
4.2. PROCESSO DE RECOLHA DE INFORMAÇÃO	71
4.3. PROCEDIMENTO DE TRATAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS.....	73

PARTE III – CUIDADOS DE ENFERMAGEM: UMA PRÁTICA BASEADA NA EVIDÊNCIA – ESTUDO EMPÍRICO	77
CAPÍTULO 5 - PRÁTICA ASSERTIVA BASEADA NO CONHECIMENTO EXPERIENCIAL	79
CAPÍTULO 6 – COLEGAS DE TRABALHO COMO PRINCIPAL RECURSO DE INFORMAÇÃO	85
CAPÍTULO 7 – CONHECIMENTO EM INVESTIGAÇÃO EMPOBRECIDO...89	
CAPÍTULO 8 – EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL CONDICIONANTE DA PBE	97
CAPÍTULO 9 – INSUFICIÊNCIA DE RECURSOS HUMANOS E/OU INSUFICIÊNCIA DE TEMPO ENQUANTO BARREIRAS À IMPLEMENTAÇÃO DAS EVIDÊNCIAS NA PRÁTICA.....	107
PARTE IV - CONCLUSÕES E SUGESTÕES	115
NOTA FINAL.....	123
BIBLIOGRAFIA.....	125

APÊNDICES

APÊNDICE I - Guião de entrevista

APÊNDICE II - Estrutura essencial global

APÊNDICE III - Estruturas essenciais inerentes aos três grupos de participantes

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 – Hierarquia das evidências	30
Figura 2 – A PBE no contexto da prestação de cuidados	83
Figura 3 – Colegas de trabalho enquanto principal recurso de informação	88
Figura 4 – Conhecimento em investigação empobrecido	95
Figura 5 – Experiência profissional condicionante da PBE	105
Figura 6 – Insuficiência de recursos humanos e/ou falta de tempo enquanto barreiras à PBE.....	114

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 – Características sociodemográficas dos participantes	71
---	----

NOTA INTRODUTÓRIA

Nos últimos anos, a enfermagem foi marcada por uma franca evolução académica e profissional, ampliando, de forma notória, o seu corpo de conhecimentos como disciplina científica e, conseqüentemente, afirmando-se mais convictamente enquanto profissão autónoma.

É sabido que este desenvolvimento da enfermagem enquanto disciplina e profissão tem acompanhado as necessidades detetadas a nível dos contextos da prestação de cuidados. Todavia, esta realidade nem sempre é verificada na prática clínica diária, contribuindo para uma incongruência entre a teoria e a prática.

A motivação e interesse para a realização da investigação emergiu das experiências vivenciadas não só enquanto estudante do Curso de Licenciatura em Enfermagem (CLE), como, atualmente, enquanto profissional de enfermagem e estudante do Curso de Mestrado em Enfermagem. Constatando, com alguma regularidade, a desarticulação entre a teoria apreendida durante a formação base e a prática clínica e, ainda, entre as novas evidências científicas e a prestação de cuidados, sendo esta perceção extensível a outros colegas, essencialmente com diminuta experiência profissional, procedeu-se ao delineamento do presente estudo.

Este desenvolvimento académico, que não tem apresentado reflexos visíveis nos contextos da prestação de cuidados, induz um trabalho reflexivo acerca da perceção, nos enfermeiros, dos contributos teóricos e científicos na prática clínica.

Face ao constrangimento verificado, e porque o indivíduo age consoante as suas perceções e interpretações, surge a necessidade de compreender como é experienciada a Prática Baseada na Evidência (PBE) pelos enfermeiros, nos diversos períodos da vida profissional, analisando-se as conceções relativas ao fenómeno e constatando os seus elementos influentes.

Neste seguimento, apresenta-se o relatório da dissertação acerca do tema, intitulado de “Cuidados de Enfermagem Uma Prática Baseada na Evidência.”. O estudo está

incorporado na área de Enfermagem, constituindo um elemento formal de avaliação do II Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Supervisão Clínica da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESEnfC), apresentando como objetivo último cooperar na minimização do desfasamento constatado entre a teoria e a prática.

As experiências individuais dos enfermeiros, sabendo-se que contribuem significativamente para o desenvolvimento dos enfermeiros e da enfermagem, não têm sido suficientemente exploradas, não se proporcionando o enriquecimento que os auxilia a fortalecer as conceções e decisões no âmbito profissional. Neste contexto, e assumindo a natureza do fenómeno em estudo, optou-se por realizar uma investigação descritiva comparativa, recorrendo a uma metodologia fenomenológica, enquadrada no paradigma qualitativo, valorizando-se, deste modo, as descrições das vivências pessoais dos participantes.

O presente estudo encontra-se estruturado em quatro partes fundamentais, seguindo uma orientação consonante com as etapas do processo de investigação.

A primeira parte, designada “Enquadramento conceptual: Tornando a evidência em prática”, formada por dois capítulos, contempla, pois, o enquadramento conceptual, no qual se apresentam alguns subsídios teóricos relacionados com o fenómeno em estudo que auxiliam a compreensão da problemática. As referências teóricas, patentes nesta parte do documento, facultam ainda a adoção de diversos eixos de análise inerentes ao modo de perspetivar e compreender o fenómeno PBE entre os enfermeiros, no contexto da prestação de cuidados.

Numa segunda fase, surge a Parte II da investigação, igualmente formada por dois capítulos, e que, contemplando o planeamento do estudo, inclui a descrição da problemática, bem como as opções metodológicas que sustentaram a realização do estudo, compreendendo uma descrição detalhada do caminho percorrido até ao emergir das principais conclusões.

Segue-se na Parte III, denominada “Cuidados de enfermagem: uma prática baseada na evidência – estudo empírico”, a interpretação e análise dos resultados encontrados nas descrições dos participantes, conseguidas através de entrevistas realizadas, recorrendo-se para tal, a algum suporte teórico. Esta parte, constituindo ela própria um capítulo,

contempla, conforme as essências do fenómeno encontradas, uma discussão dos dados empíricos obtidos.

Posteriormente, expõem-se, numa quarta parte, as conclusões e sugestões da investigação que, indubitavelmente, constituem valiosos contributos para uma melhoria da prestação de cuidados de enfermagem e o ponto de partida para outras investigações na área.

Surge, numa última fase, algumas considerações gerais acerca do percurso realizado, da opção metodológica aos principais frutos do estudo.

PARTE I - ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL: TORNANDO A EVIDÊNCIA EM PRÁTICA

Procura-se, nesta fase, realizar um aprofundamento da temática em estudo, uma vez que pode redirecionar o investigador no seu percurso investigativo, podendo ser particularmente relevante no processo de recolha de dados, uma vez que proporciona a construção de questões de maior relevância e, conseqüentemente, respostas com um mais enriquecido conteúdo.

Não se pretende, por isso, a apresentação de uma revisão da literatura exaustiva, mas sim, através da exposição dos conceitos centrais ao fenómeno, focalizar a problemática em estudo.

Deste modo, executa-se neste parte do documento uma contextualização da problemática em estudo que se efetua em dois momentos. Num primeiro capítulo, aborda-se o desenvolvimento e caracterização da Enfermagem enquanto disciplina científica e profissão, para, num segundo capítulo, se aprofundar o que se pretende efetivamente investigar – a PBE no contexto da prestação de cuidados de enfermagem e os fatores que lhe são intrínsecos.

CAPÍTULO 1 - A EVIDÊNCIA EM ENFERMAGEM

O exercício da mente individual é convertido e consolidado num processo social, tornando-se um facto científico (Uchôa e Camargo Jr., 2010). O facto científico inicia-se, por isso, na resistência da descoberta individual e firma-se na apreciação do coletivo (Fleck *apud* Uchôa e Camargo Jr., 2010).

Para French (1999), evidência consiste na verdade, conhecimento, informação relevante que confirme ou refute uma crença, resultados de investigação primária, revisões sistemáticas e metanálises. Neste contexto, conforme refere Pearson *et al.* (2005), os profissionais de saúde procuram a evidência para comprovar o valor de uma ampla gama de atividades e intervenções na sua prática diária.

1.1. ABORDAGEM HISTÓRICA DA INVESTIGAÇÃO CIENTÍFICA EM ENFERMAGEM

De acordo com Meleis (2010), desenvolver teoria é indispensável e bastante benéfico para a prática clínica, sendo que se clarificam domínios e identifica-se o que pertence ou não ao campo da enfermagem, racionalizando-se recursos e focalizando as ações nas terapêuticas de enfermagem.

A investigação em enfermagem surgiu na segunda metade do século XIX, sendo Florence Nightingale a responsável pela definição das suas ideias e práticas (Sousa, 2012). Segundo Kim (2010), os esforços da enfermagem para definir-se como um sistema de conhecimento legítimo tem início na década de 1950, com o movimento de separação da medicina, no sentido de se tornar uma disciplina distinta e uma profissão.

Entre 1900 e 1950, a investigação em enfermagem estava ainda pouco desenvolvida e os seus principais focos constituíam as atribuições do pessoal de enfermagem no hospital e a melhoria da componente técnica dos enfermeiros (Fortin, 2009).

Surge, em 1952, a primeira revista de investigação em enfermagem, de denominação Nursing Research. No seguimento da década de 50 surgem as teorias e modelos conceptuais em ciências da enfermagem, realçando a importância e necessidade da investigação no desenvolvimento da profissão (*Idem*).

Tem-se, por isso, constatado um esforço contínuo para estabelecer a enfermagem como ciência específica (Kim, 2010).

Designa-se por “ciência de enfermagem” o conhecimento da base disciplinar de enfermagem. Esta designação é particularmente útil para localizar a disciplina dentro do mundo do conhecimento moderno. Nas últimas três décadas tem-se verificado um crescimento exponencial do conhecimento de enfermagem, com adoção de métodos empíricos e de pesquisa que, conjugado com o positivismo, tem fomentado um sentimento de desenvolvimento de enfermagem enquanto ciência empírica (*Idem*).

A enfermagem é uma disciplina prática humana e o seu conhecimento deve basear-se no pressuposto de que a prática é moldada pela disciplina e pelos profissionais individualmente (*Ibidem*). Por outras palavras, o conhecimento profissional do enfermeiro baseia-se na teoria, a qual se aplica aos problemas da prática. A teoria é tida como conhecimento real e verdadeiro, ainda que a prática seja considerada o lugar onde são aplicados estes conhecimentos para a resolução de problemas (Medina, 1999).

Segundo Medina Moya (2005), embora a enfermagem tenha vindo a crescer exponencialmente em volume de produção teórica desde a sua incorporação na universidade, constituindo um forte indicador de desenvolvimento académico, estes saberes têm apresentado escassa relevância prático-profissional.

A prática de enfermagem é caracterizada por um carácter científico, devido à sua orientação instrumental e à sua base disciplinar assente no conhecimento científico. Entende-se por carácter científico a tomada de decisões práticas orientadas pela ciência e conhecimento científico. No entanto, o carácter científico da prática de enfermagem não depende apenas da transferência direta do conhecimento científico para a prática, mas da avaliação da ciência para a sua heurística e poder explicativo, bem como da aplicação da racionalidade prática relativamente aos resultados esperados e requisitos situacionais (Kim, 2010).

1.1.1. Investigação clínica

A melhor evidência é proveniente da pesquisa clínica relevante, focada no utente, no sentido de aprimorar as medidas de diagnóstico, os indicadores de prognóstico e tratamento, a reabilitação e a prevenção (Pedrolo *et al.*, 2009).

De acordo com Gonzaga (1994), a investigação clínica constitui uma forma de investigação científica que se diferencia apenas pelo seu campo de estudo. Esta contribui para a evolução da prática clínica no sentido em que motiva para a leitura crítica, promove a imaginação e a reflexão e auxilia na fundamentação da prática clínica.

Segundo Sackett (2003), os resultados das investigações clínicas substituem as condutas previamente aceites por informações mais seguras, acuradas e eficazes. Deste modo, através do reconhecimento dos enfermeiros relativamente à necessidade diária de apreciações válidas para o diagnóstico, prognóstico, intervenções e prevenção, este paradigma tornou-se uma vertente na produção e validação de conhecimento.

Galvão, Sawada e Mendes (2003) acrescentam que quando a investigação pretende averiguar quanto a causas, diagnósticos, prognósticos, prevenção, tratamento e custos de saúde, o estudo de base será de índole quantitativa. Caso a investigação pretenda aprofundar o significado ou experiências de doença e compreender os sentimentos dos utentes, a metodologia deverá ser qualitativa.

1.2. FONTES DE INFORMAÇÃO CIENTÍFICA

A biblioteca constitui um bom local de pesquisa de informação, essencialmente se acoplada a hospitais e universidades, quando a investigação se enquadra no âmbito da saúde (Sousa, 2012). Nestas incluem-se, entre outros recursos, os livros, que permitem a recolha de informações válidas inerentes a conhecimentos estáveis (Galvão, Sawada e Mendes, 2003).

A propósito, os mesmos autores referem que deve ter-se presente que o período entre a finalização de um livro e a sua publicação é de aproximadamente dois anos, pelo que, caso não se trate de informação estável, neste período a informação pode tornar-se desatualizada. Acrescentam ainda que os livros devem ser revistos frequentemente, pelo menos uma vez por ano, para que sejam considerados fiáveis. Na sua construção deve ter-

se em linha de conta a hierarquia das evidências, procurando incorporar evidências o mais fortes possível.

Em bibliotecas podem também encontrar-se revistas que constituem um meio de partilha de informação entre profissionais. Contudo, esta informação deve ser submetida a uma reflexão, nomeadamente relativa ao alcance da revista (local, nacional ou internacional), tipo de abordagem científica e ao carácter científico da informação (Galvão, Sawada e Mendes, 2003).

Outros documentos, nomeadamente artigos científicos, podem ser encontrados através de bases de dados *online*. A internet surge, portanto, como uma importante e acessível fonte de informação, através da qual os profissionais podem diminuir o tempo de pesquisa. Constituem bases de dados científicas *online*: Cochrane Collaboration; Centro Cochrane do Brasil; Netting the Evidence; Center for Evidence-Based Nursing; The Joanna Briggs Institute for Evidence-Based Nursing and Midwifery e Evidence-Based Nursing / Evidence-Based Medicine (*Idem*).

A Cochrane Library é a principal fonte específica de conhecimentos. Pertence à Cochrane Collaboration, fundada em Oxford, Inglaterra, em 1993 e é constituída por cerca de 80 profissionais concentrados em diversos países. Por contemplar profissionais competentes que utilizam afincadamente uma política de PBE na construção de revisões sistemáticas, é considerada uma fonte de evidências de elevada fiabilidade (*Ibidem*).

1.3. HIERARQUIA DAS EVIDÊNCIAS

O compromisso moral do enfermeiro não é apenas contribuir para o bem-estar da pessoa mas também ser competente na resolução técnica da doença (Medina, 1999). Assim, como defende French (1999), a avaliação crítica da validade e relevância da evidência encontrada demonstra-se imprescindível uma vez que, caso a evidência não seja relevante ou sejam utilizadas opiniões e experiências na formulação da recomendação clínica, esta poderá ser incompleta e enganosa, causando danos ao utente.

Em enfermagem, bem como noutras disciplinas práticas, os profissionais de saúde não utilizam apenas o conhecimento sistematizado na disciplina e são, simultaneamente, possuidores de conhecimentos colocados em ação conjuntamente com os primeiros (Queirós, 2011).

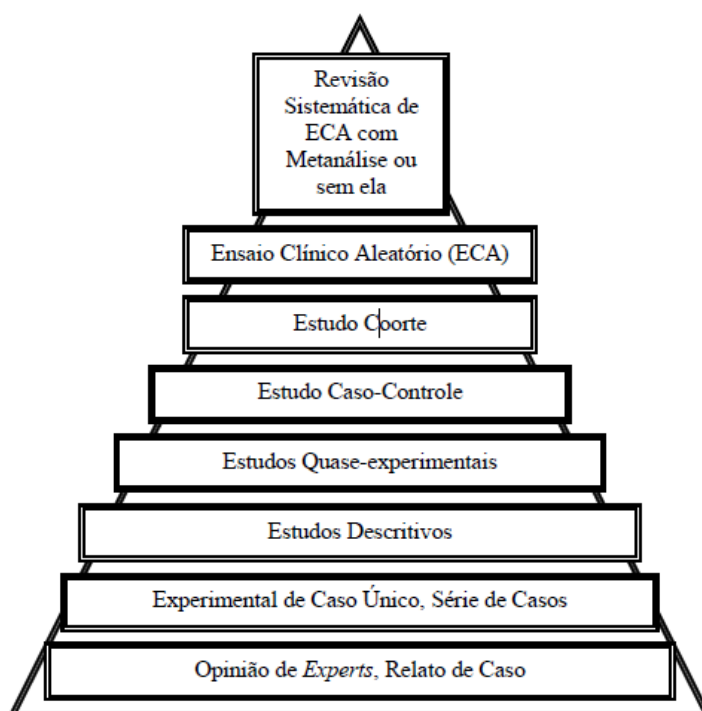
Kim (2010) refere que em enfermagem o conhecimento resulta de dois vetores, o conhecimento privado e o conhecimento público, sendo que em disciplinas práticas, os profissionais não utilizam apenas o conhecimento da disciplina, sendo possuidores de um certo conjunto de saberes. O conhecimento privado consiste no saber pessoal, adquirido com a experiência, com a clínica. Já o conhecimento público está relacionado com os saberes da disciplina (teorias, evidências científicas, consensos).

Verifica-se uma certa confusão entre o conhecimento público e privado, já que, os profissionais e cientistas de enfermagem, ao mesmo tempo que contribuem para o desenvolvimento do conhecimento público, geram igualmente o seu conhecimento privado. O conhecimento privado é enriquecido através das experiências pessoais, autorreferenciais e reflexivas, já o conhecimento público é desenvolvido através de atividades dentro da comunidade científica de enfermagem (*Idem*).

Em consonância com o Modelo de Cuidados de Saúde Baseados na Evidência do Instituto Joanna Briggs, a noção de evidência é abordada de forma pluralista, sendo que os resultados de estudos de investigação qualitativa são considerados evidência gerada rigorosamente e outros textos derivados da opinião, experiência e perícia são tidos como formas de evidência quando os resultados da investigação não estão disponíveis (Pearson *et al.*, 2005).

A perspetiva de Sampaio e Mancini (2007) complementa a anterior, assumindo-se que nem todos os estudos são adequadamente desenvolvidos, demonstrando-se necessária a avaliação cuidadosa da validade e aplicabilidade clínica dos resultados.

Figura 1 – Hierarquia das evidências



Fonte: Sampaio e Mancini (2007)

A revisão sistemática e metanálise constituem os métodos mais atuais e adequados para resumir e sintetizar a evidência acerca da eficácia e efeito das intervenções. Contudo, os ensaios clínicos aleatórios são os estudos mais apropriados no fornecimento de evidências sobre os efeitos de determinada intervenção. Deste modo, revelam-se vantajosas revisões sistemáticas de ensaios clínicos aleatórios com ou sem metanálise (Linde e Willich, 2003), encontrando-se, conforme mostra a figura 1, no topo da hierarquia das evidências. A opinião de *experts* e os relatos de caso constituem o nível mais baixo de evidência.

Neste contexto, Domenico (2001) refere que a PBE implica, além da competência clínica do avaliador e dos princípios da epidemiologia clínica, a validação dos conhecimentos gerados pelas pesquisas sistemáticas. A identificação da hierarquia das evidências auxilia na análise crítica das evidências consultadas pelo enfermeiro para a sua aplicação ou não na prática profissional (French, 1999).

1.4. RELAÇÃO TEORIA - PRÁTICA

Muitas foram as áreas, essencialmente do domínio biomédico, que constituíram o fundamento e conteúdo dos planos de estudos nas escolas de enfermagem. Estes saberes

foram desenvolvidos para dar resposta aos interesses práticos da medicina, sendo levados a cabo pelas enfermeiras que conferiam assim um fundamento empírico ao seu trabalho. Estes conduziram, por isso, a uma dissolução do trabalho de enfermagem no trabalho da medicina e, conseqüentemente, a uma subordinação da enfermeira perante o médico no âmbito prático e teórico (Medina, 1999).

Nos finais do século XIX, os planos de estudos refletiam nitidamente a dominância médica, situação que nos dias de hoje se mantém de modo mais ou menos explícito. Os médicos determinavam a estrutura e conteúdo dos planos de estudos, constituindo-se desta forma cursos de medicina simplificados para enfermeiras. O papel da enfermeira era igualado ao papel de mãe submissa e obediente, sendo que o papel do médico era o de cabeça de família. Assim, como se fosse uma esposa e uma mãe, a função da enfermeira foi associada à subordinação ao saber médico e caracterizada pelo altruísmo, sacrifício, bondade, obediência e pensamento subteórico. Pensar e refletir eram funções do cabeça de família, o médico. Foi este o cenário que contribuiu para o perpetuar da dualidade entre ciência e prática. A compaixão e altruísmo da enfermeira não podiam ser equiparados ao rigor e objetividade do pensamento científico, apenas podiam ser tidos como complementos subsidiários (*Idem*).

A partir da primeira década do século XX as enfermeiras, sobretudo as teóricas e académicas, afastaram-se do domínio opressivo e emanciparam-se, abraçando os mecanismos de legitimação discursiva que os seus opressores utilizavam. Seguindo uma lógica instrumental, contribuíram para noções erróneas de teoria e prática que ainda hoje se verificam em muitos sectores de enfermagem. Deste modo, iniciou-se um caminho em busca da identidade perdida que, no entanto, devido à crescente racionalização dos campos de práticas, conseqüente do impacto da filosofia e epistemologia do positivismo do século XX, produziu conhecimentos que se foram transformando num saber teoricamente orientado. A busca e reivindicação da identidade e autonomia profissional através do desenvolvimento de um corpo próprio de saberes e as primeiras tentativas de teorização foram influenciadas por paradigmas de outras disciplinas e pela formação recebida pelas primeiras teóricas de enfermagem. Contudo, o interesse em encontrar uma teoria geral de enfermagem motivou o uso de uma linguagem muito abstrata e, em determinadas circunstâncias, simplista e reducionista. Os trabalhos careciam de base empírica, sendo que devido à linguagem esotérica que continham e que não contemplava

soluções práticas para os problemas nos cuidados aos utentes, as enfermeiras evitavam e recusavam a sua utilização, ignorando as construções teóricas em geral. Desta forma, a utilização das teorias ficou delegada ao âmbito académico, mais como marco de significado do que instrumento para resolver problemas da prática (*Ibidem*).

De acordo com o mesmo autor, a partir dos anos 30, deste processo de transformação do saber e de alienação das preocupações e problemas provenientes da prática, a enfermagem foca a sua atenção na pedagogia para encontrar o seu fundamento científico e a sua legitimação como disciplina. As investigadoras de enfermagem adotaram assim os métodos e objetivos da investigação educativa que, no entanto, não foram bem-sucedidos. As preocupações destas não seriam a resolução de problemas com que as enfermeiras se deparavam na prática mas sim a formalização e validação deste conhecimento segundo os parâmetros científicos. Por outro lado, a necessidade de construir um currículo mais profissionalizado induziu nos professores a crença de que as teorias e modelos de enfermagem constituíam o elemento, fundamental e legítimo, chave para o desenho e desenvolvimento do currículo de enfermagem e da prática profissional. Deste modo, o objeto da teoria, que inicialmente era a resolução de questões relevantes para a prática, consistia em dar forma e conteúdo ao currículo do enfermeiro.

Num terceiro momento, assistiu-se ao interesse que os campos de práticas relacionadas com a saúde suscitaram a investigadores e teóricos de áreas de estudo alheias a esta. Surgiram, por isso, subdisciplinas nestes contextos, como é o caso da antropologia da saúde, que não sendo orientadas para as exigências da prática de enfermagem, respondem a interesses diferenciados dos respetivos campos disciplinares, desenvolvendo-se de acordo com a lógica interna da própria disciplina. A constituição da enfermagem como campo de estudo proporcionou a construção de um marco teórico mais sistematizado embora, simultaneamente, se tenha assistido à artificialização do conhecimento prático e tácito da enfermagem, transformando-o num saber teórico afastado dos interesses e preocupações da prática. Esta divisão da enfermagem num campo de práticas e de estudo perdura, verificando-se nos dias de hoje uma visão tecnológica, isto é, prescritiva e hierárquica da relação teoria-prática (Medina, 1999).

Segundo Medina Moya (2008), deve ser abandonada a crença de que o conhecimento teórico é por si mesmo um meio para a ação profissional ou que os saberes do tipo procedimental contêm em si mesmo a chave para a resolução das situações de forma e

momento oportunos. A teoria de enfermagem guia a prática ao predizer o que ocorrerá quando se modifica aspetos da realidade do cuidar ou, por outras palavras, a teoria proporciona os fundamentos que permitem tomar decisões racionais acerca do cuidado das pessoas (Medina, 1999).

Para Flaming (2001), a prática de enfermagem é analisada partindo do pressuposto de que a relação entre a teoria e a prática não é linear nem direta. O enfermeiro é possuidor de um “saber na ação”, saber produto da biografia e experiências passadas, dos conhecimentos atuais e da sua relação ativa com a prática (Medina Moya, 2008). Assim, a teoria e a prática estão efetivamente interligadas sendo, no entanto, esta relação influenciada por contingências pessoais e situacionais (Flaming, 2001).

O enfermeiro não é a justaposição do saber erudito da biologia, da farmacologia e da psicologia. Ser enfermeiro implica uma prática refletida que recorre aos saberes oportunos no momento adequado e aplicação destes nas diversas situações de forma pertinente (Medina Moya, 2008).

Referindo-se ainda ao abismo verificado entre a teoria e a prática, Medina (1999) acrescenta que este se deve à errónea suposição de que podem produzir-se conhecimentos e saberes dentro de contextos teóricos e práticos diferentes daqueles onde se devem aplicar.

CAPÍTULO 2 - PRÁTICA BASEADA NA EVIDÊNCIA

A PBE tem os seus primórdios na década de 90, com a introdução do conceito Medicina Baseada na Evidência (MBE) na Universidade de Oxford, em Inglaterra (Peña, 2001), e, posteriormente, com o contributo de um grupo de investigadores da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de McMaster, em Ontário, no Canadá (Conselho Internacional de Enfermeiros, 2012). Circunscrevendo-se à “medicina” e não aos cuidados de saúde (Sackett *et al.*, 1997), esta foi definida no sentido de evoluir de uma cultura baseada na experiência clínica, para uma outra onde a tomada de decisão médica se foca em informação sem viés e onde os benefícios para o utente são valorizados (Conselho Internacional de Enfermeiros, 2012).

De acordo com Sackett *et al.* (1997, p. 2), MBE funda-se no “uso consciente, explícito e criterioso da melhor evidência existente para tomar decisões sobre cuidados de saúde aos doentes”. Para os mesmos autores, a prática da MBE implica a integração da competência clínica individual com o que de melhor existe disponível em evidência clínica pela investigação sistemática e que incorpore a perspectiva do utente na tomada de decisão clínica.

Mais tarde, realçando-se o valor da competência clínica e as perspectivas do utente, definiu-se MBE como a “integração da melhor evidência pela investigação com a competência clínica e os valores do doente” (Sackett *et al.*, 2000, p. 1). Neste sentido, à melhor evidência corresponde a investigação clínica relevante, especialmente centrada no utente. Obter-se novas evidências implica não só invalidar testes de diagnóstico e tratamentos anteriormente aceites, como também substituí-los por outros mais recentes, mais poderosos, corretos, eficazes e seguros (Sackett *et al.*, 2000).

A competência profissional compreende a aptidão para utilizar capacidades e experiência clínica, identificando-se rapidamente o estado de saúde, o diagnóstico do utente, os riscos e benefícios individuais de intervenções potenciais, os valores e expectativas pessoais. Depreende-se assim que as preferências, preocupações e expectativas singulares, isto é, os valores do utente, devem ser integrados nas decisões clínicas (*Idem*).

Deste modo, e de acordo com Medina (1999), a prática de cuidados pode adquirir o seu significado a partir de explicações teóricas ou através de interpretações da prática.

A MBE consiste, portanto, numa ciência e num movimento que visam diminuir a incerteza na tomada de decisão, reduzir a probabilidade de erro e de causar mais mal do que bem ao utente (Atallah, 2004).

Face à redução de custos e aos benefícios evidentes para o utente, outros clínicos demonstraram interesse por esta cultura, dos quais os enfermeiros não foram exceção, surgindo a PBE (Conselho Internacional de Enfermeiros, 2012).

Segundo Pereira, Cardoso e Martins (2012), uma PBE vai ao encontro da obrigação social da enfermagem enquanto profissão e ciência, sendo que alicerça a sua credibilidade entre as áreas de conhecimento no contexto da saúde e sustenta eventuais mudanças a nível político no âmbito da saúde.

Além de advogar a melhoria da qualidade do cuidado e a diminuição dos custos, a PBE atribui à decisão clínica uma racionalidade custo-benefício dotada de valor ético (Uchôa e Camargo Jr., 2010).

2.1. CONCEITO

A PBE consiste na aplicação consciente, explícita e judiciosa da melhor evidência atual na tomada de decisão inerente ao cuidar individual do utente (Atallah e Castro, 1998). De acordo com Craig e Smyth (2004), significa não só fazer as coisas de uma forma mais eficaz e com os mais elevados padrões possíveis, mas ainda assegurar que o que é feito é feito “bem”.

Atallah (2004) indica que a PBE é o elo entre a boa pesquisa científica e a prática clínica. Esta utiliza provas científicas existentes e disponíveis no momento, detentoras de boa validade interna e externa, para aplicação dos seus resultados na prática clínica.

Segundo Peña (2001), ainda que um dos padrões de conhecimento seja o empírico, e talvez um dos mais conhecidos e utilizados, existem outros padrões de conhecimento como o ético, o pessoal e estético, sendo que estes estão mais focados na identificação e análise das crenças e valores inerentes aos indivíduos e grupos e à classificação destes.

Deste modo, a PBE tem em consideração não só o reconhecimento dos conhecimentos explícitos, mas também dos tácitos, assumindo que é impossível tornar explícitos todos os aspetos da competência profissional (Nobre, Bernardo e Jatene, 2003).

O enfermeiro deve, por isso, contextualizar o fenómeno biológico (a doença), pois só assim esta tem sentido num indivíduo concreto com determinada biografia, num momento e lugar específico e com condições sociais concretas. A enfermagem deve incluir os saberes, valores, interesses e expectativas da pessoa cuidada (Medina, 1999).

A PBE não nega, portanto, o valor da experiência pessoal mas propõe que esta seja alicerçada em evidências. Consciencializar os clínicos sobre a necessidade de se praticar a PBE permite ampliar a qualidade do atendimento ao utente, considerando o contexto do mesmo, a experiência profissional do clínico e a melhor evidência disponível (El Dib, 2007).

Segundo Conselho Internacional de Enfermeiros (2012, p. 10), a PBE consiste num “método de resolução de problemas no âmbito da decisão clínica que incorpora uma pesquisa da melhor e mais recente evidência, experiência e avaliação clínica, bem como as preferências do utente no contexto do cuidar”. Esta definição vai de encontro à de Sackett (2003), para o qual a PBE incorpora a habilidade clínica, isto é, capacidade para utilizar conhecimentos clínicos e experiências prévias na identificação do estado de saúde e diagnóstico, bem como os riscos individuais e os benefícios possíveis das intervenções propostas. Inclui ainda a preferência do utente, ou seja, a integração dos seus valores, expectativas e preocupações no cuidado e nas decisões clínicas.

Neste seguimento, Medina Moya (2005) refere que a natureza técnica do saber académico e a sua suposta cientificidade proporcionam um conhecimento abstrato e normativo que apenas é útil como via para a resolução de problemas dos enfermeiros em alguns momentos concretos da prática profissional, pois esta é instável, incerta, completa e saturada de juízos de valor.

De acordo com Pearson *et al.* (2005), os cuidados de saúde baseados na evidência são resultado de um processo contínuo que suscita interrogações, preocupações ou interesses a partir da identificação das necessidades gerais de cuidados de saúde, não só por clínicos mas também por utentes. Estes são orientados de forma a gerar conhecimento e evidência

científica de qualidade que, adequada e eficazmente, dê resposta a estas necessidades de modo exequível e significativo para as populações, culturas e contextos específicos.

O ideal da PBE inclui, pois, uma prática reflexiva e cuidadosa, na qual além da identificação da dúvida, são tomadas medidas com o intuito de corrigir distorções e desvios de rumo durante o processo clínico (Nobre, Bernardo e Jatene, 2003).

2.1.1. Elementos-chave

De acordo com o Conselho Internacional de Enfermeiros (2012), são três os elementos-chave para a PBE – a melhor evidência disponível; as necessidades e preferências dos utilizadores dos serviços de saúde; a experiência, as competências e juízo clínico do enfermeiro.

2.1.2. Etapas

A PBE baseia-se em cinco etapas. Inicialmente, elabora-se uma pergunta que resulta da necessidade de cuidado observada no utente (Domenico e Ide, 2003). De acordo com o Conselho Internacional de Enfermeiros (2012), a pergunta pode basear-se numa lacuna de conhecimento óbvia que pode ser identificada por um enfermeiro ou pode ser proveniente do *feedback* de outros colegas ou utentes acerca de aspetos da prática que são «rotina» e que sugerem uma mudança.

De seguida, efetua-se uma pesquisa bibliográfica no sentido de se encontrar a melhor evidência relacionada com a pergunta (Domenico e Ide, 2003).

Posteriormente, os documentos encontrados são avaliados no que concerne à validade, confiabilidade metodológica e aplicabilidade clínica (*Idem*). No que respeita à aplicabilidade clínica, esta baseia-se no pressuposto de que a probabilidade de semelhança entre um contexto descrito num trabalho de investigação e outro que, pela sua definição, é único, é muito diminuta. Assim, é importante averiguar se os participantes possuem características idênticas, se é possível introduzir na prática a intervenção descrita, ponderar as implicações financeiras e administrativas (Conselho Internacional de Enfermeiros, 2012).

Numa fase seguinte, aplica-se na prática clínica a informação que adveio da literatura investigada (Domenico e Ide, 2003).

Conforme indica o Conselho Internacional de Enfermeiros (2012), ainda que a evidência clínica seja forte e aliciante para a mudança, esta pode não ser sustentável ou necessitar da mobilização de outros recursos para assegurar o sucesso da sua implementação. Mostra-se, por isso, imprescindível, avaliar a mudança da prática que constitui a última etapa da PBE.

Galvão (2002) complementa o processo, acrescentando que na sua realização estão envolvidas a competência clínica do profissional e as preferências do utente para a tomada de decisão.

2.2. PRÁTICA BASEADA NA EVIDÊNCIA, CULTURA ORGANIZACIONAL E MUDANÇA

O enfermeiro deve assumir o dever de se comprometer no desenvolvimento de um ambiente conducente a tomadas de decisão e práticas baseadas na evidência (Abreu, 2011). Contudo, raramente as mudanças são fáceis de implementar, uma vez que implicam alterar a forma como as pessoas e o sistema agem, e requer uma reflexão e um planeamento cuidadoso para que sejam efetivamente implementadas (Conselho Internacional de Enfermeiros, 2012).

A mudança é quase sempre confusa, demorada e pode acarretar consequências imprevisíveis. Porém, esta pode ser, simultaneamente, estimulante e motivadora. Torna-se, portanto, fundamental compreender e planear o modo de tornar a evidência em prática, isto é, acionar o conhecimento. Esta compreensão da forma como estas novas ideias são assimiladas e difundidas é designada de mobilização de conhecimentos ou transferência de conhecimento (*Idem*).

Frequentemente, ainda que a evidência esteja bem apresentada e seja aliciante, as circunstâncias envolventes para avançar são demasiado difíceis. A mudança é condicionada por fatores políticos (o papel da política, governo e eleições), económicos (considerações financeiras), sociais (reações públicas, aceitabilidade), tecnológicos (desenvolvimento de novos dispositivos, sistemas de informação, testes), legais (questões legislativas, questões laborais), éticos (*standarts* profissionais, questões de acesso). De

acordo com Kurt Lewin (1997), em qualquer situação existem forças propulsionadoras e forças restritivas que influenciam a mudança que poderá ocorrer. As primeiras afetam a situação e empurram-na em determinada direção, sendo que, geralmente, começam e mantêm a mudança. As forças restritivas atuam para restringir ou diminuir as forças propulsionadoras. O equilíbrio é atingido quando a soma das forças propulsionadoras iguala a soma das forças restritivas (*Ibidem*).

Segundo o mesmo autor, o ambiente clínico pode constituir um dos maiores obstáculos à mudança. Mudar a prática requer colaboradores confiantes, habilitados para executar a mudança, com competências ao nível da negociação, construção de consensos e assunção de riscos. Implica ainda profissionais persistentes, empenhados durante longos períodos de tempo.

É importante que a mudança seja percebida como um processo de aprendizagem contínuo. Recorrendo a uma abordagem sistemática e reflexiva, os enfermeiros podem dar sentido à sua prática de forma significativa e construtiva (Conselho Internacional de Enfermeiros, 2012).

Também a cultura se demonstra determinante neste processo de implementação da PBE, uma vez que, segundo Thompson e Learchonh (2004), molda as crenças e os comportamentos das pessoas no local de trabalho. Os autores defendem que sem uma consciencialização do impacto da cultura na implementação e utilização da evidência científica, a utilização de estratégias com vista a mudança serão, muito provavelmente, um insucesso.

Giger e Dadhizar *apud* Abreu (2011) afirmam que cultura é o conjunto de valores, crenças e práticas específicas de determinado grupo, incorporando atitudes e costumes apreendidos no decorrer do processo de socialização.

A competência cultural inicia-se no autoconhecimento, isto é, o profissional de saúde deve estar consciente da própria cultura, padrões e valores culturais. Deve ainda ser detentor de informações sobre outras culturas, demonstrar interesse e aceitar representações e diferenças culturais de outros provenientes de outras culturas (Abreu, 2011).

Segundo o modelo de Giger e Davidhizar (1991), cada um é culturalmente único e apresenta seis domínios culturais de referência: comunicação, espaço, organização social, tempo, controlo ambiental e variações biológicas. A experiência profissional em contexto clínico, constitui um processo de mediação entre o universo simbólico e autobiográfico do sujeito e o meio sociocultural (*Idem*).

Mamede (2004) indica que a cultura consiste nas diversas formas com as quais as pessoas organizaram as experiências no mundo real, de forma a possibilitar um processo contínuo de aprendizagem e estruturação pessoal, visando a sua sobrevivência e das gerações futuras. Ao longo do tempo formam-se fundamentos da cultura, isto é, ideias compartilhadas e crenças acerca do mundo e sociedade como um todo que guia a forma de pensar e as ações das pessoas.

Neste sentido, a cultura organizacional vigente revela-se um fator preponderante na implementação da PBE.

A cultura organizacional determina a identidade de um grupo, tal como a personalidade determina a identidade de um indivíduo. É menos abrangente que a geral; é mais autocontida; a sua filosofia, estratégia e metas proporcionam limites organizacionais, mesmo que influenciados pelos elementos da cultura geral. A cultura organizacional é também mais administrável que a cultura geral (Mamede, 2004).

Para decifrar a cultura organizacional é necessário aflorar o padrão específico de pressupostos básicos, isto é, o paradigma cultural. A cultura organizacional confere à organização uma identidade externa que a distingue de outras organizações e do seu ambiente. Deste modo, provê também uma identidade para os membros da organização que confere uma cultura organizacional e ocupacional reconhecível pelos próprios e pelos outros. Proporciona também um senso de compromisso com uma entidade social maior que o próprio simples interesse pessoal. Assim, surge um esquema interpretativo partilhado, isto é, um filtro de perceção, integrando estórias e mitos, que adquirem significado com a rotina e eventos vivenciados. A cultura organizacional induz ainda um controle social, essencialmente no caso de culturas fortes e efetivas, sendo que através da socialização dos novos membros e ressocialização periódica dos membros mais antigos, define a realidade com os quais os membros irão viver (*Idem*).

A cultura organizacional pode contemplar algumas disfunções, sendo que a maior é a criação de barreiras à mudança. Uma cultura organizacional forte produz membros com comportamentos explícitos que funcionaram bem no passado, comportamentos esses que se pensa serem igualmente eficientes no futuro. No entanto, uma cultura forte pode provocar rigidez na organização, dificultando a introdução das mudanças necessárias. Outra disfunção é a existência de conflitos dentro da própria organização devido à criação de subculturas. Subculturas mais coesas podem desenvolver valores suficientemente distintos que separam o subgrupo da restante organização. Assim, subculturas orientadas para a mudança podem entrar em conflito com subculturas que não valorizam mudanças, surgindo uma cultura de indecisão onde as soluções para os problemas da organização não são exploradas (*Ibidem*).

Uma cultura baseada na PBE é aquela em que um maior número de boas, do que más, decisões são tomadas, e nas quais a evidência científica, preferências do utente, recursos disponíveis e competência clínica desempenham uma parte ativa no processo de tomada de decisão (Sackett *et al.*, 2000).

A decisão de apenas um enfermeiro para mudar um elemento da prática pode ter consequências rápidas para os colegas e utentes (Conselho Internacional de Enfermeiros, 2012). A cultura organizacional baseada na PBE é aquela em que os indivíduos e grupos estão totalmente envolvidos em cada uma das etapas e a todos os níveis da organização (Thompson e Learnonth, 2004).

A mudança só é possível se se verificar uma transformação cultural suficientemente forte para alterar os paradigmas de confiança, autonomia e partilha de informações entre a maioria dos membros, iniciando-se pela alta administração. Para que os membros da organização abandonem as suas crenças pessoais e inseguranças é necessário que percecionem a mudança como algo que trará vantagens individuais. A base cultural propícia à mudança implica que os membros da organização prefiram ser pessoas brilhantes a comuns no seu desempenho laboral e acreditem que detêm as condições necessárias (Mamede, 2004).

De acordo com Thompson e Learnonth (2004), para introduzir a evidência científica na prática é necessário elaborar um diagnóstico dos desafios a enfrentar. Este diagnóstico,

segundo o Centre for Reviews and Dissemination do National Health Service (NHS CDR), em 1999, incorpora:

- A identificação dos grupos envolvidos na / afetados por / influenciadores da(s) mudança(s) proposta(s) para a prática;
- A apreciação das características da mudança que possam influenciar a sua implementação;
- A identificação das potenciais barreiras externas à mudança;
- A identificação dos possíveis fatores facilitadores.

Em Portugal não existe uma cultura de avaliação da qualidade dos cuidados de saúde, da sua variabilidade e das mudanças implementadas. Contudo, o sistema de saúde é complexo e, não sendo possível prever os resultados das mudanças efetuadas, a avaliação do impacto destas é essencial para aumentar o grau de evidência nos processos de tomada de decisão, fundamentar a não disseminação de experiências com maus resultados e o investimento naquelas que se revelem boas práticas (Campos, Saturno e Carneiro, 2010).

2.2.1. Barreiras à implementação da Prática Baseada na Evidência

Infelizmente ter evidência clínica forte demonstra-se insuficiente para a mudança. Atualmente existem mais intervenções comprovadas do que financiamento para elas, sendo que, no contexto da prática, o enfermeiro se encontra habitualmente em competição para recursos limitados. Os sistemas de saúde estão sob pressão para adquirirem recursos e para assegurar que os utilizam da forma mais efetiva possível.

Deste modo, demonstra-se imprescindível averiguar se os resultados antecipados são suficientemente importantes e grandes para mudar a prática com a utilização de recursos que poderiam ser investidos noutra área (Conselho Internacional de Enfermeiros, 2012).

Numa outra perspetiva, muitos dos recursos disponíveis aos enfermeiros não são particularmente ajustados à PBE visto que, em alguns casos, os materiais escritos são desatualizados e não são baseados na evidência (Thompson e Learnonth, 2004).

Para Medina Moya (2005), o abismo verificado entre a teoria e a prática deve-se, entre outras razões, à suposta falta de conhecimento e compreensão que os enfermeiros têm das

teorias e métodos que devem reger a sua prática. Os enfermeiros têm dificuldade em compreender a relevância das teorias e modelos de enfermagem na resolução de problemas com que se enfrentam o que, na perspectiva de French (1999), se deve à inabilidade em pesquisar e aplicar os resultados da investigação. O autor refere ainda a importância de o profissional ser detentor de conhecimentos de epidemiologia clínica, bioestatística e informática em saúde.

Por outro lado, a diminuta ambição por assumir a responsabilidade inerente a uma prática autónoma, resultante da aplicação do método científico de resolução de problemas, contribui igualmente para o desfasamento entre a teoria e a prática (Medina Moya, 2005).

A propósito da investigação em enfermagem, Peña (2001) aponta a reduzida quantidade de estudos realizados por enfermeiros, o predomínio positivista nos estudos, a diminuta difusão dos resultados da investigação e a conseqüente reduzida utilização destes na melhoria da qualidade dos cuidados aos utentes.

Galvão, Sawada e Mendes (2003) referem como dificuldade as evidências reconhecidas e acertadas estarem, muitas vezes, disponíveis em outros idiomas e, de acordo com French (1999), testadas em outra realidade.

Perry (2004) acrescenta que a profissão de enfermagem é marcada por uma gestão administrativa caracterizada por pouca flexibilidade e racionalidade operacionais. Neste seguimento, French (1999) indica como obstáculo à aplicação da PBE na prática profissional uma cultura institucional não favorecedora do desenvolvimento de pesquisas.

Também o tempo se revela uma barreira, uma vez que os enfermeiros têm disponibilidade limitada para consultar fontes de informação (Thompson e Learnonth, 2004), nomeadamente devido a jornada de trabalho exaustiva (French, 1999).

Medina (1999) indica ainda que o desacordo entre a linguagem académica e a da prática é cada vez mais evidente, sendo que os próprios estudantes, antes de concluírem a licenciatura, já se convencem da pouca utilidade dos conceitos e teorias para a sua futura prática profissional.

2.2.2. Estratégias para a implementação da Prática Baseada na Evidência

Em consonância com Peña (2001), para se verificar uma PBE é imprescindível um estilo de organização e de gestão dos serviços que proporcione que esta seja uma realidade.

É essencial ter em mente que uma PBE implica a existência de *experts* clínicos e *experts* em investigação. Contudo, *experts* “não nascem” mas sim “fazem-se”, pelo que devem ser proporcionadas experiências que permitam que os enfermeiros se tornem *experts* em aspetos específicos (*Idem*). É necessário ampliar a conceção da pesquisa na prática profissional para que esta seja percebida como ferramenta do processo de trabalho do enfermeiro, isto é, como uma dimensão da prática. O enfermeiro deve, por isso, estar capacitado para realizá-la e compreendê-la como produção e validação do conhecimento, sempre com uma atitude crítica e responsável (Pedrolo *et al.*, 2009).

Segundo o Conselho Internacional de Enfermeiros (2012), o enfermeiro deve compreender o papel que possui no contínuo da evidência à ação e, apesar destes papéis serem distintos, é fundamental que se sinta informado o suficiente para colocar questões pertinentes, desenvolver competências e assegurar que trabalha proximamente com colegas para garantir que o investimento da investigação é utilizado da melhor forma. Abreu (2011) reforça esta ideia afirmando que as equipas que produzem investigação necessitam de trabalhar intimamente com as equipas que utilizam os resultados, incluindo a comunidade em geral. Sem o estabelecimento destas parcerias continuar-se-á a desperdiçar recursos e resultados importantes que poderão demorar muitos anos até serem estabelecidos como melhor prática.

A PBE pode ser fomentada e implementada através das seguintes estratégias:

- Construção de parcerias – juntar indivíduos, grupos e equipa e desenvolver uma visão partilhada de um sentimento de propósito;
- Utilização de agentes de mudança – recrutar elementos-chave, credíveis e respeitáveis, para estabelecer a mudança;
- Partilha e disseminação da informação – recorrer a meios de comunicação tendo em conta a especificidade da audiência;

- Educação e intervenções formativas – promover a educação contínua, os sistemas de apoio à decisão, treino individual, aprendizagem *online*, utilização de simulações;
- Prática padronizada – utilização de *care pathways*, auditorias clínicas, relatórios de mudança / variação, *checklists* e *guidelines* (*Idem*).

É importante referir que qualquer uma das estratégias tem inerente uma prática reflexiva, elemento-chave na prática profissional. As estratégias possuem também um custo associado que deve ser ponderado na fase de projeto. Estas podem ser utilizadas individualmente ou uma mistura de várias, sendo pouco provável a necessidade de utilização de todas. Qualquer uma das estratégias tem inerente uma prática reflexiva, elemento-chave na prática profissional (*Ibidem*).

Peña (2001) acrescenta que deve ser promovida a formação de enfermeiros no sentido de mais facilmente acederem a informação atualizada. Neste seguimento, reconhece-se a necessidade de informação sólida em investigação, a identificação dos diferentes tipos de investigação e dos diversos tipos de evidência.

As Associações Nacionais de Enfermeiros (ANEs) estão adequadamente posicionadas para informar, envolver e capacitar os enfermeiros a todos os níveis, capazes de trabalhar com uma ampla gama de *stakeholders*, incluindo as comunidades, empregadores, parceiros, decisores políticos, escolas, clientes e familiares. Ao selecionar um número reduzido de atividades que demonstrem o benefício da tradução de evidência para a prática e aplicá-las de modo correto, possivelmente conduzirá à adesão a uma PBE. Consciencializar e influenciar a mudança de comportamento para uma PBE implica divulgação alargada da informação compreensiva e baseada na evidência acerca dos seus benefícios. É igualmente relevante alertar para a importância de traduzir a evidência para a prática, proporcionando um ambiente compatível com a mudança, implementação, inovação e avaliação (Conselho Internacional de Enfermeiros, 2012).

Também a construção de parcerias com os ministérios de saúde, educação, com os profissionais de saúde e setor de saúde privado contribuem para a implementação bem-sucedida da PBE. Estas parcerias, quando efetivamente estabelecidas promovem a colaboração, minimizam a sobreposição e reduzem a competição por recursos, permitindo às organizações fortalecerem a implementação da PBE. Permitem ainda o desenvolver

estratégias e mobilizar recursos para a transformação para a PBE; aumentar o investimento nos profissionais de enfermagem e implementar programas e políticas que promovam a PBE; dar a conhecer as implicações da tradução do conhecimento para a evidência e os seus benefícios (*Idem*).

A Ordem dos Enfermeiros (2001, p.10), indica que:

“a produção de guias orientadores da boa prática de cuidados de enfermagem baseados na evidência empírica constitui uma base estrutural importante para a melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros”.

Segundo Craig e Pearson (2004), as diretrizes podem ser igualmente utilizadas como estratégia para produzir cuidados de saúde de alta qualidade, baseados na evidência, responsabilizando os profissionais de saúde pelas atividades clínicas. Porém, ao nomear-se o uso de diretrizes como estratégia para implementação da PBE, é importante ter presente alguns aspetos menos positivos que lhes são inerentes. De acordo com o mesmo autor, a utilização de diretrizes pode reprimir o julgamento clínico individual; limitar o pensamento crítico dos profissionais de saúde; restringir as opções de cuidados, condicionando a qualidade nos cuidados; introduzir práticas ineficazes ou perigosas; induzir a ilusão de que há uma direção clara a seguir em cada situação clínica; exceder os recursos comparativamente ao seu desenvolvimento e implementação; exigir que os profissionais sigam cursos de ação para os quais não têm os requisitos em termos de capacidades e conhecimentos; aumentar as expectativas dos utentes acerca dos tipos e padrões de cuidados que podem esperar receber.

Porém, são reconhecidas as vantagens das diretrizes no sentido em que: garantem uma prática segura; melhoram a consistência dos cuidados nos diferentes contextos; aumentam a probabilidade da prestação adequada dos cuidados; produzem paridade de conhecimento entre os profissionais; permitem um afastamento num utente em particular (devidamente justificado); proporcionam mais informação ao utente acerca do que deve esperar dos cuidados de saúde; filtram o conhecimento num guia gerível para profissionais de saúde ocupados (*Idem*).

Existem duas etapas que facilitam a introdução da PBE: disseminação e implementação. A primeira refere-se ao método pelo qual a informação pode tornar-se acessível aos

potenciais utilizadores. A implementação é o meio de assegurar que os utilizadores atuem subsequentemente, de acordo com as recomendações (*Ibidem*).

Sustentar a mudança de práticas é importante para o valor percebido da PBE. Neste sentido, pode demonstrar-se vantajosa a construção de uma forma de monitorização ou avaliação do impacto (Conselho Internacional de Enfermeiros, 2012). Demonstram-se benéficas auditorias aos recursos existentes com identificação de elementos com investigação significativa reconhecida e com competências na gestão da mudança (Thompson e Learnonth, 2004). Para Pearson *et al.* (2005), a auditoria e o *feedback* revelam-se, das estratégias específicas consideradas moderadamente eficazes, as mais promissoras. Já a educação contínua e a divulgação de resumos da evidência parecem não ter impacto na implementação da PBE.

Uma prática baseada na PBE permite que os enfermeiros desafiem e sejam desafiados no que respeita à sua abordagem, sendo também responsabilizados por ela. Ao rever constantemente a sua prática, o enfermeiro encontra formas mais efetivas de realizar as tarefas. Assim, a PBE permite ainda uma utilização de recursos mais eficiente. Através das redes profissionais, da partilha de ideias e conhecimento, uma prática sustentada na PBE proporciona, além da transformação de ideias em ações, uma maior economia do tempo (Conselho Internacional de Enfermeiros, 2012).

Os domínios clínicos influenciam as decisões ou escolhas associadas às decisões clínicas. Assim, demonstram-se igualmente eficazes reuniões de serviço ou sessões de supervisão clínica com o intuito de se identificar problemas potenciais e desafios específicos a cada subgrupo, nomeando-se áreas essenciais de atenção. Torna-se também útil o estabelecimento de um grupo de referência para identificação das barreiras e facilitadores pertinentes da PBE. Cada unidade/serviço deve ser possuidora de recursos de alta qualidade, baseados em textos que contemplem a síntese dos resultados de investigação primária e secundária, associados à possibilidade de acesso a dispositivos de armazenamento, à pesquisa na internet e biblioteca (Thompson e Learnonth, 2004).

As unidades/serviços de saúde devem ser constituídos por equipas equilibradas. Um serviço preenchido de inovadores pode constituir uma força positiva para a mudança, porém, frequentemente são os enfermeiros mais experientes os mais cautelosos e os mais respeitados pelos pares, contribuindo para o efeito de “papel modelo”. Na comunicação

da informação/evidência, a “credibilidade clínica” (na forma de experiência) demonstra-se mais influente que a competência ou consciencialização da investigação (*Idem*).

Deste modo, tornam-se mais eficazes diagnósticos focalizados, sensíveis e talvez de índole qualitativa em áreas clínicas definidas, permitindo uma maior manipulação da subtileza dos fatores individuais e proporcionando informação local contextualizada (*Ibidem*).

Neste processo de colocar a evidência em prática, a opinião dos líderes, papel dos modelos, pressão dos utentes, suporte dos pares e as normas do grupo são todos agentes reconhecidos para ou resistentes à mudança (Perry, 2004).

Conforme indica Mamede (2004), as reações no decorrer do processo de mudança devem ser monitorizadas por duas razões: para se obter mais informação acerca da cultura em si e para se perceber como as mudanças são interpretadas na organização. Deve existir um espaço para discussão com os membros da organização e fazê-los sentirem-se parte ativa e importante da mudança.

Em conformidade com o já referido, para se assistir a uma PBE tornam-se necessários movimentos de acreditação da prática instituída, alicerçados no pensamento crítico e na competência clínica dos enfermeiros. Devem ser redimensionadas prioridades, reinvestir na avaliação do utente e disponibilizar tempo para a pesquisa, bem como para a aplicação dos seus resultados. São igualmente importantes a participação do utente e a utilização da experiência profissional do enfermeiro que permitem uma adequada identificação de necessidades e das condutas do cuidar (Sastre e Solís, 2000).

Torna-se também essencial uma análise crítica pessoal relativa à qualidade profissional de que se é portador, bem como os esforços que se praticam para cultivá-la (*Idem*).

2.3. PRÁTICA BASEADA NA EVIDÊNCIA E DECISÃO CLÍNICA

Os enfermeiros procuram uma evidência para suportar uma decisão que querem tomar e que pode ter como finalidade apoiar uma mudança de prática, considerar a melhor opção de uma série de alternativas ou comparar custos de várias formas de tratamento (Conselho Internacional de Enfermeiros, 2012).

De acordo com Ordem dos Enfermeiros (2001), na tomada de decisão o enfermeiro identifica necessidades de cuidados de enfermagem da pessoa individualmente, família e comunidade. Depois de efetuada a identificação da problemática do utente, são prescritas as intervenções de enfermagem no sentido de evitar riscos, detetar precocemente potenciais problemas e resolver ou minimizar os problemas reais identificados. A tomada de decisão orienta o enfermeiro no exercício profissional autónomo, segundo uma abordagem sistémica e sistemática. Nesta tomada de decisão, e posterior implementação das intervenções, o enfermeiro incorpora na prática os resultados da investigação.

Através da análise de diversos estudos, Jesus (2006) refere que com a experiência o enfermeiro desenvolve a sua capacidade de se centrar no utente, de conhecê-lo e decidir melhor, em detrimento de uma maior focalização no equipamento ou procedimentos. Simultaneamente, torna-se mais confiante, aprende a gerir as emoções e os sentimentos dos utentes, a colocar-lhes questões mais complexas, a escutar ativamente e a equacionar um maior número de intervenções, a respeitar as preferências e a individualizar melhor as intervenções. A experiência proporciona o conhecimento dos antecedentes e resultados das situações específicas de cada utente, permitindo a antecipação de um conjunto de possíveis sentimentos e perceções deste, decidir melhor sobre as intervenções e o desenvolvimento de padrões e configurações, incluindo comportamentos, sentimentos ou perceções de utentes em situações idênticas, intervenções e respetivos resultados. Contudo, desta experiência podem resultar intervenções menos individualizadas.

Segundo Seymour, Kinn e Sutherland (2003), são escassas as indicações de que os enfermeiros utilizam o conhecimento obtido através da investigação para fundamentar as práticas clínicas. De acordo com Thompson (2003), no quotidiano, a maioria das decisões clínicas são tomadas tendo como evidência o conhecimento experiencial. Este conhecimento, ainda que necessário, não se demonstra suficiente para o processo de decisão. Por outro lado, os mesmos autores concluíram que o conhecimento produzido pela investigação, por si só, assume um papel de menor preponderância na tomada de decisão clínica.

De acordo com Rolfe (1999), a experiência é preponderante no processo de tomada de decisão clínica em enfermagem, que deve incorporar o conhecimento científico, o experiencial e o pessoal, incluindo as preferências do utente, os contextos e os recursos

disponíveis, em contraposição à sobrevalorização do papel do conhecimento científico no processo.

Bird e Wallis (2002), num estudo descritivo correlativo com 180 enfermeiros com o objetivo de descrever as habilidades de avaliação inicial de utentes e o conhecimento inerente à gestão de cuidados de um utente com infusão epidural e averiguar as relações entre as variáveis e os níveis de educação ou experiência clínica dos participantes, verificaram que neste processo o conhecimento teórico era mais significativo que as habilidades de performance e de decisão clínicas.

Rolfe (1999) diferencia evidência de perícia, pertencendo estas a duas categorias lógicas distintas. A evidência exterior (artigos de investigação) trata-se de um objeto tangível, palpável e observável. Já a perícia clínica é o processo através do qual o profissional formula um juízo clínico que envolve a integração de diversos conhecimentos – experiencial e pessoal, incluindo as preferências do utente, no contexto dos recursos disponíveis.

Importa, no entanto, referir que anos de experiência não significa perícia. Um profissional experiente acumulou um corpo de conhecimentos experienciais derivado de muitos anos de prática, contudo, este conhecimento pode ser aplicado de modo inadequado ou pouco inteligente. Assim, o que distingue um enfermeiro experiente de um perito é a utilização inteligente e prudente do conhecimento experiencial (*Idem*).

Ainda em conformidade com Rolfe (1999), a decisão clínica consiste num processo de perícia que integra e sintetiza o conhecimento científico, o conhecimento proveniente da própria experiência e o conhecimento pessoal dos utentes, individualmente ou do próprio, no constrangimento dos recursos disponíveis.

Neste seguimento, é proposto um novo conceito de PBE, incorporando todos os tipos de conhecimento nas decisões clínicas e integrando a reflexão sobre a ação, sendo que a evidência está associada não apenas à investigação mas, essencialmente, à prática refletida (*Idem*).

Segundo Effken (2001), aquilo a que os investigadores de enfermagem têm designado de “intuição” corresponde ao que Gibson (1996) chamou de percepção direta, isto é, a intuição surge como baseada na informação e, como tal, possui validade legal.

Jesus (2006) indica que a intuição detém um importante papel no processo de decisão em geral e de decisão clínica de enfermagem em particular, essencialmente em profissionais experientes. Porém, a intuição não é componente exclusiva dos enfermeiros experientes ou peritos, ainda que constitua uma das suas características mais evidentes.

Relacionando pensamento crítico e intuição, Girot (2000) refere que a intuição requer o pensamento crítico tal como o pensamento crítico requer a intuição.

A intuição ocorre em resposta ao conhecimento, sendo um suporte importante na prática de enfermagem. Uma vez na era da PBE, os enfermeiros não devem ignorar o corpo crescente de investigação empírica que lhes impõe o reconhecimento do papel da intuição e a sua utilização efetiva na prática clínica. De outra forma, os enfermeiros poderão ficar confinados a procedimentos estandardizados e a rotinas de cuidados, com escassas oportunidades de desenvolvimento do juízo clínico competente (King e Appleton, 1997).

Em conformidade com Jesus (2006), a intuição parece estar diretamente relacionada com o conhecimento e experiência, sendo que à medida que o conhecimento e a experiência aumentam, aumenta igualmente a habilidade do enfermeiro para reconhecer os sentimentos intuitivos, interpretar e analisar as situações dos utentes para melhorar os seus processos de decisão e atuar de forma mais eficiente.

De acordo com Alfaro-LeFevre (1997), uma parte essencial da tomada de decisão em enfermagem é a utilização do pensamento crítico, aferindo-se se a situação que se presencia difere do padrão ou guia de orientação. Uma vez que enfermagem é uma disciplina em relação, na qual se verifica uma tendência para a normalização e estabelecimento de regras de atuação, torna-se imperiosa a adequação de normas a cada situação concreta. Conforme refere Daly (2001), existe uma relação entre a habilidade de pensamento crítico e a prática competente da enfermagem.

Seymour, Kinn e Sutherland (2003) indicam que a utilização dos resultados da investigação na prática requer, além das habilidades cognitivas superiores, o reconhecimento das prioridades patentes na prática, que podem conflitar com as da investigação, sendo particularmente importantes a confiança e o julgamento profissional. No entanto, Rapps, Riegel e Glaser (2003) referem que o processo de pensamento crítico é diferente do seu resultado, já que o enfermeiro apesar de capaz de raciocinar de forma

crítica, raramente utiliza esta capacidade em contextos que requerem um pensamento cuidadoso e um julgamento correto.

Os enfermeiros, mesmo os mais experientes, não são capazes de alterar para melhor aspetos importantes da sua prática, se não aprenderem a refletir criticamente na sua prática, por vezes com rituais nela embebidos (Chenoweth, 1998).

Num estudo quasi-experimental, elaborado por Giroto (2000), com o objetivo de avaliar a diferença entre o desenvolvimento do pensamento crítico em três grupos de enfermeiros em diferentes fases do processo académico e num grupo com experiência profissional sem frequentar no momento qualquer curso académico, conclui-se que as habilidades de pensamento crítico não estão mais desenvolvidas nos enfermeiros com maior nível de formação académica. Num contexto de incerteza e ambiguidade, a abordagem científica e racional neste grupo demonstra-se inadequada. No entanto, admitiu-se que a exposição ao processo académico aumenta a habilidade para a tomada de decisão na prática clínica de enfermagem.

Craig e Smyth (2004) referem que a tomada de decisão clínica dos enfermeiros deve ser suportada pela evidência da investigação atualizada, competência clínica, crenças, atitudes, valores, tradição, rotina, fatores relacionados com o utente e família e fatores organizacionais. Para que esta responda aos resultados previstos é necessária a sua maximização através da conjugação destes fatores, sendo que cada um deles tem uma função marcante.

É essencial o desenvolvimento da tomada de decisão na educação dos enfermeiros e que estes percebam o seu conhecimento quando agem na sua prática de cuidados. A tomada de decisão pode e deve ser ensinada, sendo que o processo de ensino-aprendizagem deve basear-se no conhecimento da melhor evidência científica (Pereira, Cardoso e Martins, 2012).

2.4. PRÁTICA BASEADA NA EVIDÊNCIA E QUALIDADE EM SAÚDE

A atualidade é marcada por inúmeras transformações: a globalização da economia, o custo crescente dos serviços, o progresso da ciência e da tecnologia, a velocidade da comunicação, os avanços no âmbito da informática e a produção e difusão dos conhecimentos técnico-científicos (D’Innocenzo, Adami e Cunha, 2006).

Concomitantemente, verifica-se um mercado cada vez mais competitivo que preza pelo atendimento de excelência, confrontando-se continuamente com uma busca incessante pela melhoria da qualidade dos serviços prestados pelas instituições (Manzo, Brito e Corrêa, 2012).

Segundo o Conselho Internacional de Enfermeiros (2012, p.9),

“Tomadas de decisão mal informadas são uma das razões principais pela qual serviços poderão não funcionar de uma forma ótima e poderá contribuir para variações na prática que se traduzem em serviços menos eficientes, menos eficazes e desiguais.”.

Medina Moya (2005) refere que a obtenção de um elevado nível de autonomia profissional e a melhoria da qualidade da prática passa por uma correta aplicação das teorias de enfermagem. A sofisticação instrumental, a complexidade conceptual e teórica e a utilização do método científico contribui para a melhoria da prática de cuidados, isto é, para a capacidade de resolver problemas (Medina, 1999).

Galvão e Sawada (2003) indicam que a PBE constitui uma abordagem que possibilita a melhoria da qualidade da assistência na saúde. Pereira, Cardoso e Martins (2012) partilham da mesma ideia, referindo que uma PBE constitui um pré-requisito para a excelência e segurança dos cuidados, tal como para a otimização de resultados em enfermagem.

Segundo Ordem dos Enfermeiros (2001), a definição de padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem configura um grande desafio, não só pelo impacto na melhoria dos cuidados de enfermagem fornecidos aos cidadãos, mas ainda pela necessidade de refletir sobre o exercício profissional dos enfermeiros.

No que respeita à qualidade em saúde, a definição proposta em 1990 pelo Programa Ibérico revela-se a mais completa, sendo que consiste na “prestação de cuidados acessíveis e equitativos, com um nível profissional ótimo, que tenha em conta os recursos disponíveis e consiga a adesão e satisfação dos utentes” (Direcção-Geral de Saúde, 2010, p. 12). A qualidade em saúde inclui ainda a adequação dos cuidados de saúde às necessidades e expectativas do utente, bem como o melhor desempenho possível (Direcção-Geral da Saúde, 2012).

De acordo com Noreña (2009), o cuidado de enfermagem com a qualidade engloba uma dimensão ética inerente aos aspetos da relação interpessoal, isto é, o estabelecimento de empatia e o respeito pela dignidade humana em contextos culturais diferentes; uma dimensão percetiva que compreende a capacidade de compreensão das necessidades do utente e os modos de satisfazê-las; e uma dimensão científica e tecnológica que inclui a prestação de cuidados pertinentes, de acordo com o desenvolvimento científico, técnico e disciplinar.

Dado o movimento mundial pela qualidade, a preocupação do sector da saúde demonstrada na promoção da melhoria da assistência prestada à população e a importância do serviço de enfermagem para a efetividade desta assistência, torna-se necessário a adoção de um sistema de avaliação sistematizado e contínuo, com o intuito de melhorar progressivamente a qualidade dos cuidados (D’Innocenzo, Adami e Cunha, 2006).

Também a constatação da elevada variabilidade das práticas clínicas e assistenciais (seja entre as mesmas profissões ou entre diferentes áreas geográficas) e a variabilidade dos custos nem sempre inerentes a fatores epidemiológicos ou clínicos, compreendem um importante estímulo para a introdução da avaliação sistemática da qualidade dos cuidados de saúde (Serapioni, 2009).

A Direcção-Geral da Saúde, por intermediário do Departamento da Qualidade na Saúde, criado em 2009 (Portaria 155/2009), é responsável por coordenar a Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde, os programas e atividades de melhoria contínua da qualidade clínica e organizacional, assegurar o sistema de qualificação de unidades de saúde e dos programas de promoção da segurança dos doentes, para além de, entre outras, gerir os sistemas de monitorização e perceção da qualidade dos serviços pelos utentes e profissionais de saúde e inovação em saúde (Direcção-Geral da Saúde, 2012).

A avaliação é um aspeto essencial da qualidade e a evidência empírica, por meio de indicadores para estabelecer os planos de melhoramento contínuo, conduz a um nível elevado de acreditação dos serviços de saúde, em prol da segurança do utente, da família e da comunidade. Requer mecanismos externos e internos da organização de saúde, numa lógica de aprendizagem contínua e diálogo constante com os utentes para identificar as suas necessidades e os modos de satisfazê-las. Avaliar a essência do cuidado consiste

num processo sistemático de identificação dos problemas e ruturas dos cuidados com a finalidade de estabelecer decisões com evidência que visem níveis de qualidade ótimos (Noreña, 2009).

Verifica-se, portanto, um crescente interesse na temática acreditação, que se evidencia através da preocupação com a elevação no contingente de formação de enfermeiros, e também por esta ser uma profissão em constante transformação, induzindo a necessidade de criação de um modelo de acreditação (Gentil e Sanna, 2009).

Acreditar significa conceder reputação, tornar digno de confiança e está relacionado com credibilidade, ética e gestão da qualidade das organizações hospitalares. A acreditação é, por isso, um processo de avaliação externa, com carácter voluntário, através do qual uma organização avalia periodicamente as instituições de saúde, no sentido de averiguar se estas contemplam um conjunto de padrões concebidos para melhorar a qualidade dos cuidados aos utentes (Zardo, 2008).

A acreditação é um processo mediante o qual se observa, avalia e reconhece em que medida os cuidados de saúde que se prestam aos utentes correspondem à Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde e ao modelo de qualidade adotado. Tem como objetivo favorecer e impulsionar a melhoria contínua da qualidade das unidades de saúde, na atuação dos profissionais e na sua formação, com o intuito de se alcançar a excelência na prestação dos cuidados de saúde (Direcção-Geral de Saúde, 2011).

O Modelo Nacional de Acreditação em Saúde é coerente com a Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde e com os planos e ferramentas de gestão que estão em desenvolvimento. Aborda a qualidade de forma integral através de programas de acreditação direccionados para as diversas áreas que compõem os cuidados de saúde; tem um carácter progressivo, uma vez que identifica os passos até à excelência, num processo dinâmico, contínuo e evolutivo que contempla, além do estado de desenvolvimento atual, o potencial de evolução e crescimento. O modelo tem como referência, além dos diferentes programas de saúde, dos processos assistenciais integrados, dos processos de suporte e dos contratos de gestão, as recomendações sobre as melhores práticas clínicas conhecidas, a segurança do utente e dos profissionais e as necessidades e expectativas dos cidadãos (*Idem*).

O processo de acreditação engloba uma autoavaliação e uma avaliação externa. Na autoavaliação o grupo profissional identifica a sua posição atual, determina o nível de cumprimento dos *standards* que pretende alcançar e planifica as tarefas necessárias. Na avaliação externa, que é comum a todos os processos de acreditação e realizada por equipas de avaliadores qualificados do Programa Nacional de Acreditação em Saúde, efetua-se uma observação e reconhecimento das evidências apresentadas com o objetivo de as confirmar. Em função do grau de cumprimento dos *standards* avaliados, é determinado o nível de acreditação, nomeando-se os pontos fortes, as potencialidades e as áreas a melhorar (*Ibidem*).

O padrão de acreditação ou *standard* consiste num enunciado que define expectativas de desempenho institucional e as estruturas e processos que deverão ser implementados para a melhoria da qualidade da assistência e dos serviços prestados pela instituição. Os padrões de acreditação internacional são desenvolvidos por uma força-tarefa internacional constituída por médicos, enfermeiros, administradores e especialistas em políticas públicas. Os padrões são revistos periodicamente pelo Comité Internacional de Padrões sendo que, para a instituição obter o certificado de Acreditação, esta deve demonstrar conformidade satisfatória com estes padrões (Zardo, 2008).

Deste modo, estar acreditado implica um reconhecimento externo e público de que a unidade de saúde acreditada cumpre os requisitos necessários para o desenvolvimento e prestação de cuidados de saúde de qualidade e em segurança e a implementação do próprio programa de melhoria da qualidade. O processo implica o envolvimento de toda a organização, desde os responsáveis máximos a todo o grupo de profissionais e colaboradores. A acreditação possibilita também a obtenção de reconhecimento público de que se cumpriu e demonstrou a adesão às normas da qualidade e, aos cidadãos, o acesso a esses resultados (Direcção-Geral de Saúde, 2011).

Donabedian, retirando da teoria dos sistemas a noção de indicadores de estrutura, processo e resultado, adaptou-os ao contexto hospitalar, contribuindo para os estudos de qualidade em saúde (D’Innocenzo, Adami e Cunha, 2006).

A estrutura compreende as características relativamente estáveis e necessárias no processo assistencial, integrando o espaço físico, recursos humanos, recursos materiais e financeiros, sistemas de informação e instrumentos normativos técnico-administrativos,

condições organizacionais e apoio político. O processo consiste na prestação de cuidados de acordo com padrões técnico-científicos estabelecidos e aceites na comunidade científica, incluindo a utilização de recursos de acordo com os seus aspetos quanti-qualitativos. Incorpora também a identificação de problemas, métodos diagnósticos, diagnóstico e cuidados prestados. Os resultados constituem as consequências das atividades concretizadas nos serviços de saúde, de acordo com o estado clínico dos utentes, incluindo as mudanças advindas dos conhecimentos e comportamentos e a satisfação de quem recebe e de quem presta cuidados (*Idem*).

É essencial que o centro deste processo de avaliação seja as organizações que representam os utentes, pois estes nem sempre detêm a capacidade de exigir os seus direitos ou de julgar a qualidade dos cuidados (Serapioni, 2009).

Em 1997, o NHS introduziu o conceito *clinical governance*, no sentido de dar resposta à sua incapacidade de monitorizar e garantir a qualidade dos cuidados e segurança dos utentes. O termo governação clínica consiste, pois, num quadro através do qual as organizações prestadoras de cuidados de saúde são responsáveis pela contínua melhoria da qualidade dos seus serviços e pela garantia de elevados padrões de cuidados, proporcionando um ambiente estimulador da excelência dos cuidados clínicos (DoH apud Direcção Geral de Saúde, 2010). De acordo com a Direcção Geral de Saúde (2010, p.30), a governação clínica incluía:

“(...) uma cultura aberta e de participação, em que a educação, pesquisa e a partilha das boas práticas são esperadas e valorizadas; uma definição clara de linhas de responsabilidade pelos cuidados clínicos; a existência de um programa compreensivo de atividades para a melhoria da qualidade; o desenvolvimento da capacidade de liderança ao nível clínico; a disseminação sistemática da prática baseada na evidência das inovações; a implementação de bons programas de gestão do risco clínico e o trabalho em equipa multidisciplinar em todos os níveis da organização”.

Contudo, no que concerne aos determinantes de qualidade clínica (incluindo todos os aspetos inerentes aos *inputs*, às estruturas, aos processos e aos resultados), estes componentes da governação clínica podem ser tidos como redutores. Deste modo, em 2004 foi proposta uma definição mais abrangente de governação clínica, sendo esta um sistema que permite que as organizações de cuidados de saúde promovam uma abordagem integrada de gestão dos *inputs*, das estruturas e dos processos, com o intuito

de se obter melhores resultados na prestação de cuidados de saúde, num ambiente de maior responsabilização pela qualidade clínica (Chandra *apud* Campos, Saturno e Carneiro, 2010).

A governação clínica implica uma cultura de não culpabilização, interrogação e aprendizagem, valorização profissional e parceria com o utente (Halligan e Donaldson, 2001). Prevê ainda o incentivo à participação e investigação, a definição de responsabilidade e prestação de contas, o trabalho em equipa multidisciplinar e a liderança e a disseminação da PBE (Direcção-Geral de Saúde, 2010). Requer diversos instrumentos, como as normas e orientações clínicas, processos assistenciais integrados, desenvolvimento profissional e sistemas de informação (Direcção-Geral da Saúde, 2012).

Neste reforço da qualidade em saúde, as Normas de Orientação Clínica (NOCs) e as normas organizacionais constituem um importante recurso, uma vez que proporcionam decisões mais informadas e sustentadas em evidência, não só na prática clínica, mas também na gestão e decisão política. A decisão torna-se simplificada, a incerteza, o risco e a variabilidade são reduzidos e a qualidade da assistência melhora (Direcção-Geral da Saúde, 2012).

Na busca pela qualidade nos cuidados, o providenciar de medidas compatíveis com a PBE revela-se, portanto, extremamente pertinente. Recorrendo-se às NOCs, os profissionais acedem a uma síntese da informação clínica relevante, recomendada e que constitui um referencial da melhor prática (Campos e Carneiro, 2010). É proporcionada uma disseminação da inovação e melhor conhecimento, facultando aos profissionais de saúde uma prestação de cuidados baseada na evidência e em consensos científicos nacionais e internacionais recentes (Direcção-Geral da Saúde, 2012).

Em consonância com o autor supracitado, qualidade em saúde incita uma cultura de avaliação e desenvolvimento da qualidade. Para tal, é essencial a investigação, o desenvolvimento e a inovação em saúde que são, por excelência, processos de melhoria contínua fulcrais para a sustentabilidade e competitividade do sistema de saúde. A investigação motiva e fundamenta o desenvolvimento e a inovação como processos transversais com dimensão organizacional, social, política e cultural de mudança nas formas como são organizadas as respostas aos desafios da saúde. Promove ainda a

confiança e o investimento no sistema de saúde, bem como no seu valor económico e social.

É igualmente relevante a avaliação do impacto das mudanças que ocorrem, aumentando o grau de evidência nos processos de tomada de decisão, criando-se modelos e boas práticas e justificando-se, deste modo, o investimento ou desinvestimento em determinadas áreas. É também necessária a monitorização para comparação com outros centros ou padrões pré-estabelecidos, para identificação de áreas problemáticas e de excelência e para documentar o resultado de mudanças introduzidas. O desenvolvimento de Centros de Referência também incorporam esta potenciação de uma cultura de avaliação e desenvolvimento da qualidade, consistindo em estruturas organizacionais que previnem, diagnosticam e tratam pessoas com patologias específicas; informam e apoiam as respetivas famílias e estabelecem articulação com outros profissionais de saúde e da área social (*Idem*).

Por fim, os processos de acreditação dos serviços que, como já foi referido, são orientados por critérios de qualidade com o objetivo de acreditar, impulsionar a melhoria contínua, valorizar o seu desempenho e fortalecer a confiança dos utentes e profissionais de saúde (*Ibidem*).

PARTE II - PLANEAMENTO DO ESTUDO

Efetua-se, nesta fase do estudo, a exposição e caracterização da problemática que motivou a realização da investigação, seguindo-se a apresentação da estrutura metodológica adotada no seu desenvolvimento.

Assim, são detalhadas e justificadas todas as opções tomadas, não só no que respeita ao fenómeno elegido, como também no que concerne ao tipo de estudo e metodologia utilizada, à seleção dos participantes e contexto da investigação e ao processo de recolha e análise da informação.

CAPÍTULO 3 – PROBLEMÁTICA EM ESTUDO

Na prática diária, as decisões tomadas para solucionar os problemas do utente baseiam-se na aplicação consciente da informação avaliável por regras explicitamente definidas (Nobre, Bernardo e Jatene, 2003). Contudo, dado o desenvolvimento constante do conhecimento na sociedade moderna, surge a possibilidade de encontrarmos na prática clínica atitudes desvinculadas dos últimos achados científicos (Domenico e Ide, 2003).

Nobre, Bernardo e Jatene (2003) referem que existe uma grande quantidade de conhecimento tácito, experiência, valores e habilidades que formam um tipo distinto de evidência, a qual tem uma forte influência na tomada de decisão. Deparamo-nos, por isso, com a necessidade de questionar a prática para em seguida buscar evidências que a fundamentem.

O verdadeiro carácter de uma boa prática profissional consiste, pois, em refletir sobre pressupostos tidos como certos, que norteiam a prática diária e com os quais avaliamos de forma rotineira o impacto e os resultados das interações e intervenções nos doentes, clientes e no público (Craig e Smyth, 2004).

Não é confortável permanecer na tradição e no etos da competência estabelecida a noção de que procedimentos standardizados podem não estar baseados numa evidência sólida ou, de outra forma, que novos conhecimentos possam pôr em causa alguns princípios já definidos (*Idem*).

Se é verdade que a relação entre teoria e prática é sempre dialética, sendo que ambas são mutuamente constitutivas, é também verdade que o conhecimento do campo profissional, derivado das experiências no exercer da enfermagem, torna mais evidentes as contradições existentes entre o que se ensina no Curso e a realidade experimentada (Medina, 1999). Concomitantemente, a experiência pessoal enquanto estudante e profissional torna mais explícito este abismo verificado entre a teoria e a prática, sendo fortalecido pela perceção partilhada de outros enfermeiros, igualmente com diminuta experiência profissional. Do outro lado, o utente assume que o profissional está apto a selecionar a opção de maior efetividade, eficiência e segurança para si, para a sua família

e sociedade. Faz parte da ética profissional atender as expectativas lógicas dos utentes, ética essa que justifica a existência da própria ciência e do reconhecimento do profissional na área da saúde (Atallah, 2004).

É neste seguimento que surge a necessidade de adoção de medidas que minimizem o distanciamento entre os avanços científicos e a prática assistencial (Domenico e Ide, 2003), averiguando-se quanto à possível influência do tempo de experiência profissional neste processo de implementação da PBE.

CAPÍTULO 4 - OPÇÃO METODOLÓGICA E TIPO DE ESTUDO

Segundo Moreira (2010), os resultados de uma investigação refletem a metodologia utilizada pelo investigador, pelo que a sua seleção representa um momento crucial para o desenvolvimento de um trabalho científico. Os métodos de pesquisa devem ser selecionados, ajustados e desenvolvidos de forma compatível com a natureza do fenómeno em estudo (Coltro, 2000).

No presente estudo intitulado de “Cuidados de Enfermagem: Uma Prática Baseada na Evidência” pretende-se dar resposta à seguinte questão de investigação: “Os enfermeiros com menos de 5 anos de prática profissional conhecem o conceito PBE, valorizam-no e sabem como aceder às evidências científicas de forma mais assertiva que os enfermeiros com entre 10 e 15 anos de prática profissional ou que os enfermeiros com mais de 20 anos de prática profissional?”. Deste modo, constituem objetivos da investigação, através das conceções e da descrição das experiências e vivências dos enfermeiros a exercer a atividade profissional:

- Conhecer e comparar a perceção e valorização da PBE por enfermeiros com diferente tempo de prática profissional;
- Averiguar como estes acedem às evidências científicas.

A este propósito, Guerra (2006) refere que os sujeitos são detentores de racionalidades próprias e comportamentos estratégicos que conferem sentido às suas ações num contexto que, provocado pela própria ação, está constantemente em mudança. O sujeito interpreta, por isso, as situações, determina estratégias, mobiliza os recursos e atua em função dessas interpretações.

Para Streubert e Carpenter (2002, p. 5), “O conhecimento estético é a arte de enfermagem. A compreensão e a interpretação da experiência subjetiva e o desenvolvimento criativo dos cuidados de enfermagem baseiam-se numa apreciação da experiência subjetiva.”. O estudo desta experiência subjetiva afasta-se, segundo Holanda (2006), da tradicional conexão com aspetos empíricos, como a medição e o controle, requerendo modelos

especificamente orientados para os fenómenos humanos que correspondem aos métodos qualitativos.

Constata-se assim um reconhecimento de fenómenos em detrimento da explicação de factos controlados, pelo que enveredar por uma metodologia qualitativa sem dúvida que trará importantes contributos para a consecução dos objetivos do estudo.

Dentro do paradigma qualitativo, a investigação enquadra-se num estudo do tipo descritivo comparativo, já que, segundo Schneider e Schmitt (1998, p. 49):

“(...) é lançando mão de um tipo de raciocínio comparativo em que podemos descobrir regularidades, perceber deslocamentos e transformações, construir modelos e tipologias, identificando continuidades e descontinuidades, semelhanças e diferenças, e explicitando as determinações mais gerais que regem os fenómenos sociais”.

Através do estudo dos relatos dos enfermeiros de três grupos distintos pretende-se, pois, averiguar de que forma estes se apropriam da PBE, detetando-se possíveis desvios entre os grupos.

Em função dos objetivos enunciados, e da questão de investigação, direcionou-se o estudo para uma metodologia que visasse a compreensão do fenómeno. A descrição das experiências vivenciadas por vários sujeitos acerca de um conceito ou fenómeno remete, pois, para uma abordagem fenomenológica, que tem subjacente as interpretações que os sujeitos fazem do próprio fenómeno e na qual as partes se interrelacionam num todo integrado.

Assume-se, portanto, que o significado das vivências dos enfermeiros relativamente à PBE apresenta-se como elemento de importância fulcral para a compreensão do fenómeno e enriquecimento do conhecimento em enfermagem.

O método fenomenológico enquadra-se na abordagem qualitativa conduzindo, segundo Rey (1999), para o “carácter oculto” da evidência. Segundo o autor, a qualidade dos fenómenos não surge de forma imediata nem se constrói por via da indução.

A metodologia selecionada visa a obtenção do conhecimento indutivo, sendo que, como refere Guerra (2006, p. 25):

“o investigador trabalha «de baixo para cima», começando nos factos (no terreno); o trabalho analítico inicia-se por um exame contínuo e aprofundado do material recolhido, para depois construir os conceitos e as proposições teóricas que se articulam numa teoria à medida que se forem «saturando» os casos em análise”.

A fenomenologia é a “ciência dos fenómenos”, ou seja, o estudo das estruturas da consciência. Consiste no estudo sistemático de tudo o que se coloca à consciência, exatamente como se apresenta. A abordagem fenomenológica é, pois, radical, não detendo nenhum *a priori* quanto ao conteúdo do fenómeno. Não sendo teórica, limita-se a uma descrição exclusiva da maneira como o conteúdo do fenómeno se apresenta tal como nele mesmo. A fenomenologia centra-se no fenómeno da consciência e, num sentido mais amplo, remete para a totalidade das experiências vividas por um indivíduo (Giorgi, 2008).

Em fenomenologia, o fenómeno define-se como a presença daquilo que é mesmo dado, exatamente como é dado ou sentido. A análise fenomenológica exige que a “significação fenomenal” esteja associada à “significação objetiva” do objeto, de forma a conseguir-se uma maior clareza. Contudo, pretende sempre apreender a significação do objeto tal como ela se dá (*Idem*).

Sim-Sim (1997) indica que, entendido à luz de seu fundador, Husserl (1913), o método fenomenológico apresenta subjacente um dualismo sujeito-objeto, homem-mundo, revelando as influências cartesianas, sendo vulgarmente designada como descritiva uma vez que as essências dos fenómenos são descritas exatamente como se apresentam à consciência.

Já segundo Giorgi (2008), a relação sujeito-objeto deve ser compreendida sob um ponto de vista estrutural e global. Podem ser distinguidos mas não separados. O sujeito só pode ter sentido na sua relação com o objeto e, por outro lado, o objeto pressupõe em si o facto de estar ligado à subjetividade.

O ato de consciência é, em si mesmo, implícito, pelo que surge a necessidade da promoção da descrição como instrumento metodológico (Giorgi e Sousa, 2010).

Segundo Giorgi (2008), o método fenomenológico adaptado ao método científico, desenvolve-se segundo três etapas intimamente relacionadas: a descrição, a redução fenomenológica e a busca das essências.

O método fenomenológico constitui-se numa abordagem descritiva, partindo da ideia de que o fenómeno pode falar por si, através da descrição compreensiva da experiência, com o objetivo de alcançar o sentido da mesma (Holanda, 2006). É necessário descrever, tanto quanto possível, o ato de consciência no qual se funda não o conhecimento empírico, mas o conhecimento eidético (Giorgi e Sousa, 2010).

Descrever consiste em atribuir uma expressão linguística ao objeto de um determinado ato, exatamente como este aparece no interior do ato (Giorgi, 2008). Giorgi e Sousa (2010) defendem que a descrição fenomenológica evita a explicação de um fenómeno a partir de fatores que lhe são externos, limitando-se ao objeto tal como é dado, uma vez que já contém, intrinsecamente, um entendimento do fenómeno.

De acordo com a fenomenologia “pura”, a descrição dos objetos intencionais da consciência faz-se a partir de uma perspectiva de redução fenomenológica (Giorgi, 2008).

Na vida quotidiana adotamos uma atitude natural, segundo a qual se têm as coisas como adquiridas, não se questionando a sua existência. A fenomenologia recusa tomar o mundo como adquirido à partida, não aceita automaticamente dizer que uma coisa “é” e procura compreender o que motiva um ser consciente a dizer que alguma coisa “é”. Para tal, é necessário efetuar uma redução fenomenológica, “descartando” ou tornando “não influente” todo o conhecimento passado suscetível de associação ao que é dado no momento, de forma a fornecer a oportunidade de se apresentar na sua totalidade no interior da situação (*Idem*). Não se trata de excluir ou negar a realidade, mas de alterar a forma como lidamos e nos posicionamos relativamente a esta. A única coisa excluída é a ingenuidade de aceitar o mundo como certo, ignorando o contributo da consciência. A redução fenomenológica implica uma abstenção, no sentido em que se coloca entre parenteses todo o conhecimento (social, cultural ou científico) relativo ao fenómeno (Giorgi e Sousa, 2010).

A fenomenologia é uma ciência de essências puras, abstraindo-se de todas as experiências fatuais da experiência. As essências referem-se ao sentido ideal ou verdadeiro de alguma coisa, conferindo um entendimento comum ao fenómeno em estudo. Representam as unidades básicas de entendimento comum de qualquer fenómeno, sem as quais o próprio fenómeno não pode ser pensado (Moreira, 2005). A essência é, segundo Giorgi (2008), aquilo que, enquanto sentido, mantém-se em determinado contexto de forma mais duradoura.

Para a obtenção da descrição do universo “perceptual” das pessoas que vivenciam a experiência da prática de cuidados, através da palavra dos participantes busca-se uma aproximação a essas mesmas práticas (Fortin, 1999).

4.1. PARTICIPANTES E CONTEXTO DO ESTUDO

Na presente investigação pretende-se alcançar as experiências vivenciadas pelos enfermeiros no contexto da prestação de cuidados, de forma a perceber-se como estes experimentam a PBE. Deste modo, com o intuito de se obter uma maior compreensão do fenómeno, efetuou-se o estudo com recurso a um conjunto de participantes (P), sendo que a sua seleção não foi puramente aleatória.

Dado que deve existir uma relação íntima entre os participantes e a experiência que se quer descrever e analisar (Fortin, 1999), procedeu-se à seleção destes de acordo com critérios previamente estabelecidos. Através de uma seleção intencional, identificaram-se sujeitos com conhecimento particular do fenómeno, interessados em partilhar esse conhecimento com o investigador. Procurou-se a colaboração de profissionais de enfermagem que, através das suas descrições, melhor pudessem conduzir aos significados da PBE sob uma perspetiva fenomenológica. Neste sentido, deu-se preferência aos enfermeiros com boa capacidade de reflexão e expressão.

Os participantes do estudo compreendem profissionais de enfermagem com grau académico não superior ao de licenciado, a exercer a profissão em serviços de internamento. Para um maior aprofundamento e compreensão do fenómeno em causa foram constituídos três grupos de participantes, pretendendo-se definir três períodos distintos da vida profissional - o inicial, o intermédio e o final. Os grupos são, portanto, referentes aos enfermeiros a exercer a profissão há menos de 5 anos (grupo I), enfermeiros

a exercer há entre 10 e 15 anos (grupo II) e enfermeiros a exercer há mais de 20 anos (grupo III), respetivamente.

A criação dos referidos grupos, compreendendo quase (mas não) a totalidade dos enfermeiros a exercer a profissão em serviços de internamento, pretende, por um lado efetuar uma investigação suficientemente abrangente para a obtenção de resultados socialmente representativos e, por outro, proporcionar, caso existam, a identificação de desvios entre os grupos relativamente ao fenómeno, aferindo-se quanto à influência do tempo de prática profissional.

Pretende-se, portanto, além de uma maior qualidade de informação, assegurar a presença da diversidade dos sujeitos e da situação em estudo, indo de encontro à função analítica da investigação que, de acordo com Guerra (2006, p. 33), “exige garantir, simultaneamente, a diversidade e a saturação”. Segundo a mesma fonte, em investigação qualitativa procura-se, não a homogeneidade, mas a diversidade, sendo que devem ser consideradas as variações necessárias para garantir que a investigação abordou a realidade, considerando-se, não uma representatividade estatística, mas uma representatividade social.

Ainda que a intenção inicial fosse a inclusão de 6 enfermeiros em cada um dos grupos, obtendo-se um total de 18 participantes, no trabalho de campo atingiu-se a saturação da informação com 6 enfermeiros do grupo I, 4 enfermeiros do grupo II e 4 enfermeiros do grupo III. Obteve-se assim um total de 14 participantes.

Não foi igualmente possível cumprir, na íntegra, o limite de tempo de experiência profissional estabelecido em cada um dos grupos. No grupo I constam enfermeiros com tempo de prática profissional que varia entre 2 e 4 anos, no grupo II enfermeiros com 9 a 14 anos de experiência profissional e, no grupo III, profissionais de enfermagem com 22 a 41 anos de experiência. Neste último grupo foi incluído um elemento que no seu percurso efetuou uma formação específica pós-licenciatura, concluindo o Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria.

A temática PBE incita, necessariamente, a vertente mais prática de enfermagem que é a prestação de cuidados diretos ao utente. Desta forma, parece consensual que serviços de internamento, nos quais existe um maior número de execuções de procedimentos de

enfermagem, constituem o contexto que oferece uma maior oportunidade para descrever e analisar o fenómeno em estudo.

Assim, para a execução da investigação, e apoiada na questão acessibilidade, recorreu-se a enfermeiros a trabalhar em oito instituições de saúde do distrito de Coimbra. A idade dos participantes varia entre 24 e 61 anos, sendo que 5 pertencem ao sexo masculino e 9 ao sexo feminino, conforme demonstra o quadro 1.

Quadro 1 – Características sociodemográficas dos participantes

	Sexo Masculino	Sexo Feminino
Grupo I (2 a 4 anos)	2	4
Grupo II (9 a 14 anos)	3	1
Grupo III (> 22 anos)	0	4
Total	5	9

4.2. PROCESSO DE RECOLHA DE INFORMAÇÃO

Para a recolha de informação, a técnica utilizada foi a entrevista semiestruturada, uma vez que, segundo Moreira (2005), a entrevista constitui uma das principais estratégias de colheita de dados do método fenomenológico. Recorrendo à entrevista semiestruturada é possível depreender como o sujeito concebe o seu mundo e como descreve essa conceção (Goetz e LeCompte, 1988).

Sendo objetivo da investigação aprofundar como os enfermeiros se apropriam da PBE, as pessoas que vivenciam a situação são os informadores privilegiados. Assim, a abordagem não-diretiva que a entrevista semiestruturada proporciona confere aos participantes a liberdade e o à vontade pretendido entre estes e o investigador, promovendo descrições do fenómeno mais autênticas e uma maior aproximação à realidade.

Ainda que não recorrendo a entrevistas estruturadas, a recolha de informação foi antecedida pela elaboração de um guião de entrevista, composto por 22 questões, que contemplou os grandes capítulos do fenómeno em questão (ver Apêndice I). Para que todos os entrevistados focassem os mesmos aspetos, em cada tema foram construídas questões orientadoras de resposta aberta que, muitas vezes, com o decorrer da entrevista

deram origem a outras não previstas anteriormente mas que enriqueceram os dados colhidos.

Antes de dar início ao processo de recolha de informação, considerou-se relevante a obtenção do parecer de um perito em investigação quanto à pertinência e clareza do guião, solicitando-o, por isso, ao Professor Orientador da dissertação.

O entrevistado é um ator racional que atribui sentido às suas ações, pelo que com a entrevista se pretende apreender o sentido subjacente à vida social. Desta forma, antes de dar início a cada uma das entrevistas foi dada a conhecer a motivação pelo estudo, a questão de investigação e os objetivos do estudo. Foi ainda anunciada a técnica de recolha de informação bem como os seus objetivos e principais capítulos, sendo posteriormente solicitado o consentimento para a realização da entrevista com gravação-áudio. A proteção das fontes foi privilegiada, tendo sido garantida a confidencialidade e o anonimato, promovendo-se assim a “relação de parceria que gera a possibilidade de «reflexividade» nos dois elementos da interação” (Guerra, 2006, p. 51). Nesta fase, na impossibilidade de se realizar no momento, foi agendada a entrevista para outra ocasião, tendo-se o cuidado de esta ser concretizada fora do horário de serviço.

As entrevistas foram realizadas, maioritariamente, depois do turno da manhã ou nas folgas. Os locais da sua execução oscilaram entre sala de aulas da ESEnfC e gabinetes do serviço disponibilizados pelo enfermeiro-chefe, tendo sido alcançado um ambiente silencioso, diálogo aberto, sem constrangimentos ou interrupções.

As entrevistas tiveram início a 27 de Maio de 2013, sendo que a última foi concretizada a 19 de Setembro de 2013. Cada entrevista demorou, em média, cerca de 30 minutos, oscilando entre 9 e 70 minutos. Durante a sua execução foram privilegiadas capacidades que, segundo Guerra (2006), se revelam fundamentais, como as capacidades de empatia e de interação humana. Assim sendo, investiu-se na clareza de ideias, na neutralidade face a juízos de valor, mantendo-se a informalidade não só na apresentação pessoal mas ainda na postura, promovendo-se a relação de confiança.

No decorrer das entrevistas, através da elucidação de algumas ideias e com recurso à escuta ativa, proporcionou-se o espaço necessário à exteriorização das experiências, de forma que o diálogo partisse maioritariamente dos entrevistados.

Os participantes descreveram as suas práticas no âmbito da prestação de cuidados, as suas dificuldades e constrangimentos face ao fenómeno em estudo, fornecendo, em alguns casos, sugestões de mudança para melhoria das práticas.

Após a realização de cada uma das entrevistas, foi gratificada a colaboração na investigação, sendo solicitada uma eventual colaboração *a posteriori* para algum esclarecimento de algo que pudesse ter ficado menos explícito, nomeadamente aquando da audição e transcrição da informação. Grande parte dos participantes prontificaram-se desde logo, contudo, não se verificou essa necessidade.

Dada alguma inexperiência na realização de entrevistas, antes de se dar início à recolha de informação junto dos participantes selecionados para a investigação, entrevistaram-se dois enfermeiros conhecidos, externos ao estudo, que se voluntariaram para aperfeiçoamento da técnica de colheita de informação. Estas descrições não foram, evidentemente, utilizadas no estudo, tendo contribuído para uma maior aprendizagem e rigor no percurso investigativo.

Numa outra fase, procedeu-se à transcrição das entrevistas com recurso a um programa de processamento de texto, o Microsoft Word. Conforme foram sendo realizadas as entrevistas, os discursos foram cuidadosamente reproduzidos em texto, através da audição atenta de cada uma das entrevistas, contemplando, na íntegra, o que foi dito por cada participante. A cada documento Word foi atribuído um número, consoante a ordem de realização e transcrição das entrevistas, não sendo utilizada qualquer outra forma de sistematização.

Após cada transcrição de entrevista, foi solicitado a um elemento externo à investigação, que ouvisse igualmente a reprodução áudio, de forma a confirmar a exatidão da informação colhida.

4.3. PROCEDIMENTO DE TRATAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

Neste tipo de investigação, o investigador trabalha “de baixo para cima”, iniciando o estudo pelos fatos. O trabalho analítico inicia-se através de um exame contínuo e aprofundado da informação conseguida, sendo que prossegue para a construção de conceitos e proposições teóricas que se articularão numa teoria à medida que se for atingindo a saturação dos dados em análise (Guerra, 2006).

A saturação corresponde ao fenómeno pelo qual, após determinado número de entrevistas, nada se recolhe de novo, sendo que o entrevistador se apercebe da repetição das informações face aos nós centrais do questionamento (*Idem*).

Interessa perceber a realidade tal como é percebida pelos participantes, pelo que se pretende a análise da descrição dos factos, recorrendo-se aos discursos dos entrevistados.

A análise dos dados decorre, por isso, desde a primeira entrevista. Tem início não apenas no momento da sua transcrição, sendo o processo iniciado no decorrer da própria entrevista, momento em que o investigador é inevitavelmente imerso na problemática e fenómeno em estudo, realizando desde logo um trabalho reflexivo.

Sem dar início à apreciação das transcrições das entrevistas, foram revistos os objetivos do estudo para que, ao efetuar-se a sua leitura, mais simples fosse a análise das descrições obtidas.

Segundo uma abordagem fenomenológica, a ação do investigador não se resume a registar a incidência de um fenómeno. O investigador aprofunda as dimensões do fenómeno, de que forma este se manifesta e com que fatores se relaciona. De acordo com Giorgi e Sousa (2010), numa perspetiva de redução fenomenológica, o pesquisador lê a transcrição completa das descrições que, segundo Giorgi (2008), devem ser lidas adequadamente de forma a conseguir-se apreender o sentido global dos dados e perceber como as partes são compostas.

De forma a apreender o sentido do todo, procedeu-se à leitura de todas as transcrições, sendo realizada, não de acordo com a ordem da concretização das entrevistas, mas sim por grupos de participantes. Assim, iniciou-se a leitura pelo grupo com menor tempo de experiência profissional, terminando-se no grupo de participantes a exercer há mais de 20 anos. A ordem de leitura dentro de cada grupo de participantes foi totalmente aleatória.

Posteriormente, houve necessidade de se efetuar mais três leituras, de forma a apreender-se mais convictamente o sentido do todo.

Proseguiu-se para a discriminação dos sentidos que, segundo Giorgi (2008), pressupõe a adoção da perspetiva da disciplina e, deste modo, a adaptação do contexto ao fenómeno

pesquisado. Desta discriminação obtém-se a percepção do todo, desde que constituídas as unidades de significado.

Giorgi e Sousa (2010) referem que assumindo uma atitude de redução fenomenológica, o pesquisador estabelece as partes, delineando unidades de significado. Esta explicitação de significados com intuito de uma análise mais aprofundada é efetuada utilizando como critério a transição de sentido para a constituição das unidades de significado.

Deste modo, procedeu-se, numa segunda etapa, à leitura de cada uma das entrevistas e, a cada transição de sentido, foram identificadas as unidades de significado. Para Giorgi (2008), as unidades de significado não existem nas descrições e resultam da atitude e atividade do investigador. Foi, por isso, adotada uma atitude neutra que, ainda que focada no fenómeno, não contemplou definições *a priori* proporcionando a apreensão intuitiva das significações pertinentes.

A fim de encontrar e articular o sentido vivido pelos sujeitos relativamente ao fenómeno, as unidades de significado identificadas foram transformadas em expressões próprias do discurso para que, e segundo o autor supracitado, o valor de cada uma em relação à disciplina se tornasse mais explícito. Para Giorgi e Sousa (2010), o objetivo é encontrar e articular o sentido vivido pelos sujeitos relativamente ao objeto de estudo da investigação.

Numa terceira fase da análise de dados, as unidades de significado identificadas, e já codificadas em linguagem própria da disciplina, foram novamente analisadas, resultando esta análise em temas que constituíram o alvo da presente investigação. Foram encontradas 5 unidades temáticas.

Num momento final do método fenomenológico é organizada, como indica Corrêa (1997), uma síntese das unidades de significado encontradas a partir da análise das descrições dos sujeitos, sendo identificados os seus pontos de convergência, divergência e de idiossincrasia. É elaborada, através do uso da variação livre imaginativa, uma estrutura descritiva geral que incorpora os sentidos mais invariantes das unidades de significado transformadas em linguagem própria da disciplina (Giorgi e Sousa, 2010). Nesta fase tornaram-se, pois, mais perceptíveis as considerações tecidas pelos enfermeiros relativamente à PBE nos três grupos constituídos.

PARTE III – CUIDADOS DE ENFERMAGEM: UMA PRÁTICA BASEADA NA EVIDÊNCIA – ESTUDO EMPÍRICO

Numa atualidade em que temas como Qualidade em Saúde e Satisfação do Utente vigoram, além do saber e do fazer, o saber fazer reveste-se de especial relevância. Incita-se, por isso, a excelência na prestação de cuidados que incorpora, necessariamente, uma prestação de cuidados de enfermagem congruente com os últimos achados científicos. Importa assim, numa perspetiva construtiva, identificar os elementos que influenciam esta prática de cuidados atualizada.

Da leitura e análise das descrições conseguidas com as entrevistas efetuadas aos 14 participantes do estudo, alcançou-se uma estrutura essencial global (Apêndice II) resultante do cruzamento das estruturas essenciais extraídas dos discursos dos participantes de cada um dos grupos (Apêndice III).

Esta estrutura, contemplando o que é invariável nos três grupos de enfermeiros, representa a conceptualização da PBE no grupo profissional e reflete a natureza vivida em contexto de prestação de cuidados. Integram a estrutura os seguintes constituintes essenciais:

- Prática assertiva baseada no conhecimento experiencial;
- Colegas de trabalho como principal recurso de informação;
- Conhecimento em Investigação empobrecido;
- Experiência profissional condicionante da PBE;
- Insuficiência de recursos humanos e/ou insuficiência de tempo enquanto barreira(s) à implementação das evidências na prática.

Recorrendo às descrições das experiências dos enfermeiros, segue-se a caracterização de cada uma das unidades temáticas, na qual figuram elementos que, embora não contemplados na estrutura essencial global, possuem um elevado nível de significância na construção do significado do fenómeno.

CAPÍTULO 5 - PRÁTICA ASSERTIVA BASEADA NO CONHECIMENTO EXPERIENCIAL

Conhecer a conceção da PBE é promover a compreensão dos fenómenos que esta evidencia, bem como os saberes que lhe são próprios e que estão implícitos. A conceção de PBE remete, pois, para o significado construído pelos enfermeiros relativamente ao próprio conceito. Cada pessoa é um indivíduo único, singular, com uma multiplicidade de experiências e vivências particulares, carregando o seu próprio mundo de significados.

Sendo que a cada enfermeiro corresponde um percurso profissional diferente e experiências pessoais e profissionais igualmente distintas, surgem conceções de PBE muito particulares, que espelham a forma como estes perspetivam o fenómeno, podendo ser ou não coincidentes.

A PBE como prática assertiva fundada no conhecimento adquirido com a experiência da prestação de cuidados diária é a conceção que mais se salienta nas descrições dos participantes:

“É uma prática baseada na experiência que temos, na experiência na parte prática.” (P 9);

“Remetendo-nos à essência das palavras, é um pouco utilizarmos na nossa prática diária conceitos ou técnicas que nós já vimos através da nossa experiência do dia-a-dia que efetivamente têm resultados. Embora nem sempre estejam reportados a algum conhecimento escrito ou possamos ter uma base teórica total.” (P 11);

“Para mim será isso... o saber que tu adquiriste na prática baseado no que experienciaste. (...) Qualquer coisa que tu não estudaste mas que na tua prática, no teu trabalho, no teu dia-a-dia tu foste adquirindo.” (P 12).

A PBE é, portanto, entendida pelos enfermeiros como a prestação de cuidados fundada na observação das práticas no dia-a-dia, muitas vezes desenvolvidas por outrem, praticando-se aquelas cujos resultados revelam ser as mais vantajosas. Baseada nas opiniões formadas em contexto clínico, serve-se dessas apreciações para conduzir a prestação de cuidados futura:

“Temos de nos guiar por aquilo que nós aprendemos e por outras coisas que a gente vê, que vamos vendo, que vão dizendo, que nos vão informando.” (P 3);

“Para mim uma PBE é uma prática que só evolui com experimentações práticas. Nós temos uma situação em que fazemos um qualquer procedimento prático e as consequências ou o que obtemos desse exercício da prática, a informação que obtemos ou o conhecimento ou o resultado, vai-nos servir para conduzir outras práticas. São as constatações que nós vamos tendo do exercício da prática.” (P 10).

É, no entanto, evidenciada alguma hesitação e insegurança quanto ao significado da PBE, pelo que se depreende que este é um conceito pouco explorado pelos enfermeiros:

“Não sei muito bem o que é que consideras isso.” (P 1);

“Dá isso por outros coisas mais miúdos... eu não estou a atingir essa situação, estás a perceber?” (P 3);

“Ai meu deus... É baseada em... (...) Acho eu. Acho que é por esse lado... Não sei muito bem.” (P 5);

“Pronto... essa questão é muito complicada. A PBE... não é fácil... eu já ouvi falar disso. Não sei onde mas já ouvi falar disso.” (P 14).

Ainda que perspetivem a PBE enquanto prática baseada nos conhecimentos adquiridos através da observação da prática de cuidados quotidiana, e revejam o seu comportamento nesta conceção, os participantes do estudo não colocam de parte o papel da teoria. Tal como indica Kim (2010), sendo a enfermagem uma disciplina prática, os enfermeiros fazem uso de um determinado conjunto de saberes decorrentes da experiência, designado de conhecimento privado. No entanto, utilizam também o conhecimento da disciplina, as teorias e as evidências científicas, que constituem o conhecimento público.

Da lógica dos discursos emergem justificações várias para a inclusão da teoria na prestação de cuidados. Através da análise das descrições, percebe-se a valorização da teoria, nomeadamente devido à sua função orientadora da prática clínica:

“Nós temos que saber a teoria para depois aplicar na prática.” (P 1);

“Eu acho que a teoria nos dá para ajustar a prática, sendo que nem sempre ela pode dar os dados concretos... mas é um guia de orientação.” (P 7);

“Estão interligadas. A prática com a teoria. É o que eu acho. A teoria guia a prática.” (P 8).

Para os profissionais de enfermagem, a teoria apresenta ainda um importante papel na fundamentação das práticas:

“(...) nenhuma execução de uma tarefa ou de uma atividade prática pode ser feita sem haver uma fundamentação teórica para isso. Não podemos fazer as coisas em cima do joelho só porque achamos que assim é que está bem ou que assim é que deve ser feito.” (P 4);

“É assim, é sempre bom termos conhecimento prévio daquilo que estamos a pôr em prática. Ou seja, temos sempre uma fundamentação científica. (...) Serve para justificar o que estamos a fazer. Para não fazermos em vão. Não estamos a fazer uma coisa só porque nos disseram que é assim ou porque achamos que é assim.” (P 5);

“Ela está sempre presente. Mesmo que nós não desejemos isso à partida, a prática tem de ser fundamentada sempre com origem teórica.” (P 6);

“Eu acho que temos de ter uma boa base de conhecimentos para termos uma boa prática. (...) Cada vez mais nós precisamos de argumentar todas as nossas práticas e se nós quisermos estar bem numa sociedade completamente louca, nós precisamos de argumentar de forma a... e a nossa forma de argumentação são os conhecimentos que nós temos.” (P 14).

Uma prestação de cuidados com algum suporte teórico confere ainda uma maior segurança e confiança nos cuidados prestados:

“Porque hoje mais que nunca as pessoas têm de se manter informadas e atualizadas. Mas é para o nosso bem, para a gente estar segura, para trabalharmos seguras. É uma maneira de a gente se sentir segura” (P 3).

Esta valorização do conhecimento teórico está em consonância com Thompson (2003), que defende que ainda que o conhecimento experiencial seja necessário, não se revela suficiente para o processo de decisão clínica.

Percebe-se pela análise dos discursos dos participantes que, na sua prestação de cuidados quotidiana, estes têm presente a individualidade do utente nas várias decisões clínicas:

“A situação de um doente, especialmente porque trabalhamos com doentes, não são iguais. Numa mesma patologia todo o processo de cura de um doente não vai ser igual com o outro doente com a mesma patologia. Porque os doentes, lá está, são diferentes, têm antecedentes pessoais diferentes, a resposta do organismo ao tratamento também não será obrigatoriamente igual, ou pelo menos que respeite os mesmos timings.” (P 4);

“Aprende-se muita coisa no Curso de Licenciatura que depois tem de ser ajustado e adaptado, consoante o doente, consoante a situação clínica. Tem de ser tudo à base da adaptação por parte do enfermeiro.” (P 6);

“A minha prática é guiada sobretudo pela minha experiência profissional do dia-a-dia. Por entender que não há doenças, há doentes. Que muitas vezes o que resulta num doente, não resulta noutra.” (P 10);

“Às vezes até pode acontecer o doente ter determinada coisa prescrita para fazer e nós vimos que naquele dia o doente tem dor e não está disposto a fazer, não é? E não vamos obrigá-lo a fazer só porque está prescrito e porque deve ser.” (Idem).

Depreende-se assim que, embora não contemplando as preferências e valores do utente na conceção de PBE, os enfermeiros desenvolvem uma prestação de cuidados consonante com a ideia de Sackett *et al.* (2000), para o qual devem ser integrados na decisão clínica as preferências, preocupações, e expectativas do utente, ou seja, a singularidade do indivíduo. É gratificante verificar a adoção desta vertente holística dos cuidados de enfermagem, que se afasta do Modelo Biomédico e que, segundo Medina (1999), contextualiza o fenómeno biológico, confinando-lhe sentido num indivíduo único com biografia própria, num local e momento específico, com condições sociais concretas.

Em enfermagem, a incorporação da individualidade do utente nas diversas decisões clínicas, toma especial relevância uma vez que, como indica Serapioni (2009), o utente nem sempre detém a capacidade de reivindicar os seus direitos ou de julgar a qualidade da prestação de cuidados.

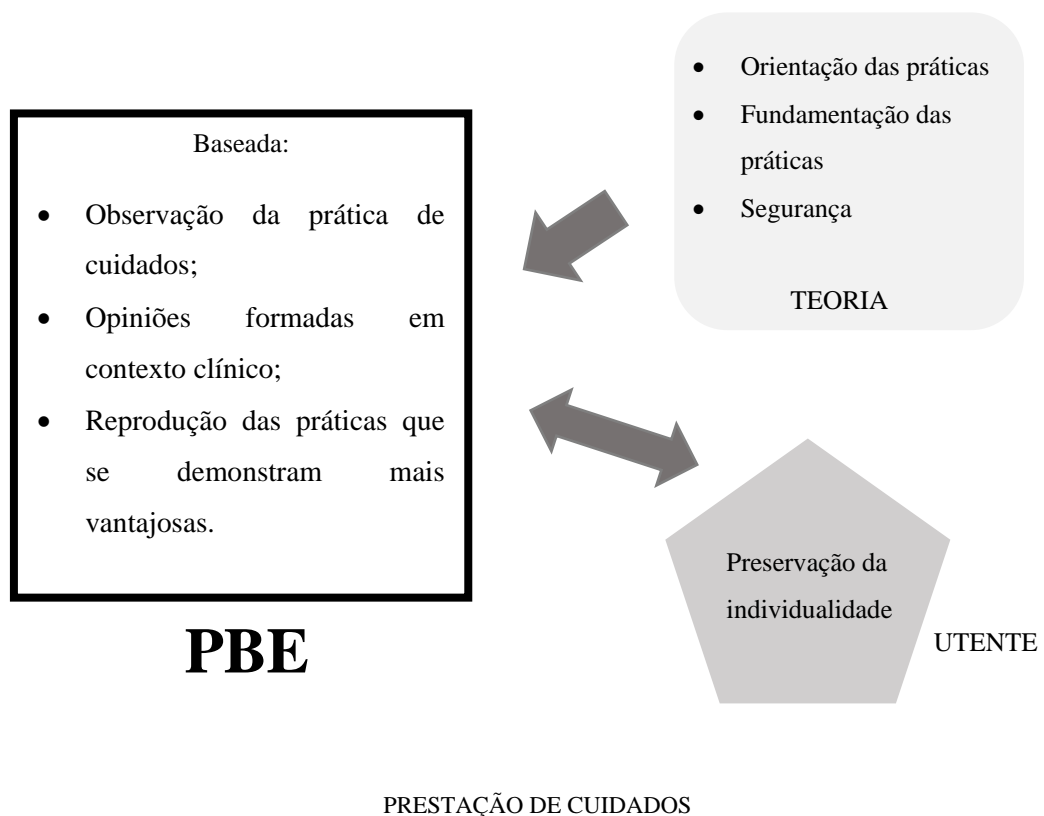
Esta atitude verificada no desenvolver da prestação de cuidados dos enfermeiros vai, por isso, de encontro à definição de PBE, que contempla, como indica o Conselho Internacional de Enfermeiros (2012), além da pesquisa e identificação da mais recente evidência científica, da experiência e avaliação clínica, as preferências do utente no contexto do cuidar.

Da análise das descrições dos participantes constata-se que pouco ou nenhum terá sido o contacto com o conceito PBE até ao momento. O conceito, que segundo a Ordem dos Enfermeiros (2006) corresponde à incorporação da melhor evidência científica existente, conjugada com a experiência, opinião de peritos e os valores e preferências dos utentes,

no contexto dos recursos disponíveis, apenas se aproxima da conceção da PBE dos participantes quando de experiência clínica se trata.

No entanto, em muitos discursos são identificadas características da PBE, nomeadamente em descrições que remetem não só para a experiência clínica, como também para a preservação da individualidade do utente. Por outro lado, uma peça essencial do conceito PBE, a incorporação na prática da melhor evidência científica, não é sequer referenciada.

Figura 2 – A PBE no contexto da prestação de cuidados



Como demonstra a figura 2, percebe-se que a PBE, na conceção descrita pelos participantes, constitui para os enfermeiros uma parcela da prestação de cuidados de enfermagem, sendo que esta se desenvolve baseada, simultaneamente, no conhecimento experiencial (tido como PBE) e no conhecimento teórico. Este desenvolvimento da prestação de cuidados executa-se numa perspetiva adaptativa aos contextos clínicos encontrados, nos quais é contemplada a individualidade do utente.

CAPÍTULO 6 – COLEGAS DE TRABALHO COMO PRINCIPAL RECURSO DE INFORMAÇÃO

No decurso da prestação de cuidados, ao depararem-se com alguma dúvida ou situação-problema, os enfermeiros evitam, no que é possível, colocar em risco a vida do utente e recorrem de imediato ao colega presente a fim de obterem um esclarecimento. Este é tido o recurso de informação mais rápido, ideal em situações em que é necessária uma atuação breve:

“Pode haver uma coisa ou outra que não é da minha área ou que não tenha prática, ou uma coisa nova, mas eu também peço ajuda aos colegas. É importante também quando nós não temos prática de qualquer coisa pedir ajuda aos colegas.” (P 1);

“Quando surge alguma dúvida, como trabalho com mais de um colega, procuro logo conversar com o colega.” (Idem);

“Provavelmente se fosse uma situação de urgência, eu procuraria primeiramente um colega porque terá mesmo de ser a fonte mais rápida de informação que eu tenha para conseguir atuar.” (P 2);

“Se é um procedimento e não estou segura, chamo ajuda. Ou peço a um colega para ver ou mesmo para fazer, se eu não sei. Já aconteceu várias vezes e eu... eu aceito que erros todos cometemos mas cometer erros sabendo que podemos errar não.” (P 7);

“Primeiro aos colegas que estiverem por perto. Se não conseguir tento saber por outros meios.” (P 9);

“(...) eu acabo por se calhar junto dos colegas, como eles têm mais experiência prática (ou como a mim ou mais ou inferior, não interessa), acabo por se calhar identificar-me mais com as opiniões deles porque... não é que eu conteste aquilo que está escrito nos livros mas procuro mais junto de quem realmente faz, não é?” (P 10);

“Naturalmente, quando estamos sós e tenhamos alguma dúvida contactamos outros colegas (...).” (P 11).

Para a obtenção de informação, de entre os colegas, os enfermeiros dão preferência aos profissionais com maior tempo de experiência, por serem detentores de maior conhecimento:

“Se for uma situação que pode aguardar, eu procurarei junto dessa tal minha colega que é enfermeira-chefe. Portanto, já tem mais anos de experiência e acaba por nos dar uma resposta diferente.” (P 2);

“Se tivermos que procurar, tem de ser fora. Senão não dá. Dado o volume de cirurgias e de doentes que entram ali. Não temos muito tempo. O que fazemos? Perguntamos uns aos outros. Esclarecemo-nos uns aos outros. Claro, às pessoas mais experientes...” (P 5);

“A maneira mais rápida, mais fácil, pelo menos de imediato, para esclareceres essa dúvida é teres um colega com mais experiência que tu.” (P 12);

“Pronto, em geral, eu tenho enfermeiros que trabalham comigo há muito mais tempo e que têm conhecimentos e que geralmente não me... não me preocupo em perguntar, em questionar, e saber mais do que aquilo que sei. E acho que é mais aquilo que deveríamos todos ter que é... não sabemos, não vamos por em risco o doente. Vamos questionar, vamos ver o porquê, vamos saber quais é que são as melhores práticas.” (P 14).

Esta ideia de ter como referência, para o esclarecimento de dúvidas, enfermeiros com maior experiência profissional pode ser considerada uma medida promotora da PBE, já que, corroborando o indicado por Majid *et al.* (2011), o acompanhamento por enfermeiros experientes constitui um fator indispensável à aplicação da evidência científica na prática clínica.

Caso o colega não possua o conhecimento suficiente para solucionar a situação, os enfermeiros recorrem então ao enfermeiro-chefe ou ao médico:

“Se não souber tenho de entrar em comunicação com os superiores... temos outro enfermeiro ou temos o médico.” (P 3);

“É assim, tenho uma dúvida... se tiver com algum colega que tenha mais experiência que eu, recorro a ele. Se eventualmente ele também estiver em dúvida, então recorro ao superior hierárquico ou então ao médico.” (P 8).

Ao verificar-se a persistência da dúvida, ou caso o enfermeiro preveja uma situação ainda não totalmente esclarecida, o recurso de informação elegido é a internet. No que concerne ao recurso de informação biblioteca, as descrições mostram que os enfermeiros não possuem como hábito a sua frequentação:

“Online. Quase sempre. Muito raramente venho à escola de enfermagem. À biblioteca do hospital também vou muito raramente.” (P 4);

“Na internet. Não recorro a bibliotecas, não tenho muito esse hábito. É mais tudo à base da internet.” (P 5).

Deste modo, quando a inquietude não é resolvida através do diálogo com os colegas, depois da internet, os livros são o recurso de informação consultado:

“Pode ser em conjunto nos livros ou na internet.” (P 1);

“Agora no trabalho o que nós temos é computadores, portanto, meios informáticos que nos permitem alcançar essas fontes. Mas também, pelo menos em suporte papel, livros... a própria instituição vai adquirindo livros mais recentes e novos onde estão também a prática dos cuidados que nós vamos desenvolver.” (P 2);

“E depois temos sempre informação online onde podemos sempre esclarecer alguma dúvida.” (P 4);

“Em manuais disponíveis nos serviços. E por vezes na internet.” (P 8);

“(...) fazer uma pesquisa na internet ou em livros” (P 9);

“Mais nos livros, na internet, na Wikipédia, mais por aí. Trabalhos escritos... nós no hospital... no hospital, no serviço temos normas e procedimentos onde também podemos conhecer mais acerca de alguns procedimentos e que não estamos familiarizados. Mais por aí.” (P 14).

Caso os enfermeiros não atendam à validade dos recursos de informação que consultam e dado que, como refere Galvão, Sawada e Mendes (2003), o período entre a finalização de um livro e a sua publicação é de cerca de dois anos, é reconfortante a constatação da eleição dos livros como último recurso a utilizar no esclarecimento de dúvidas, essencialmente se não estiver em causa informação estável.

Importa ainda referir que, não sendo efetuada na biblioteca, a consulta de documentos escritos para esclarecimento de dúvidas realiza-se sobretudo em meio laboral:

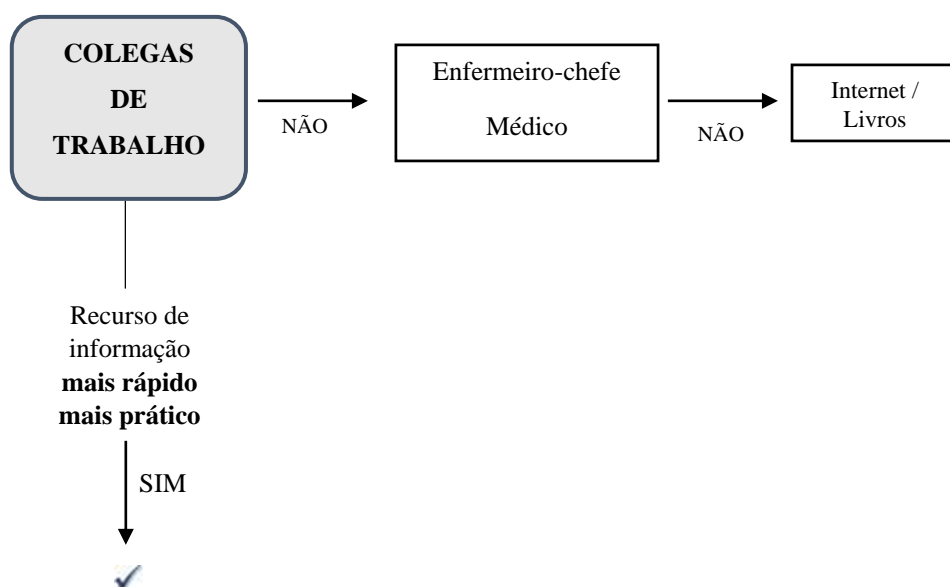
“Mas também, pelo menos em suporte papel, livros... a própria instituição vai adquirindo livros mais recentes e novos onde estão também a prática dos cuidados que nós vamos desenvolver. Portanto... Não só nos livros, na pequena biblioteca que temos no gabinete (...).” (P 2);

“Em manuais disponíveis nos serviços.” (P 8);

“E faço-o no local de trabalho ou no acesso que nós temos agora, muito comum, que é a internet. E com algumas... com alguns livros existentes no serviço.” (P 13);

“Trabalhos escritos... nós no hospital... no hospital, no serviço temos normas e procedimentos onde também podemos conhecer mais acerca de alguns procedimentos (...).” (P 14).

Figura 3 – Colegas de trabalho enquanto principal recurso de informação



Sintetizando, como ilustra a figura 3, os colegas de trabalho são tidos como o principal recurso de informação, dado que em situação de dúvida, constituem o elemento a quem os enfermeiros recorrem em primeira instância. Caso não se verifique uma resolução da dúvida, o chefe de enfermagem ou o médico assumem este papel, sendo seguidos da internet e, em último recurso, dos livros.

CAPÍTULO 7 – CONHECIMENTO EM INVESTIGAÇÃO EMPOBRECIDO

Dos relatos obtidos percebe-se que os enfermeiros possuem diminutos conhecimentos no âmbito da Investigação. Ao depararem-se com uma situação-problema ou dúvida, recorrem a diversas fontes de informação, não manifestando preocupação ou critério na seleção das mesmas.

Quando não recorrem ao colega de trabalho presente no momento da dúvida, ou quando este se revela incapaz de esclarecê-la, os enfermeiros consultam outros recursos de informação, sendo que raramente atendem à fiabilidade e validade da informação:

“Acho que devemos acreditar naquilo que o estudo indica, aquilo que o estudo nos indica. Os próprios estudos de investigação já avaliam a fiabilidade e confiabilidade daquilo que está descrito.” (P 6);

“Parto do princípio que é válida. Não avalio isso.” (P 9);

“Existem conselhos científicos que serão fiáveis e que dão credibilidade a essas... a essas investigações.” (P 12);

“Há sítios onde vais que à partida a informação é fiável. Às vezes... Não questiono. A maior parte das vezes não questiono. Depende daquilo que eu estou à procura também. Se há coisas que eu estou a ler sem nexos... Ok, não pode ser. Vejo que não é credível. Mas a maior parte das coisas... não costumo, não. Não costumo questionar.” (P 13).

Concluem acerca da validade e fiabilidade de uma fonte de informação através da semelhança encontrada por comparação com outras fontes:

“Vou comparando. Não me preocupo muito. Vejo as revistas, aquelas que eu tenho maior referência. E depois também comparo os artigos. Por exemplo, na internet... vou comparando.” (P 1);

“Em termos de site, normalmente vejo dois ou três e quando achar que são parecidos...” (P 7).

Esta quase inexistência de uma avaliação crítica da validade e relevância da informação consultada revela-se preocupante. Como indica French (1999), se a evidência não for relevante ou se forem utilizadas opiniões ou experiências como recomendações clínicas,

pode estar em causa a segurança da prestação de cuidados, que pode demonstrar-se incompleta e enganosa, causando danos ao indivíduo.

Está, portanto, implícito que a não validação dos conhecimentos resultantes das pesquisas sistemáticas verificada entre os participantes pode comprometer a aplicação da PBE (Domenico, 2001).

A propósito, a escola de enfermagem, e o respetivo plano de estudos vigente a nível do CLE, parece ser coresponsabilizada por esta preparação deficiente em Investigação:

“Para um enfermeiro generalista, que não tem formação muito elevada a nível de investigação, acho que é muito difícil apontar ou conseguir perceber a fiabilidade.”
(P 6).

Em dois dos grupos de participantes, grupo I e grupo III (enfermeiros a exercer há menos de 5 anos e enfermeiros a exercer há mais de 20 anos, respetivamente), constata-se uma valorização da atualização do conhecimento. Já o mesmo não se verifica no grupo de enfermeiros a exercer há entre 10 e 15 anos.

Estes enfermeiros consideram a investigação, e a teoria desta decorrente, preponderantes para a sua atualização e para o desenvolvimento adequado da prestação de cuidados, designadamente no que respeita a procedimentos técnicos:

“Eu acho que é na investigação e nestas novas práticas de estar atualizada é que se consegue melhorar. E eu acho que o ler muito sobre as práticas, o estar sempre atualizado, tanto na parte psicológica como noutra tipo de prestação de cuidados... Nós temos que ler muito para nos tornarmos mais sensíveis e fazermos as coisas com mais rigor (...).” (P 1);

“Não tantas vezes também quanto isso mas tento sempre atualizar-me, fazer tipo um update, como se costuma dizer. Porquê? Porque principalmente nas técnicas... as técnicas vão sempre mudando, alguma coisa vai mudando. E até em termos de conhecimento, aquilo que hoje é verdade amanhã já não é.” (Idem);

“(...) acabei o curso em 2010, e mesmo assim, dos conhecimentos que nos foram transmitidos em 2010 face àqueles que já existem hoje, já existe uma discrepância muito significativa. E se nós não nos formos atualizando, acabamos sempre por correr o risco de estar a prestar cuidados de enfermagem que não estão adequados face à luz da ciência.” (P 2);

“Nós somos profissionais de saúde. É uma ciência que está sempre a evoluir. O que se fazia há 20 anos, agora não se faz. E o que se faz agora, daqui a 20 anos não se vai fazer. Portanto nós temos que estar sempre atualizados.” (P 6);

“(...) se te cingires aquilo que aprendeste no curso base, paras no tempo. Há sempre novas atualizações, há sempre qualquer coisa que se descobre que será útil depois na prestação de cuidados.” (P 12);

“É essencial teres uma base teórica, é essencial atualizares-te, é essencial... estudar, pronto.” (Idem).

Esta necessidade de atualização experimentada pelos enfermeiros, de procurar e investigar com o intuito de acompanhar os novos conhecimentos, é, para estes, preponderante para a obtenção de maior autonomia em enfermagem. Como refere Medina Moya (2005), a aquisição de um nível mais elevado de autonomia profissional envolve uma correta aplicação das teorias de enfermagem.

Partilhando a ideia de Pereira, Cardoso e Martins (2012) quanto à PBE enquanto pré-requisito para a excelência e segurança dos cuidados, os participantes percecionam a aquisição dos novos saberes como ferramenta indispensável para uma prática refletida e fundamentada e para uma decisão clínica segura:

“Por isso é que é mesmo importante haver essa atualização do conhecimento para garantir que essa prática é segura, é consistente. Para não caíres na asneira de cometer um erro grave ou muito grave ou pouco grave (mesmo que seja pouco grave já é significativo), que comprometa a vida, a segurança, ou o que for, dos utentes.” (P 2).

Surge nos discursos que este cuidado pelo rigor e pela fundamentação dos cuidados faz da Enfermagem uma ciência cada vez mais independente, com o seu próprio corpo de conhecimentos, afastando-se da subordinação ao corpo médico e alargando o seu campo de atuação autónoma:

“Mas, aquilo que é o nosso poder de decisão, o nosso espírito crítico, também acaba por fazer com que nós tenhamos cada vez mais no nosso âmbito de atuação uma maior autonomia. Porque eu não preciso de um médico para me dizer tudo, e nós temos um corpo de conhecimentos específico (...). Temos, por isso, um corpo de conhecimentos que fazem com que tenhamos uma prática pensada, refletida por nós. Não precisamos de outros. E eu acredito que esse papel de submissão poderá ter surgido ou poderá ter existido numa altura em que a profissão não estaria tão bem definida.” (P 2);

“Mas cada vez mais nós também nos temos afirmado e, lá está, em termos de decidir e de fundamentação científica... e procurar, sabemos porque é que estamos a fazer... Muitas das vezes até discordamos da opinião do médico e podemos participar mais nas decisões clínicas.” (P 5).

Estes discursos remetem para o desenvolvimento da enfermagem e a aquisição gradual de autonomia ao longo dos tempos, descrito por Medina (1999), segundo o qual o desenvolvimento do corpo próprio de saberes contribuiu na busca e reivindicação da identidade e autonomia profissional. Contudo, parece refutar a perspetiva de Medina Moya (2005), referente à diminuta ambição dos enfermeiros por assumir responsabilidade intrínseca a uma prática autónoma, resultando da utilização do método científico de resolução de problemas.

Verifica-se, pois, nos discursos dos participantes, que a prática clínica segura, fundamentada, utilizadora dos resultados da investigação científica, tem conduzido a uma prática que revela sistematicamente confiança e qualidade e, portanto, potenciado uma maior autonomia:

“Essa autonomia deve ser valorizada porque, lá está, a enfermagem também ao longo dos anos foi sabendo investigar e essa investigação levou ao aparecimento de boas práticas que, lá está, estão comprovadamente a ser boas, a ser eficazes, a ser eficientes. Os enfermeiros estão a ter um bom desempenho. A enfermagem atualmente tem alguma autonomia, é uma profissão com base em resultados pós-investigação e isso «libertou» o enfermeiro desse estigma de ser o submisso e o subserviente do médico.” (P 4).

Contraditoriamente ao anteriormente explícito, apesar de ser notória a valorização da atualização dos saberes, os enfermeiros possuem hábitos de pesquisa esporádicos. Realizam, por vezes, uma pesquisa e fazem-no essencialmente quando surge uma inquietude ou situação-problema:

“Leio assim alguns artigos mas com muita frequência, muita frequência não. Talvez de mês a mês. Por vezes leio mais artigos... em casa ou no serviço, quando tenho mais tempo disponível.” (P 1);

“Não é assim com frequência. Não é todos os dias. É quando me surgem os problemas ou quando me surge alguma dúvida.” (P 5);

“Mais quando tenho dúvidas. De dois em dois meses.” (P 9);

“Faço... é um bocadinho incerto porque é... mas pelo menos faço-o sempre que tenho dúvidas (...).” (P 10);

“É quando te surge um motivo para. Não... «Epá, é uma vez por ano.» Não. Eu até numa semana posso fazer isso duas vezes. Mas também posso passar o resto do ano que não faço. Tudo depende do que venha a aparecer.” (P 12).

Outras vezes, não havendo disponibilidade no momento para aprofundar a questão problemática, nomeadamente devido ao volume de trabalho e conseqüente falta de tempo, a dúvida acaba por cair no esquecimento até que o enfermeiro se depare novamente com a situação:

“(...) as situações não se deparam assim tantas vezes quanto isso. Algumas vezes porque não tenho tempo imediato para o fazer e depois quando tenho um bocado livre, quando me lembro de uma situação vou tentar esclarecê-la (...).” (P 4);

“(...) com o volume de trabalho, há muitas coisas que eu até posso ter tido dúvidas mas depois esqueço-me. Há muita coisa que passa ao lado. Mas não devia ser...” (P 7);

“Porque me esqueço pelo cansaço.” (Idem).

Sobressai, portanto, a falta de tempo enquanto barreira à PBE, sendo esta ideia corroborada por Thompson e Learnonth (2004), que indicam a disponibilidade limitada dos enfermeiros para a consulta de fontes de informação.

Como se constata no capítulo 2, a consulta dos recursos de informação realiza-se essencialmente em meio laboral, pelo que se revela essencial a existência de disponibilidade temporal nos contextos laborais para este fim. Esta posição é consonante com a de Pedrolo *et al.* (2009), para o qual a pesquisa na prática profissional de enfermagem deve ser perspectivada como uma dimensão da prática, constituindo uma ferramenta do processo de trabalho.

Deste modo, além de incerta, a atualização pode ser bastante limitada e o enfermeiro, inadvertidamente, exercer uma prestação de cuidados obsoleta.

Todavia, emerge das descrições a partilha de ideias e informação com os colegas como estratégia para o abrangimento de uma maior quantidade de informação atualizada de um maior número de temas:

“(...) para garantir que nos vamos minimamente atualizando, porque eu acho que mesmo todos aqueles estudos que nós lemos acabam sempre por ser poucos porque nós nunca conseguimos abarcar a quantidade de estudos que estão a ser realizados ou publicados.” (P 2).

Os enfermeiros, para o esclarecimento das suas dúvidas, recorrem a fontes de informação científicas e não científicas, sendo que quando interpelados relativamente à preocupação em se manter atualizados e em consultar fontes de informação científica, estes afirmam que fontes não científicas podem ser igualmente pertinentes:

“Científica e não científica também. Há informação pertinente que não precisa de ser validada cientificamente. Se várias pessoas concordam com ela, haverá alguma pertinência nisso.” (P 4).

Esta perspetiva é compatível com a de Pearson *et al.* (2005), para o qual a evidência é percecionada de forma pluralista, sendo que quando não estão disponíveis os resultados da investigação, outra informação proveniente da opinião, experiência e perícia é tida como evidência.

Da análise das descrições extrai-se que frequentemente realizam pesquisas com recurso à internet, na qual consultam páginas e motores de busca que incluem documentos desatualizados ou de reduzido carácter científico, como o Google e a Wikipédia:

“Muito na Wikipédia... Wikipédia, sites manhosos na net... Porque ir a um livro, ir a uma biblioteca... não dá.” (P 7);

“No Google. E depois nalguns livros.” (P 9);

“Onde? Epá... o Dr. Google é um gajo porreiro.” (P 12);

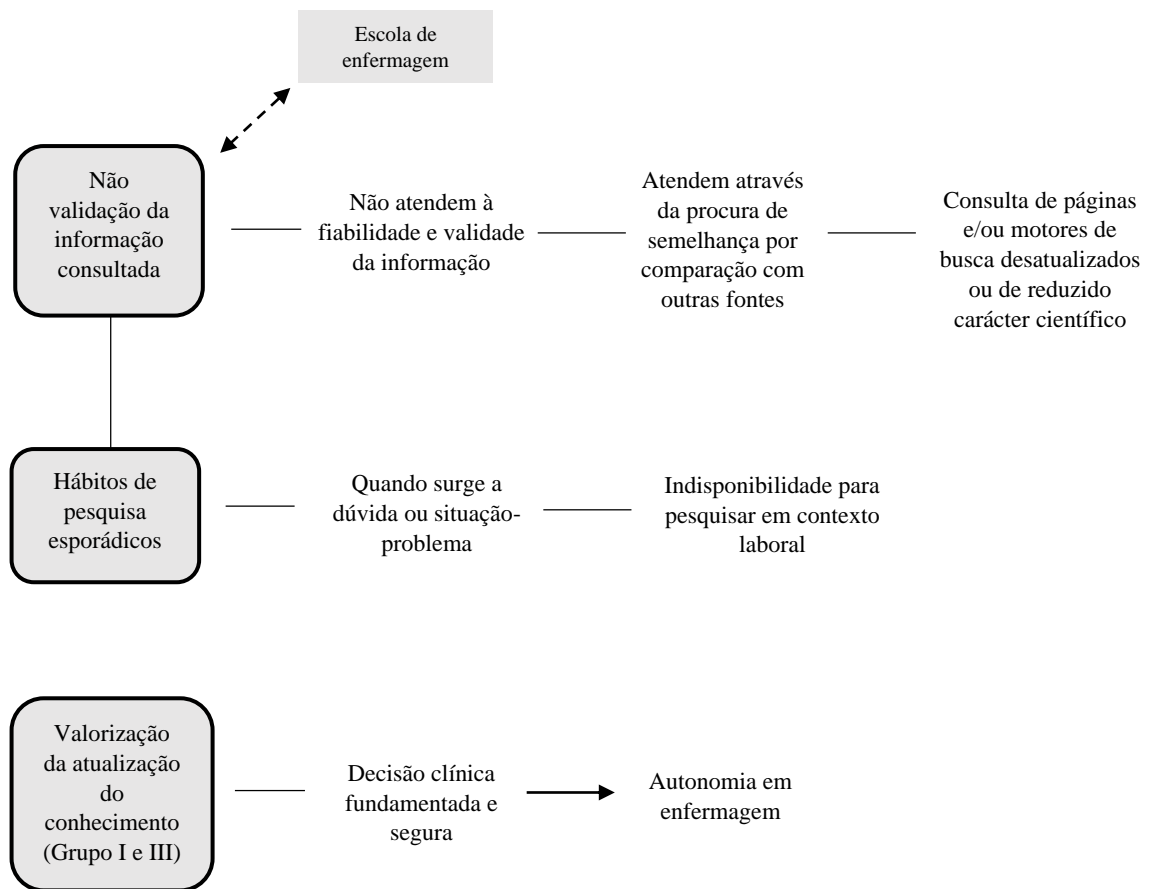
“E faça-o no local de trabalho ou no acesso que nós temos agora, muito bom, que é a internet. E com algumas... com alguns livros existentes no serviço.” (P 13);

“Wikipédia é muito bom.” (P 14);

“Olha eu na Wikipédia sinto-me muito satisfeito...” (Idem).

Neste seguimento, e sublinhando o referenciado por French (1999), revela-se essencial que os enfermeiros sejam possuidores de conhecimentos no âmbito de epidemiologia clínica, bioestatística e informática em saúde.

Figura 4 – Conhecimento em investigação empobrecido



A figura 4, constituindo um diagrama caracterizador da unidade temática “Conhecimento em investigação empobrecido”, contempla as suas diferentes dimensões bem como os aspetos com os quais se relaciona.

CAPÍTULO 8 – EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL CONDICIONANTE DA PBE

Nos discursos dos participantes confirma-se que o tempo de experiência profissional tem um significativo papel na aplicação ou não da PBE.

Os enfermeiros adotam duas posições opostas quanto à experiência profissional como condicionante da aplicação da evidência na prática, sendo que prevalece o aumento de experiência profissional enquanto barreira à PBE.

Entre os enfermeiros a exercer há mais de 20 anos, a experiência profissional é percebida como propiciadora do conhecimento experiencial, que gradualmente vai aumentando, tornando o enfermeiro mais capacitado na elaboração da resposta aos desafios diários:

“Influencia porque a gente já tem um certo conhecimento e dá-nos uma segurança maior, com a experiência.” (P 3);

“Mais experiência profissional traz-nos mais conhecimentos e mais saberes. O que não quer dizer que os recém-formados que tenham uma base de formação diferente da minha... mas há muitas coisas na prática sem teoria. A teoria acompanha a prática e a prática acompanha a teoria. Mas os anos de profissão e os conhecimentos, os vários serviços por onde passamos com situações diferentes, patologias diferentes... vão-nos dando um largo campo de conhecimentos para atuar em determinadas situações. E por vezes quando há colegas mais novos que têm licenciatura, conhecimentos e teoria que depois na prática, em determinadas situações, não sabem atuar.” (P 8);

“Ao longo dos anos a tua experiência permite... também facilita as coisas, não é? (...) Com a prática, ao longo do tempo, também adquirimos alguma sabedoria e eu penso que quando somos novos e quando começamos a trabalhar não.” (P 13).

Pelo contrário, percebe-se nos discursos que os enfermeiros a exercer há menos de 5 anos e os enfermeiros a exercer há entre 10 e 15 anos são da opinião de que quanto mais recente for a licenciatura, isto é, quanto menor for o tempo de experiência profissional, maior é o cuidado com a atualização do conhecimento e, conseqüentemente a prestação de cuidados devidamente fundada:

“Agora, eu acredito que quanto mais recentemente nós fomos formados (e se é assim comigo de 2010, também será assim com os de 2011, 2008, 2009, por aí fora) há essa preocupação constante de atualização para fazermos cada vez mais uma PBE atualizada. Isto não acontece tanto, certamente, com as pessoas que se formaram anteriormente que continuam a desempenhar procedimentos obsoletos, a ter atitudes que não são as mais adequadas, e que faz com que se condicione o tempo. Mas eu acredito que quanto mais se forem formando novos enfermeiros... Eu acredito que de 2010 para cá os enfermeiros mantêm muito o espírito da procura ativa, da atualização constante, da melhoria progressiva... e passa muito por aí.” (P 2);

“Eu acho que quando se acaba o curso há um choque muito grande e agarramo-nos muito à teoria, muito àquilo que aprendemos.” (P 7).

Para estes, experiência profissional e conhecimento teórico atualizado estabelecem, pois, uma relação inversa, sendo que a uma maior experiência profissional corresponde uma mais diminuta atualização do conhecimento:

“O que eu acho é que há muitas pessoas que têm muita experiência mas que se afastam da teoria, ou seja, fazem por fazer e porque sempre assim o fizeram. (...) Com a idade eu acho que há uma tendência para as pessoas se reduzirem em termos de conhecimento. Acho que as pessoas ficam mais experientes mas afastam-se um pouco da teoria.” (P 14).

Os enfermeiros relacionam esta valorização da atualização do conhecimento e da PBE, pelos profissionais mais recentes, com a formação tida para obtenção do grau de licenciado. Nos enfermeiros mais recentemente formados terá havido uma formação muito focalizada no desenvolvimento pessoal autónomo, no qual a pesquisa e atualização são indispensáveis. Já nos enfermeiros que concluíram a sua formação há mais tempo, prevalece a reprodução baseada na observação e uma prática constante, muito mecanizada:

“A forma como nós somos formados, a nossa formação, vai muito neste sentido... de seres tu a procurar, de seres tu a tentar perceber porque é que é desta maneira e não de outra. (...) Acontece que antigamente a postura na formação era outra. E era muito na transmissão dos conhecimentos, davam-te aqueles conhecimentos como sendo verdades universais, ou seja, isto é irrefutável, não de maneira nenhuma possibilidade de ser de outra maneira. E as pessoas embebidas nesse espírito acabavam sempre por desenvolver aquela prática muito igual, sempre muito mecanizada.” (P 2).

Os enfermeiros equiparam os colegas mais recentemente formados a esponjas sem qualquer vestígio de humidade. A água, que aqui representa a evidência, é muito

facilmente absorvida, sendo que com o passar dos anos, as esponjas se tornam cada vez mais húmidas e a água vai sendo absorvida com cada vez menor veemência. Estas esponjas humedecidas representam, pois, os enfermeiros com maior experiência profissional e a sua maior renitência à aquisição dos novos conhecimentos:

“Mas penso que... nós quando estamos mais novos estamos mais... vou dar aqui uma analogia... nós somos tipo uma esponja. Estamos sequinhos, quando vimos água absorvemos tudo. Depois quando estamos assim uma esponja mais molhadinha, já apanhas a água... já não é tão fácil. (...) à medida que vais caminhando para mais idade (não vou dizer para velho mas para mais idade), torna-se mais difícil adquirir novos conhecimentos e ter essa preocupação na parte científica.” (P 12).

Com os anos de trabalho, verifica-se uma tendência para a aquisição de vícios, de práticas muito baseadas na reprodução dos colegas, automatizadas e pouco refletidas:

“Acho que à medida que também vamos passando o tempo, vamo-nos esquecendo. Se não formos procurando as coisas, vamo-nos esquecendo. E vamo-nos acomodando a certos vícios, a certas coisas que vamos aprendendo. Às vezes podem não ser muito boas... (...) Essas pessoas mais experientes acabaram por se acomodar e adquirir alguns hábitos e algumas maneiras de trabalhar que podem não ser aquelas que estão escritas na evidência mas que funcionam.” (P 6);

“À medida que a prática e experiência com os colegas mais velhos, vamos se calhar praticando as coisas mais mediante o que vemos, mediante aquilo que vemos fazer, aquilo que esperam que façamos e acabamos por guardar muita teoria que aprendemos” (P 7);

“Eu vou respeitar aquilo que a colega fez por muito que eu saiba que a informação que é dada em cursos e aparece nos livros tem uma base prática, não é? (...) Mas de qualquer forma tenho muito mais tendência para respeitar aquilo que o colega fez e se ele fez, então... se lhe correu assim, eu acredito que corra assim e então vamos trabalhar todos para o mesmo.” (P10);

“Mas o que eu acredito é que quanto mais experiência profissional (estamos a falar de muitos anos), mais difícil é desenraizar, de retirar aquela ideia (...)” (P 12);

“E isto porque existem limitações à prática de enfermagem. Em termos... nos serviços de enfermagem existem limitações, muitas delas têm a ver com a prática dos enfermeiros que já têm anos de profissão e que já têm os comportamentos... as práticas foram fundadas por eles e continuam assim e não alteram os comportamentos.” (P 14).

Percebe-se também que, no desenvolver da prestação de cuidados, os enfermeiros recorrem a práticas cujos resultados são atingíveis à observação, independentemente do conhecimento que têm por detrás, que é sobretudo um saber experiencial:

“(...) não nos podemos também só basear naquilo que lemos. Temos também de ter uma parte de experienciar as coisas e vivê-las, e saber que assim se calhar se formos como nos dizem nos livros às vezes não corre tão bem... com a prática temos as coisas mais... sabemos que se calhar assim até é melhor. E é melhor para o doente e é melhor para nós.” (P 5);

“Eu ainda hoje para secar uma bolha uso eosina. Embora a evidência, os novos conhecimentos diz que é o oposto. Epá mas eu tenho na minha experiência de vida, e principalmente na profissão, que aquilo resulta e que não tem contraindicações, pelo menos visíveis para o doente. Resolve o problema, dá uma boa cicatrização... epá, porque é que eu não hei-de fazer? «Ah porque as novas evidências dizem que...». Aí já estou um bocadinho como o Velho do Restelo: «Não... eu é que sei.»” (P 12).

Como indica Chenoweth (1998), ao não refletirem criticamente na sua prática, procedendo consoante os rituais nela embebidos, os enfermeiros são incapazes de alterar a sua prática para melhor.

Emerge assim dos discursos o conceito intuição que, uma vez implicando pensamento crítico (Giro, 2000), é crucial ao processo de prestação de cuidados e ao desenvolvimento do juízo clínico competente, afastando os procedimentos estandardizados e as rotinas na prática clínica (King e Appleton, 1997).

As questões anteriormente descritas remetem para a dificuldade na introdução de novas práticas e, portanto, da mudança, também presente nas descrições dos entrevistados.

Embora cientes da importância do conhecimento teórico, os enfermeiros mais antigos no exercício da profissão revelam renitência à adoção das novas evidências nas suas práticas:

“Porque eu ainda hoje me lembro de certas coisas que ouvi e eu ainda hoje faço e ainda hoje me são úteis. A teoria é muito importante mas a prática também é. (...) E venham cá pessoas a dizer que não. Eu hoje faço assim. E é a técnica que eu acho que sempre fizemos e ainda hoje se faz.” (P 3);

“(...) nos serviços de enfermagem existem limitações à prática de enfermagem, muitas delas têm a ver com a prática dos enfermeiros que já têm anos de profissão e que já têm os comportamentos... as práticas foram fundadas por eles e continuam assim e não alteram os comportamentos. Por vezes é que surgem os enfermeiros

acabados de se licenciar, que trazem novas práticas mas muitos deles também não conseguem timbrar nas suas novas práticas porque é muito difícil mudar comportamentos.” (P 14).

Consta ainda, em alguns dos discursos, que esta oposição à introdução na prática de novas ideias gera nos enfermeiros mais recentemente formados um sentimento de frustração e desistência face ao estabelecimento da mudança:

“Pela desmotivação porque eu acho que muito sinceramente que no ambiente de trabalho onde estamos os nossos conhecimentos não são valorizados. Não adianta dizermos que é assim porque se vier alguém com mais experiência e dizer exatamente o contrário... até pode estar errado mas é nessa pessoa que acreditam e o que dizes é completamente ridicularizado.” (P 7);

“Sabes, quando aquilo é... está enraizado, quando... não vale a pena, não vale a pena a gente... sentes-te o Dom Quixote contra os moinhos de vento... há coisas que não vale a pena.” (P 12).

Esta divergência no modo de pensar entre os enfermeiros recém-formados e os enfermeiros mais antigos na profissão induz a reflexão acerca da importância da cultura vigente, que, como refere Mamede (2004), orienta o pensamento e as ações das pessoas, exercendo um controle social. Nas descrições anteriormente transcritas, verifica-se a relevância da socialização dos novos membros na definição da realidade que os profissionais irão vivenciar. Pressionados a proceder conforme os valores interiorizados pelos enfermeiros com maior tempo de experiência profissional, os enfermeiros mais recentemente formados sentem a sua prática condicionada, o que se reflete na sua prestação de cuidados e na utilização da PBE.

A mudança, implicando um desenraizar de práticas, para ser efetivamente conseguida implica, segundo os participantes, a ocorrência de conflito, pelo que deve ser executada de forma lenta e gradual:

“Essencialmente porque acho que essas mudanças devem ser feitas de forma gradual, faseada. E tudo o que implica mudança, implica confusão. E implica sempre alguém que diz «Ai eu não concordo nada. Ai eu não acho nada.»” (P 10).

A partilha e discussão de ideias em equipa surge como momento privilegiado para a perceção da necessidade e introdução da mudança. Como indica o Conselho Internacional de Enfermeiros (2012), uma abordagem sistemática e reflexiva permite aos enfermeiros a atribuição de sentido à sua prática. Partilhando as práticas e refletindo sobre elas numa

perspetiva construtiva, os enfermeiros esclarecem dúvidas e procuram encontrar o mais correto modo de proceder na prestação de cuidados:

“Até nas passagens de turno nós refletimos sobre as nossas práticas, se estamos a fazer correto ou não.” (P 1);

“(...) geralmente também acabamos por falar em equipa e depois reportar aos coordenadores, de forma a podermos também em conjunto avaliar se essa situação pode ser alterada para melhor.” (P 11).

Segundo alguns participantes, o chefe de enfermagem possui um importante papel a este nível, sendo responsável pela incorporação da evidência na prática e como tal, pela implementação da mudança. Esta ideia vem reforçar a perspetiva de Mamede (2004), para o qual a mudança só se verifica através de uma transformação cultural forte, iniciada na alta administração, alterando-se os padrões de confiança, autonomia e de partilha de informação.

Revela-se, por isso, essencial a presença do enfermeiro-chefe no contexto da prestação de cuidados, mantendo-se atento e interventivo e adotando uma postura crítica:

“Acho que o contexto é bom. Temos uma chefe que está sempre em cima e questiona porque é que fizemos assim e não fizemos de outra maneira.” (P 1);

“Eu sou apologista que até os chefes deviam passar de vez em quando à tarde. Porque não” (Idem).

As descrições dos enfermeiros são caracterizadoras do chefe enquanto agente de mudança já que, segundo Abreu (2011), constitui um elemento-chave, credível e respeitável, essencial para o estabelecimento da mudança. Assim, sendo responsável pela amplificação das atitudes estimuladoras da mudança, o enfermeiro-chefe procura eliminar da equipa de enfermagem as que não favoreçam a prática assertiva. A presença do enfermeiro-chefe, elemento impulsionador da mudança, constitui, por isso, uma estratégia promotora da PBE.

A pressão dos pares em contexto laboral é referenciada como uma das atitudes às quais o chefe de enfermagem deve fazer frente.

“E depois se até há outra pessoa que até faz as coisas direitinho e até demora muito tempo, é criticada se não houver alguém superior que dê para trás nisso. (...) E

depois há pessoas que se juntam em grupo e incentivam para não fazer as coisas mais corretas, também.” (P 1).

Constata-se ainda a existência de subculturas como obstáculo à implementação da mudança, na medida em que são responsáveis pela criação de conflitos. Conforme refere Mamede (2004), subculturas mais coesas, que desenvolvam valores suficientemente distintos que as separem da restante organização, uma vez orientadas para a mudança, podem entrar em conflito com subculturas que não valorizem a mudança:

“(...) e digo-te que ao longo da minha vida tive muitas coisas... até tive insultos. As pessoas até se juntavam para pôr de parte. Não é por mero acaso. Há uma luta. As pessoas nalguns serviços também não se querem cansar muito. E querem fazer as coisas como querem.” (P 1).

Ainda a propósito da mudança, não se verifica, na análise das descrições, qualquer referência à necessidade de monitorização ou avaliação do impacto das mudanças introduzidas que seria, indubitavelmente, pertinente, uma vez que, de acordo com a Direcção-Geral da Saúde (2012), aumentaria o grau de evidência nos processos de tomada de decisão, promovendo-se as boas práticas e justificando o investimento ou desinvestimento em determinadas áreas. Esta monitorização facilitaria ainda o estudo e implementação dos processos de mudança, já que, como indica Mamede (2004), permitiria a obtenção de maior informação sobre a cultura vigente, facultando a compreensão do modo como as mudanças são interpretadas na organização.

Embora perspetivem os enfermeiros a exercer a profissão há mais anos como praticantes de uma prestação de cuidados muitas vezes ultrapassada, irrefletida e mecanizada, constatou-se, no capítulo 1, que é a estes profissionais que os participantes recorrem em primeira instância quando se confrontam com dúvidas durante a prestação de cuidados. Os enfermeiros parecem, pois, valorizar, além do conhecimento teórico obtido pela investigação científica, o conhecimento experiencial como potencial redutor dos problemas surgidos na prática clínica. Esta perspetiva está em conformidade com a de Medina Moya (2008), para o qual o conhecimento teórico como meio para a ação profissional é insuficiente e o conhecimento experiencial como chave para a resolução das situações do modo e momento oportunos é uma crença. Comprova-se, por isso, a ideia de Thompson (2003), que afirma que a maioria das decisões clínicas são tomadas assumindo como evidência o conhecimento experiencial.

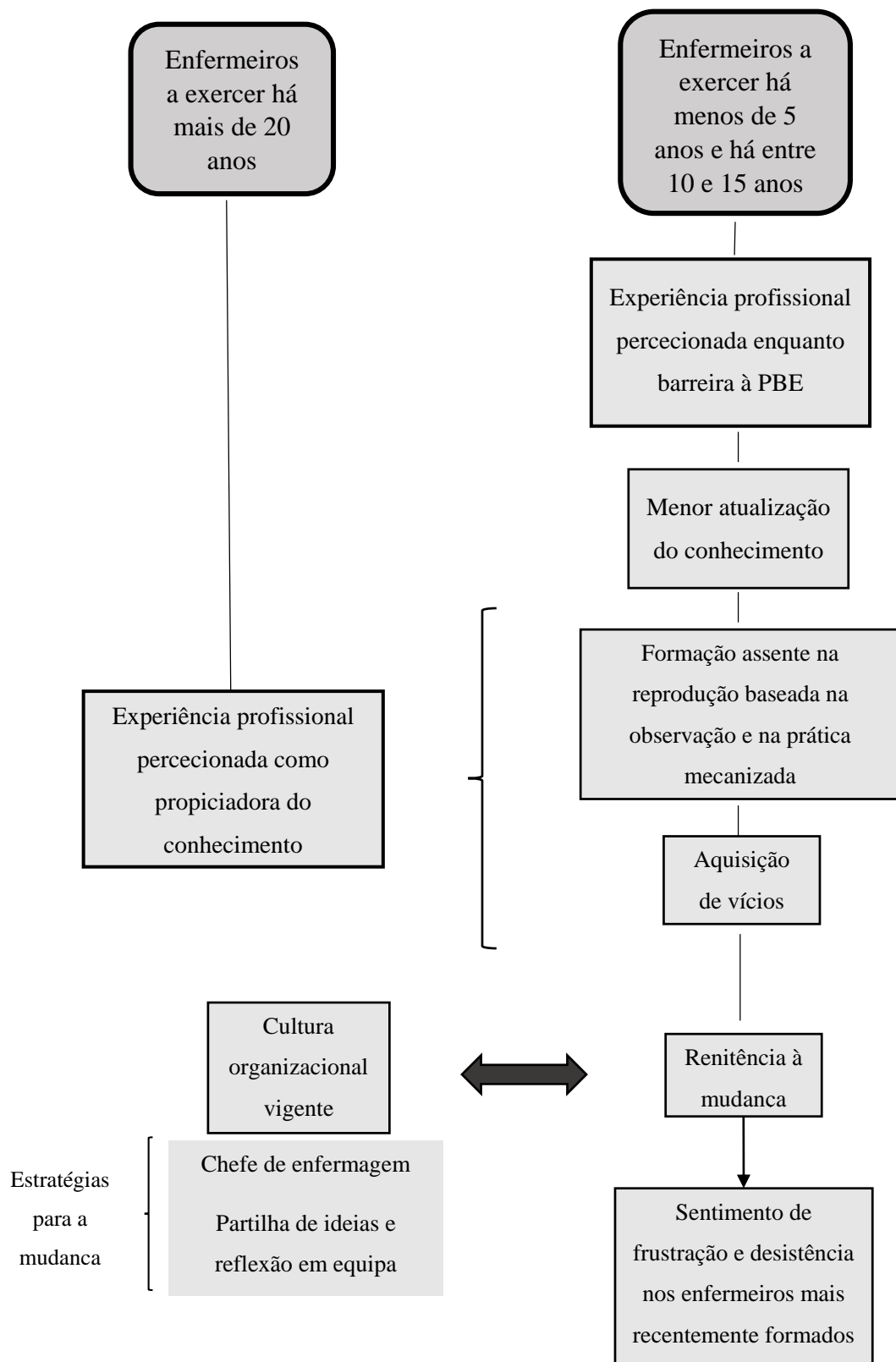
Esta procura de conhecimento junto dos enfermeiros com maior experiência profissional, de acordo com Thofehrn e Leopardi (2006), pode ainda ser reveladora da necessidade da mediação por profissionais mais experientes na constituição do conhecimento.

Por outro lado, poder-se-á referir a influência que a componente socialização possui na modelação das práticas. Como estratégia para aceitação e integração no grupo, os enfermeiros com menor tempo de experiência profissional procuram adotar as condutas esperadas pelos colegas, ainda que não necessariamente interiorizando os seus valores.

Neste sentido, e fazendo alusão a Thompson e Learnonth (2004), parece pertinente a construção de equipas de enfermagem equilibradas, constituídas por profissionais com diminuta experiência profissional e por profissionais com maior experiência profissional. Deste modo, consegue-se a força positiva para a mudança através de profissionais mais recentemente formados e inovadores, e consegue-se o efeito de “papel modelo”, a segurança e o respeito através de profissionais mais experientes. Conforme indica o mesmo autor, este equilíbrio das equipas pode revelar-se particularmente vantajoso dado que na introdução da mudança e na comunicação e implementação dos resultados da investigação científica, a credibilidade clínica (na forma de experiência profissional) mostra-se mais influente que a competência ou consciencialização da investigação. Por outro lado, desta forma consegue-se, simultaneamente, suprir a necessidade de mediação dos enfermeiros com diminuta prática profissional por outros com maior tempo de experiência profissional.

Existem, pois diferenças claras entre os enfermeiros a exercer há mais de 20 anos e os enfermeiros a exercer há menos de 5 anos e há entre 10 e 15 anos, conforme evidencia a figura 5, permitindo aferir a influência do tempo da experiência profissional no processo de implementação da PBE nos contextos da prestação de cuidados.

Figura 5 – Experiência profissional condicionante da PBE



CAPÍTULO 9 – INSUFICIÊNCIA DE RECURSOS HUMANOS E/OU INSUFICIÊNCIA DE TEMPO ENQUANTO BARREIRAS À IMPLEMENTAÇÃO DAS EVIDÊNCIAS NA PRÁTICA

Os participantes introduzem, nas suas descrições, a importância de fatores internos, como a fadiga e o bem-estar psicológico, tendo uma forte influência no desenvolvimento de uma prática clínica ajustada e de qualidade. Os enfermeiros consideram, pois, preponderante a experimentação de uma menor intensidade de fadiga e, portanto, possuírem um mais reduzido volume de trabalho por turno:

“Porque a gente para fazer bem também tem de estar psicologicamente bem.” (P 3);

“Um enfermeiro tem de passar as 8 horas a trabalhar sei lá por quantos enfermeiros e isso cansa muito.” (Idem);

“Às vezes é o volume de trabalho que não nos permite também ser 100% rigorosos.” (P 5);

“(…) há dias em que eu não consigo fazer da forma como gostaria. Não tenho tempo, como tu vês. Se tu tiveres com 20 doentes em que grande parte deles são operados... Se estão a precisar de ti e tu tens 20 doentes, tu não consegues. Antes de sermos enfermeiros somos humanos. Temos limitações.” (P 12).

Face à pressão vivenciada inerente ao dar cumprimento às diversas atividades clínicas de forma proficiente, não excedendo o horário laboral, os enfermeiros indicam a insuficiência de tempo como potencial barreira à PBE, sendo que o cumprimento de horários se revela a sua principal preocupação:

“Porque tens pressão para acabar a uma hora certa, com aquele número de utentes, e tens de fazer um determinado tipo de tarefas que não podes planear.” (P 7);

“Ninguém vai valorizar que tu faças as coisas com mais cuidado, com mais atenção, porque se demorares mais 10 ou 20 minutos vão-te penalizar.” (Idem).

Esta tensão gera, na classe profissional, a ânsia por efetuar e concluir as tarefas depressa, transpondo para segundo plano a qualidade na prestação de cuidados:

“Verifica-se muito o tecnicismo, fazer as coisas muito rápido... porque agora incute-se muito a rapidez e perfeição.” (P 1);

“Mas há muita coisa que se banaliza e o que interessa é despachar. Não pode ser assim, pois podíamos fazer melhor.” (Idem);

“Às vezes as pessoas não fazem as coisas tão bem por falta de tempo.” (Ibidem);

“Sim, há sempre coisas que podemos melhorar. Nada me impede. Às vezes não há é grande disponibilidade ou tempo. As coisas são feitas tão a correr que...” (P 5);

“Muitas vezes nós sabemos que por exemplo aquele penso não precisa daquilo que nós temos para lhe pôr mas precisa de outras coisas. E então não estamos a fazer da forma mais assertiva. Mas eu penso que é essencialmente isso... por questões de tempo: «ai agora não tenho tempo de ir atravessar a clínica toda para ir buscar alguma coisa». Não é?” (P 10).

A PBE é, pois, tida pelos enfermeiros como uma prática assertiva, mais detalhada e morosa:

“(...) nós temos os recursos todos mas às vezes (e isto não se devia dizer mas...) a variável tempo condiciona tudo. E eu estando sozinho para 77 utentes, muitas das vezes os cuidados que eu presto podem ser abreviados. E isto faz mesmo com que omita passos que na realidade podem não comprometer o resultado final mas que faria todo o sentido que existissem e que estivessem presentes.” (P 2);

“(...) a utilização desses mecanismos acaba muitas vezes por te consumir mais tempo que tu não tens para executares determinados procedimentos.” (P 4);

“É assim, há muitas práticas que são incorretas, que não são feitas da forma que a evidência mostra que deviam ser feitas mas nós temos que fazer. Não tens pessoas, não tens material, não tens tempo.” (P 7).

Contudo, esta noção de que os contextos da prestação de cuidados não proporcionam tempo para a implementação da PBE, sendo esta tida como uma prática mais vagarosa devido aos detalhes que contempla, vem contrapor-se à ideia do Conselho Internacional de Enfermeiros (2012), sendo que, ao incorporar a partilha de ideias e conhecimento, a PBE propicia, não apenas uma transformação de ideias em ações, mas ainda uma economia do tempo.

À questão da insuficiência de tempo é inerente a escassez de recursos humanos, que embora não detetada na revisão bibliográfica efetuada para a conceptualização do fenómeno PBE, está bastante presente nos discursos dos participantes.

Reproduzindo a lógica dos entrevistados, numa realidade que contemplasse um maior número de enfermeiros por turno, a mesma quantidade de trabalho seria dividida por um maior número de profissionais e, assim, haveria maior disponibilidade por parte destes para uma prática clínica exemplar, baseada na evidência:

“O número de horas que o serviço exige é muito superior ao número de enfermeiros e auxiliares que nós temos.” (P 1);

“Mas os recursos humanos, a quantidade de solicitações face aos profissionais que as têm de resolver é tanta que muitas vezes não se consegue, não é impossível.” (P 2);

“Se nós fossemos mais, o tempo também seria outro para desempenhar uma atividade que dividida por três seria melhor que dividida por dois.” (Idem);

“Os cuidados para serem o melhor possível, também têm de ser maximizados os recursos humanos para os colocar em prática. Se tens um turno com uma lotação reduzida de pessoal, se tens um rácio baixo enfermeiro-utente, os teus cuidados vão ser prejudicados, vão ser sempre piores do que aquilo que poderiam ser.” (P 4);

“(...) o número de utentes que temos para cada enfermeiro é muito superior àquele que deveríamos ter. O tempo disponível é pouco, a quantidade de trabalho não nos permite que tenhamos o tempo necessário para cada utente.” (P 7);

“Nem sempre mas há alturas em que eu sinto mais dificuldade na aplicação da evidência nas práticas. Talvez por falta de recursos humanos, de pessoal... materiais nem tanto, mas por vezes faltam.” (P 8).

Os enfermeiros reconhecem que, para a execução da prestação de cuidados com maior qualidade e aplicação das evidências na prática, necessitam de mais tempo e, portanto, que haja um maior número de enfermeiros por turno. A escassez de recursos humanos faz com que os enfermeiros se vejam obrigados a valorizar alguns cuidados em detrimento de outros, efetuando apenas o mínimo e indispensável:

“Tinha de haver uma equipa maior. E nós aí já conseguíamos fazer outras coisas. Tínhamos mais tempo... tínhamos mais disposição. Assim, muitas das vezes com pouco pessoal não se consegue. Tem de se fazer o que é diário e a correr.” (P 3).

Ainda que não seja transversal a todos os grupos, a escassez de recursos materiais constitui igualmente uma barreira à aplicação da evidência na prática. Entre os enfermeiros dos grupos I e II consta que, em algumas circunstâncias, possuem o conhecimento e sabem que a execução de determinado procedimento, para ser coerente

com as evidências científicas, deve ser realizado de outro modo. Contudo, apontam a insuficiência ou inexistência de recursos materiais como obstáculo:

“Eu trabalho num lar de idosos, com poucos recursos humanos e materiais também. Muitas vezes nós queremos seguir a tal evidência e fazer determinada intervenção de uma determinada forma mas não conseguimos. Isso nem sempre é alcançado.” (P 6);

“Por vezes, mediante os materiais que temos ou a escassez dos materiais mais adequados, temos necessidade de recorrer a formas que por vezes possam não ser as mais adequadas à situação.” (P 11);

“Dificultadores... será um pouco a parte económica em que virá um bocadinho de adquirirmos novos materiais e que possam vir a condicionar depois a utilização, por exemplo no contexto das feridas.” (Idem).

Associada a esta falta de recursos materiais, os participantes defendem que, ainda que as boas práticas sejam assimiladas e que os enfermeiros saibam efetuar a prestação de cuidados conforme as evidências científicas, os contextos clínicos não estão devidamente preparados para tal:

“Muitas das vezes nos nossos serviços nós não temos todas as condições que existem num estudo de investigação. Estou-me a lembrar dos recursos físicos... estou-me a lembrar das instalações que por vezes também não são as melhores, dos recursos materiais, propriamente dos recursos humanos porque uma coisa é estarmos a desenvolver um estudo em que estão dois ou três enfermeiros a desenvolver uma tarefa e outra coisa é estar sozinho num turno com não sei quantos doentes. (...) Se calhar por isso mesmo a prática não está tão preparada para receber também todos os conhecimentos da teoria porque depois não os conseguimos aplicar como deve ser.” (P 2);

“E tu até podes saber que se fizeres aquele penso com um kit e aquele produto é melhor, mas não tens o produto porque é caro. Não te serve nada saberes como aquele produto funciona porque não o vais ter.” (P 7);

“(...) um doente que vai fazer uma interrupção do trânsito intestinal. Tem um bloqueio, tem um tumor... seja o que for. E tem de fazer uma colo, uma úleo e o material que nós temos é aquele. O cirurgião «Ah, eu já pensei e agora há umas placas novas, uns sacos novos que já evita, por exemplo, a maceração na pele» ou não sei quê e tal... E tu não tens o material. Já está estudado que aquilo já não é o melhor mas nós ainda não temos.” (P 12).

Por alguns dos participantes, é ainda referenciada outra questão, inerente aos recursos informáticos na acessibilidade às evidências científicas em contexto laboral. Thompson e Learnonth (2004) indicam que os serviços devem ser possuidores de recursos de alta

qualidade, baseados em documentos que contemplem a síntese dos resultados da investigação, associados à possibilidade de acesso a dispositivos de armazenamento, à biblioteca e à pesquisa na internet. No entanto, as descrições revelam a insuficiência de computadores com acesso à internet nos serviços, constituindo um obstáculo à PBE, uma vez que dificulta o acesso às evidências científicas:

“Agora, no trabalho o que nós temos é computadores, portanto, meios informáticos que nos permitem alcançar essas fontes.” (P 2);

“Em termos de pesquisa, de tempo e disponibilidade e de termos recursos para... Os computadores estão todos ocupados. Não temos grande disponibilidade para isso.” (P 6).

Também a utilização de protocolos é assinalada enquanto barreira à PBE já que não permite flexibilidade dos procedimentos clínicos:

“O que me impede são os protocolos que têm de ser feitos desta maneira, que têm de ser feitos daquelas e nós não podemos mudar.” (P 8).

No entanto, os protocolos são ainda apontados como facilitadores da aplicação das evidências na prática, no sentido em que induzem a uniformização das práticas, reduzindo a probabilidade de execuções práticas desajustadas e minimizando a possibilidade de erro:

“Mas acho que é importante termos protocolos para uniformizarmos cada vez mais a nossa prática. Passa muito por aí. Hoje a mim apeteceu-me fazer daquela forma, porque amanhã a minha colega até está doente e não lhe apetece fazer da outra. Para nós termos mesmo a certeza, e isso apetece mesmo mudar, é uniformizar tudo. Porque ao uniformizar não há grande margem de manobra. O erro fica logo ali minimizado porque sabes que é aquilo que tens de fazer.” (P 2).

Esta ideia é compartilhada pela Direcção-Geral da Saúde (2012) que defende que os protocolos, designados por NOCs, possibilitam decisões mais informadas e sustentadas em evidência, proporcionando uma decisão mais simples, a melhoria da qualidade da assistência e a diminuição do risco e a variabilidade.

Importa, contudo, sublinhar a necessidade de estes serem atualizados para constituírem efetivamente um facilitador à PBE e não uma barreira. Este cuidado é encontrado nos discursos dos participantes:

“Eu digo isto porque, tendo eu uma colega em que nós nos vamos atualizando, esses protocolos também seriam facilmente modificáveis e utilizáveis.” (P 2).

Ainda abordando os facilitadores da PBE no contexto laboral, alguns dos participantes expressam nos seus discursos a formação realizada em serviço como propiciadora da prática refletida e atualizada:

“Nós formação no serviço fazemos com alguma frequência. Mensalmente, quase. Refletimos sobre as práticas (...)” (P 2);

“Nós estamos constantemente a fazer formações no serviço (...). Especialmente somos muito interventivos e tentamos dar resposta a muitas dificuldades que surgem...” (P 14).

A formação em serviço, compreendendo uma estratégia promotora da PBE, revela-se particularmente vantajosa dado que, como indica Abreu (2011), promove a educação contínua, os sistemas de apoio à decisão, o treino individual e aprendizagem *online*.

Há ainda referência à comunicação com a escola como proporcionadora da PBE, na medida em que, por intermédio de enfermeiros docentes e de estudantes de enfermagem, os profissionais dos serviços de saúde têm um mais rápido contacto com as mais recentes evidências:

“Muitos deles trabalham também na Escola de Enfermagem, ou seja, nós geralmente o que acontece é que todas as novas guidelines da enfermagem mais cedo ou mais tarde chegam ao nosso serviço. (...) Nós temos alunos do 4º ano, alunos da especialidade, logo há ali uma absorção do conhecimento que vem da escola também.” (P 14).

Porém, outra perspetiva foi detetada durante a leitura das descrições, segundo a qual esta relação escola – contexto clínico não é percebida de forma tão harmoniosa. A relação é tida como distante, sendo que, como indica Medina Moya (2005), os saberes produzidos e transmitidos pela escola, ainda que constituindo um forte indicador de desenvolvimento académico, não são ajustados à realidade dos contextos de cuidados, apresentando escassa relevância prático-profissional:

“Agora, o que me parece é que há uma grande distância entre a teoria e a prática na enfermagem e o que se vê, principalmente é porque existem enfermeiros e existem professores. E acho que devemos ser todos enfermeiros. Os da escola são enfermeiros e os da prática também são enfermeiros. Mas quando chegam à escola quem ser... querem ser, isto é, são professores e afastam-se completamente da

realidade. Parece que se esquecem um pouco por onde passaram e por onde começaram e os seus primeiros tempos como enfermeiros.” (P 14).

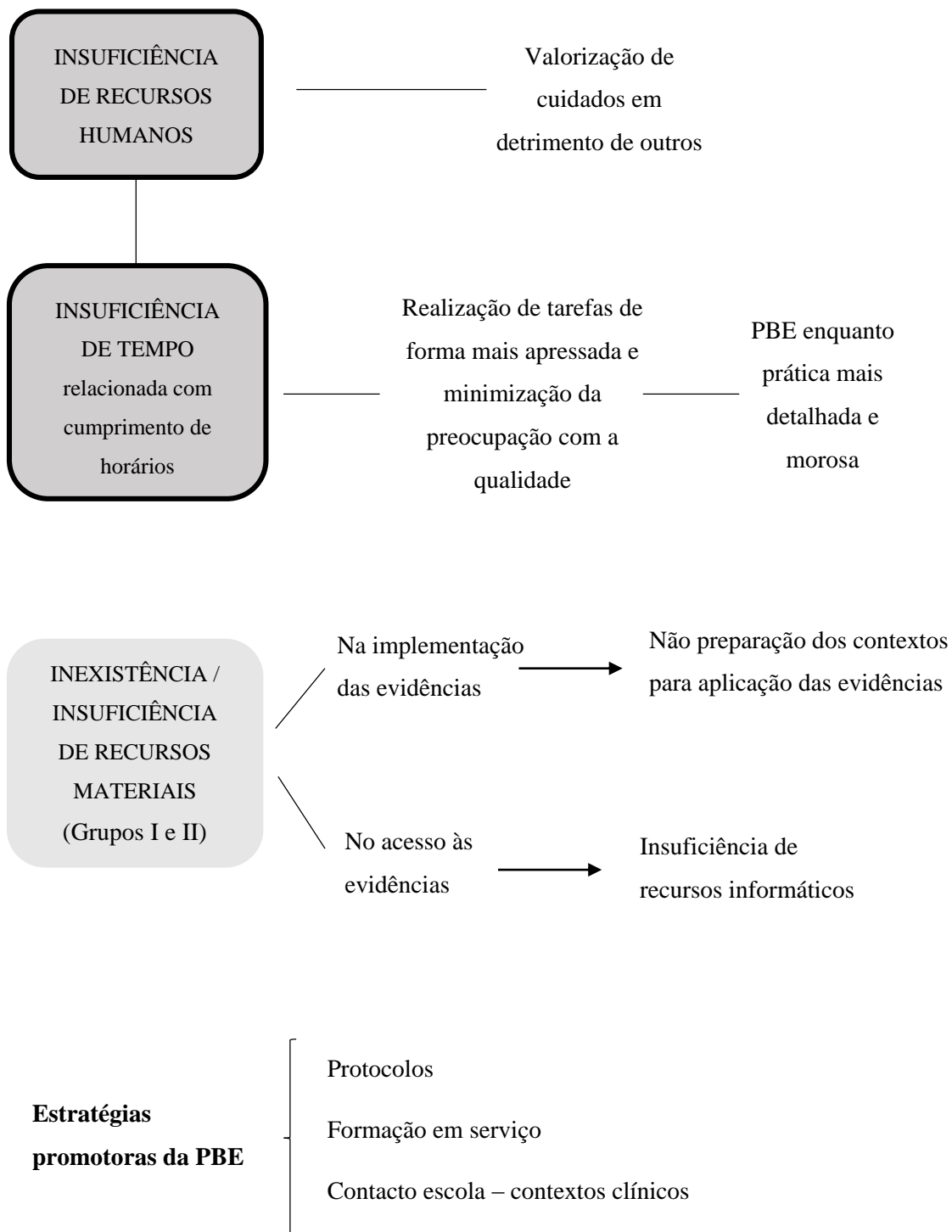
Este desfasamento entre a teoria e a prática contribui para que muitos conhecimentos teóricos transmitidos pela escola não tenham reflexos na prática, inferindo-se não como facilitadores da prática de cuidados mas como desajustados à realidade. Neste seguimento, Seymour, Kinn e Sutherland (2003) indicam a necessidade de confiança e o julgamento profissional aquando a ocorrência de conflito entre o reconhecimento das prioridades patentes na prática e as da investigação.

Esta perspetiva corrobora a ideia de Medina (1999), mediante a qual a divisão da enfermagem num campo de estudo e num campo de práticas não é de agora. Este saber teórico, alienado dos interesses e necessidades da prática, teve início com a construção da enfermagem enquanto campo de estudo e com a consequente artificialização do conhecimento prático e tácito da enfermagem, perdurando até aos dias de hoje.

A este respeito, Abreu (2011) indica que as equipas que produzem investigação devem trabalhar intimamente com as que utilizam os resultados. Não se verificando esta relação de parceria, pode-se não só desperdiçar recursos, como também pode ocorrer uma grande demora até que importantes resultados sejam estabelecidos como melhor prática.

Na figura 6 constata-se a insuficiência de recursos humanos e a insuficiência de tempo, intimamente relacionadas, constituindo duas principais dificuldades sentidas no experienciar da PBE, caracterizando-se, de forma sucinta, as suas implicações no vivenciar da prestação de cuidados. Consta também, ainda que com menor destaque, a insuficiência/inexistência de recursos materiais, não só na implementação das evidências mas também no acesso às mesmas, obstáculo apenas verificado nos grupos I e II.

Figura 6 – Insuficiência de recursos humanos e/ou falta de tempo enquanto barreiras à PBE



PARTE IV - CONCLUSÕES E SUGESTÕES

A PBE, no contexto da prestação de cuidados, é condicionada por fatores de índole pessoal, formativa, organizacional e financeira, sendo responsável pela qualidade da prestação de cuidados ao utente e pelo desenvolvimento da Enfermagem enquanto profissão.

Efetuada a análise e interpretação das descrições dos profissionais de enfermagem a exercer a profissão, pretende-se, nesta fase, evidenciar as conclusões que se revelam mais significativas, efetuando-se um trabalho reflexivo global acerca do fenómeno.

Através de uma abordagem fenomenológica, procurou-se, a partir das descrições dos participantes conseguidas no desenvolvimento da investigação, compreender de que forma os enfermeiros experienciam a PBE no contexto da prestação de cuidados, alcançando os seus significados. Não sendo intenção o estabelecimento de generalizações, importa referir que os significados atribuídos são alusivos a um contexto concreto e único.

Nos profissionais de enfermagem a exercer a profissão, as experiências e vivências inerentes à PBE estruturam-se em torno das seguintes essências: prática assertiva baseada no conhecimento experiencial; colegas de trabalho como principal recurso de informação; conhecimento em Investigação empobrecido; experiência profissional condicionante da PBE e insuficiência de recursos humanos e/ou insuficiência de tempo enquanto barreira (s) à implementação das evidências na prática.

Da presente investigação conclui-se que os enfermeiros a exercer a profissão no contexto da prestação de cuidados não estão familiarizados com o conceito PBE. Os enfermeiros conceptualizam a PBE enquanto conhecimento experiencial, ou seja, os saberes adquiridos com a experiência da prestação de cuidados diária, através da execução e observação das práticas e pela constatação das que se revelam mais vantajosas.

Esta conceção de PBE demonstra-se muito redutora uma vez que apenas contempla a experiência clínica, excluindo outros importantes elementos, como a avaliação clínica, as preferências e valores do utente e a seleção da melhor evidência científica.

Contudo, ainda que não contemplado nas suas conceções de PBE, ao referirem-se à prestação de cuidados, os enfermeiros fazem frequentemente alusão a outro parâmetro da PBE - o respeito pela individualidade do utente. A seleção das melhores evidências científicas, para a sua implementação na prática, não se revela um interesse dos profissionais de enfermagem.

O conhecimento teórico é valorizado pelos enfermeiros, demonstrando utilidade na orientação, funcionando como guia orientador da prestação de cuidados, e na fundamentação e segurança dos cuidados, facultando uma prática refletida e ajustada e constituindo uma ressalva ao desenvolvimento dos cuidados.

Embora não seja transversal a todo o grupo profissional no âmbito da prestação de cuidados, não se verificando nos enfermeiros a exercer há entre 10 e 15 anos, a grande maioria dos enfermeiros valoriza a atualização do conhecimento, perspetivada como essencial para o adequado desenvolvimento da prática clínica.

A prática clínica atualizada, fundada nos resultados da investigação científica, está associada à segurança da decisão clínica, à qualidade dos cuidados e à confiança depositada na prática clínica que tornam a Enfermagem uma profissão mais desenvolvida, com um campo de atuação autónoma mais amplificado, distanciando-se da subordinação ao corpo médico. A PBE surge, portanto, como potenciadora da decisão clínica segura, da qualidade dos cuidados e da autonomia em enfermagem.

No entanto, a atualização e segurança das práticas em enfermagem está comprometida. Os profissionais de enfermagem apresentam hábitos de pesquisa esporádicos, efetuando a procura de informação apenas quando se deparam com uma situação de dúvida, sendo que quando não esclarecida no momento, a dúvida é facilmente esquecida. Os enfermeiros “atualizam-se” e procuram findar com as suas inquietudes sem efetuar a validação da informação consultada. Muitas vezes não estando cientes disso, não atendem à validade e fiabilidade da informação e recorrem a páginas e motores de busca *online* de reduzido carácter científico.

Verifica-se uma sobrevalorização do conhecimento experiencial em detrimento do conhecimento teórico, dado que quando deparados com uma situação duvidosa, é aos colegas de trabalho com maior experiência profissional que os enfermeiros recorrem em primeira instância.

Por outro lado, os enfermeiros mais recentemente formados percecionam os enfermeiros mais antigos na profissão como praticantes de uma enfermagem ultrapassada, mecanizada e repleta de vícios, sendo inclusivamente renitentes à implementação das novas evidências na prática. Por sua vez, os enfermeiros mais antigos no exercício da profissão associam um maior tempo de experiência profissional a uma prática mais simples e ajustada, já que implica a detenção de maior conhecimento.

A intuição assume particular relevância pois uma vez responsável pela elaboração do juízo clínico competente, promove a prática refletida e afasta os procedimentos estandardizados.

A escola de enfermagem é tida como responsável pela formação recente de profissionais com um apurado espírito crítico, ânsia pela autoformação e desenvolvimento autónomo e preocupados com a atualização, o que não se verificara na formação dos enfermeiros mais antigos no exercício da profissão. Porém, é também responsabilizada pelo conhecimento empobrecido no âmbito da Investigação, pela não definição de um plano de estudos que contemple o ensino da disciplina adequado às necessidades sentidas na vida profissional.

Os enfermeiros mais recentemente formados, ao procurarem introduzir as novas evidências científicas na prática, sentem a sua prestação de cuidados condicionada e experimentam sentimentos de frustração e desistência face à implementação da mudança, que não é percecionada de forma harmoniosa pelos enfermeiros detentores de maior experiência.

Uma cultura organizacional promotora da mudança e, implicitamente, da PBE, deve preservar um clima de abertura e de não desaprovação, recetivo às novas evidências.

O processo de socialização, e a pressão de pares, surge como potencial influência da PBE. Para evitar o conflito e assegurarem a sua integração na equipa, os enfermeiros moldam as suas práticas à semelhança das dos colegas, relativizando o seu discernimento e

assumindo o conformismo. Deste modo, os enfermeiros exercem, muitas vezes, uma prática automatizada e irrefletida, não congruente com os últimos achados científicos.

Os enfermeiros assumem como estratégia propiciadora da PBE a partilha de ideias e informação em equipa, nomeadamente durante as passagens de turno e na realização de formação em serviço.

A presença do enfermeiro-chefe, sendo um elemento respeitável e credível, é fundamental na implementação dos processos de mudança e da PBE. O chefe de enfermagem, além de possuir como função a promoção de uma cultura organizacional com espírito de abertura, deve promover e mediar a partilha de ideias e conhecimento em equipa, nomeadamente em sessões de formação em serviço, certificando a credibilidade do conhecimento.

A constituição de equipas de enfermagem equilibradas no que concerne a experiência profissional demonstra-se uma estratégia promotora da PBE. Deste modo, obtém-se o impulso para a atualização das práticas e mudança através dos profissionais com menor experiência, e a competência clínica e efeito “papel modelo”, influentes na implementação da mudança, através dos enfermeiros com maior tempo de experiência.

Embora não referenciado pelos participantes, uma vez que os enfermeiros conduzem a sua prática baseados, fundamentalmente, nos resultados perceptíveis à observação, a criação de um sistema de avaliação das mudanças introduzidas constitui uma importante estratégia estimuladora da PBE. Ao se aperceberem do impacto positivo das mudanças implementadas, os enfermeiros tornar-se-iam mais motivados para a receção e introdução de novas ideias, contribuindo para a PBE.

A insuficiência de tempo constitui um importante obstáculo à PBE sendo que, estando associada ao cumprimento de horários, os enfermeiros sentem-se forçados a executar as tarefas de forma mais apressada, comprometendo a qualidade dos cuidados. A falta de tempo representa ainda uma barreira à aplicação das evidências na prática, na medida em que esta indisponibilidade não permite aos enfermeiros a consulta de recursos de informação escritos, maioritariamente realizada em contexto laboral.

A escassez de recursos humanos é igualmente uma barreira à PBE. De um insuficiente número de enfermeiros resulta um maior volume de trabalho para cada enfermeiro, uma menor quantidade de tempo para a realização da prestação de cuidados e, conseqüentemente, cuidados mais abreviados que muitas vezes não contemplam as melhores evidências.

Os contextos laborais não estão preparados para a implementação da PBE. Embora não de forma tão pronunciada, não se verificando nos enfermeiros a exercer há mais de 20 anos, os enfermeiros veem a sua prestação de cuidados condicionada pelos recursos materiais, sendo que a sua insuficiência ou inexistência impossibilita a prática clínica congruente com as mais recentes evidências científicas. Condiciona também o acesso às evidências quando estão em causa recursos informáticos insuficientes nos serviços.

Os protocolos, quando devidamente atualizados, promovem a PBE, sendo que com a sua utilização é, de alguma forma, assegurada a uniformização das práticas, reduzindo-se a probabilidade de ocorrência de erro.

A presença de estudantes de enfermagem e de enfermeiros-docentes nos contextos da prestação de cuidados representa, igualmente, uma estratégia indutora da PBE. A incorporação na prática dos conhecimentos apreendidos em contexto escolar, bem como o cuidado constante com a atualização, induzem um mais precoce contacto dos enfermeiros dos contextos clínicos com as evidências.

Finalmente, demonstra-se imprescindível a relação íntima entre os contextos de ensino e investigação e os contextos de cuidados, assegurando-se um contacto regular entre investigadores e enfermeiros. Deste modo, incita-se, por um lado, a produção de conhecimento ajustado às necessidades da prática e, por outro, salvaguarda-se o desperdício de recursos e o atraso na implementação das evidências na prática.

Finda a reflexão acerca do fenómeno, e face às conclusões anteriormente apresentadas, salientam-se, nesta fase, as sugestões surgidas no decorrer do estudo e que se afiguram profícuas na implementação da PBE, face à realidade descrita pelos enfermeiros. As sugestões apontadas são inerentes aos contextos da prestação de cuidados e aos contextos de ensino, abordando-se primeiramente as referentes aos contextos clínicos uma vez que contemplam ações fundamentais à eficácia das últimas.

Contextos da prestação de cuidados

As instituições de saúde devem ser incentivadas a integrar nos contextos da prestação de cuidados estudantes de enfermagem em ensino clínico, proporcionando-se, deste modo, um mais precoce contacto dos enfermeiros dos contextos clínicos com uma informação mais atualizada e sistematizada, formalizada em evidências científicas.

É fundamental que quem possui a responsabilidade de gestão de recursos humanos, designadamente os enfermeiros-chefes, desenvolvam estratégias de gestão explícitas para a implementação da PBE. Assim, no que concerne aos estudantes de enfermagem em ensino clínico, o enfermeiro-chefe deve estimular toda a equipa de enfermagem a incentivar os estudantes a aplicar no desenvolvimento das suas práticas os conhecimentos que apreenderam nas instituições de ensino.

As equipas de enfermagem devem apresentar como líder um chefe de enfermagem motivado e que assuma como responsabilidade a contribuição no desenvolvimento profissional dos enfermeiros que estão sob sua gestão e o zelo pela excelência dos cuidados. O enfermeiro-chefe deve, por isso, promover uma cultura organizacional assente num clima de abertura e aceitação, de partilha e exposição de dúvidas e reunir esforços no sentido de terminar com possíveis subculturas que se revelem restritivas à mudança. Deve também reunir esforços no sentido de sensibilizar os enfermeiros para a importância da investigação e da seleção e implementação das melhores evidências científicas no desenvolver da prestação de cuidados.

Porque descrever aos outros as experiências é uma forma de se refletir sobre elas e de se concluir acerca das melhores práticas, do enfermeiro-chefe espera-se a criação de espaços de reflexão para a partilha de ideias e experiências, sistematizando-se os cuidados com o envolvimento de toda a equipa de enfermagem, inclusivamente o líder.

O chefe de enfermagem deve promover sessões de formação em serviço, pelos profissionais e para os profissionais, mediando ele próprio estas sessões ou elegendo um elemento da equipa, detentor de conhecimento atualizado no âmbito da disciplina e na área de Investigação.

Os responsáveis pelos cuidados de enfermagem devem debruçar-se sobre a elaboração de protocolos, e sua atualização devida, já que estes formam uma base científica para a

orientação e fundamentação da prestação de cuidados, facultando ainda a estandardização das intervenções e a minimização do erro.

Os gestores de enfermagem devem ser sensibilizados quanto aos importantes contributos na implementação da mudança e atualização das práticas e devem procurar constituir equipas equilibradas, contemplando profissionais recentemente formados e profissionais mais antigos no exercício da profissão.

A integração profissional de novos elementos de enfermagem deve ser efetuada por enfermeiros que não detenham ainda muito tempo de experiência profissional, assegurando-se o acompanhamento por profissionais flexíveis, que exerçam uma prática desprovida de vícios, atualizada e ajustada às necessidades detetadas.

Deve ser pensada a implementação de um sistema de avaliação das mudanças incorporadas nos contextos de cuidados, que regularmente faculte os resultados aos enfermeiros e que os responsabilize pelas intervenções desenvolvidas. O incentivo às instituições de saúde para a sua inclusão no Programa Nacional de Acreditação em Saúde pode constituir uma importante estratégia na melhoria da qualidade dos cuidados e, tacitamente, na implementação da PBE.

Contextos de ensino

As instituições de ensino devem dar continuidade à utilização de modelos pedagógicos que fomentem no estudante o adotar de um papel ativo e responsável na sua aprendizagem e na construção do seu percurso, assumindo um compromisso no interesse pela pesquisa e atualização permanente.

Os planos curriculares do CLE devem contemplar um maior aprofundamento no âmbito da Investigação, elucidando os estudantes do interesse prático-profissional da disciplina, nomeadamente no que concerne à relevância da validação das fontes de informação consultadas.

A divulgação de estudos aos estudantes, que contemplem o empobrecido conhecimento dos enfermeiros em Investigação, e as suas repercussões na prática profissional, poderá constituir uma importante estratégia para a implementação da PBE.

É fulcral a interligação teoria/prática, sendo que deve verificar-se uma incorporação dos investigadores nos contextos de cuidados, promovendo-se o seu contacto regular, para que se apercebam das necessidades sentidas na prática clínica e produzam conhecimento ajustado, intensificador da qualidade dos cuidados de enfermagem.

NOTA FINAL

Apresentadas as conclusões acerca do fenómeno estudado, as suas implicações e sugestões, considera-se estar a cooperar com um importante contributo para o despoletar de novos percursos, conduzindo ao enriquecimento e desenvolvimento da enfermagem e à excelência na prestação de cuidados.

A análise das descrições dos participantes induziu o questionamento acerca do modo como se pode minimizar a incongruência verificada entre o conhecimento teórico, isto é, as novas evidências, e a prática. Constatou-se que é através da análise do papel dos diversos intervenientes no fenómeno que se ergue o caminho. Assim, surgem como elementos influentes essencialmente fatores de natureza pessoal, organizacional e formativa, revelando-se primordial a articulação entre contributos da prática, dos recursos do contexto e da escola.

Ainda que não se possa generalizar os resultados alcançados, não se transpondo para outros contextos, persiste a ideia de que alguns constrangimentos verificados na prática, e que dificultam a implementação da PBE, podem ser minimizados com recurso a medidas a implementar não só nos contextos clínicos, onde o enfermeiro-chefe toma especial relevância, como também nas instituições de ensino, incidindo particularmente nos currícula, e ainda na articulação entre ambos.

A realização da investigação foi condicionada por fatores pessoais e profissionais que limitaram o tempo útil para dedicação à mesma. A fenomenologia enquanto método utilizado na análise da informação obtida assumiu alguma complexidade para o investigador, devido à sua inexperiência, o que intensificou o desafio, ampliando o interesse, motivação e empenho na execução do estudo e permitindo a consecução dos objetivos inicialmente propostos e a resposta à questão de investigação.

No seguimento do esforço efetuado no sentido de compreender o fenómeno e exibir medidas que conduzem à implementação da PBE, demonstra-se pertinente tornar de fácil acesso aos enfermeiros, e em particular aos gestores das instituições de saúde e de ensino de enfermagem, o presente estudo.

Afigura-se também importante a realização regular de estudos empíricos a nível nacional que abordem a problemática, no sentido de se detetarem as dificuldades e se identificarem possíveis estratégias facilitadoras da implementação da PBE. É essencial consciencializar os atores para a monitorização da realidade vivenciada que, dada a sua dinâmica, se encontra em permanente transformação, exigindo um ajustamento constante para que a qualidade da prestação de cuidados não esteja comprometida.

Poderão revelar-se igualmente úteis estudos futuros que pretendam aprofundar e compreender as diferenças encontradas entre os grupos de participantes no que concerne à valorização do conhecimento e à insuficiência/inexistência de recursos materiais.

BIBLIOGRAFIA

ABREU, Wilson Correia de – **Transições e Contextos Multiculturais – contributos para a anamnese e recurso aos cuidados informais**. 2ªed. Coimbra: Formasau - Formação e Saúde, 2011. 156 p. ISBN 978-989-8269-13-3.

ATALLAH, Álvaro Nagib – A incerteza, a ciência e a evidência. Diagnóstico & Tratamento [em linha]. 9:1 (2004) 27-28. [Consult. 4 Fev. 2013]. Disponível em WWW:URL:http://www.centrocochranedobrasil.org.br/apl/artigos/artigo_442.pdf. ISSN 1413-9979.

ATALLAH, Álvaro Nagib; CASTRO, Aldemar Araújo – **Evidências para melhores decisões clínicas**. São Paulo: Centro Cochrane Brasil, 1998.

ALFARO-LEFEVRE, Rosalinda – **El pensamiento crítico en enfermería: un enfoque práctico**. Barcelona: Masson, 1997. 216 p. ISBN 9788445804643.

BALAS, E. A.; BOREN, S. A. – Managing Clinical Knowledge for Healthcare Improvement. In Yearbook of Medical Informatics 2000 [em linha]. Columbia: University of Missouri Center for Health Care Quality, 2000. [Consult. 19 Mar. 2013]. Disponível em WWW:URL:<https://www.feedslibrary.scot.nhs.uk/media/CLT/ResourceUploads/4026857/Balas%20Boren%2017years%2014%20percent.pdf>.

BIRD, A.; WALLIS, M. – Nursing Knowledge and assessment skills in the management of patients receiving analgesia via epidural infusion. Journal of Advanced Nursing [em linha]. 40:5 (2002) 522-531. [Consult. 10 Fev. 2013]. Disponível em WWW:URL:<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12437601>. ISSN 0309-2402.

CAMPOS, Luís; CARNEIRO, António. V. - A Qualidade no Plano Nacional de Saúde 2011-2016 [em linha]. Alto Comissariado da Saúde, 2010. [Consult. 10 Fev. 2013]. Disponível em WWW:URL:<http://pt.scribd.com/doc/46866528/A-QUALIDADE-NO-PLANO-NACIONAL-DE-SAUDE-2011-2016-Gestao-do-Risco>.

CAMPOS, Luís; SATURNO, Pedro; CARNEIRO, António. V. - Plano Nacional de Saúde 2011-2016: A Qualidade dos Cuidados e dos Serviços [em linha]. Alto Comissariado da Saúde, 2010. [Consult. 11 Jun. 2013]. Disponível em WWW:URL:<http://pns.dgs.pt/files/2010/07/Q2.pdf>.

CHENOWETH, Lesley – Facilitating the process of critical thinking for nursing. 3 Education Today [em linha] 18 (1998) 281-292. [Consult. 4 Fev. 2013]. Disponível em WWW:URL:[http://www.nurseeducationtoday.com/article/S0260-6917\(98\)80045-2/pdf](http://www.nurseeducationtoday.com/article/S0260-6917(98)80045-2/pdf). ISSN 0260-6917.

COLTRO, Alex – A Fenomenologia: um enfoque metodológico para além da modernidade. Caderno de Pesquisas em Administração [em linha]. 1:11 (2000) 37-45. [Consult. 5 Jan. 2012]. Disponível em WWW:URL:<http://www.ead.fea.usp.br/cad-pesq/arquivos/c11-art05.pdf>.

CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIROS – Combater a Desigualdade: Da evidência à ação [em linha]. Ordem dos Enfermeiros, 2012. [Consult. 9 Jan. 2013]. Disponível em WWW:URL:http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/IND%20Kit%202012%20FINAL%20Portugu%C3%AAs_VFinal_correto.pdf. ISBN 978-989-8444-09-7.

CORRÊA, Adriana K. – Fenomenologia: uma alternativa para pesquisa em enfermagem. Revista Latino-Americana de Enfermagem [em linha]. 5:1 (1997) 83-88. [Consult. 10 Set. 2013]. Disponível em WWW:URL:<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v5n1/v5n1a10.pdf>. ISSN 0104-1169.

CRAIG, Jean V.; SMYTH, Rosalind L. - **Prática Baseada na Evidência: Manual para Enfermeiros**. Loures: Lusociência, 2004. 309 p. ISBN 972-8383-61-4.

CRAIG, Jean V.; PEARSON, M. - Directrizes Baseadas na Evidência. In CRAIG, Jean V; SMYTH, Rosalind L. Smyth – **Prática Baseada na Evidência: Manual para Enfermeiros**. Loures: Lusociência, 2004. ISBN 972-8383-61-4. p. 187-210.

DALY, William M. – The development of an alternative method in assessment of critical thinking as an outcome of nursing education. Journal of Advanced Nursing [em linha]

36:1 (2001) 120-130. [Consult. 10 Fev. 2013]. Disponível em WWW:URL:<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11555056>. ISSN 0309-2402.

EL DIB, Regina P. – Como praticar a medicina baseada em evidências. Jornal Vascular Brasileiro [em linha]. 6:1 (2007) 1-4. [Consult. 20 Mar. 2013]. Disponível em WWW:URL:<http://www.scielo.br/pdf/jvb/v6n1/v6n1a01.pdf>. ISSN 1677-5449.

D'INNOCENZO, Maria; ADAMI, Nilce; CUNHA, Isabel – O movimento pela qualidade nos serviços de saúde e enfermagem. Revista Brasileira de Enfermagem [em linha]. 59:1 (2006) p. 84-8. [Consult. 10 Abr. 2013]. Disponível em WWW:URL:<http://www.scielo.br/pdf/reben/v59n1/a16v59n1.pdf>. ISSN 0034-7167.

DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE - A Organização Interna e a Governação dos Hospitais. Grupo Técnico para a Reforma da Organização Interna dos Hospitais, 2010. [Consult. 11 Jun. 2013]. Disponível em WWW:URL:<http://www.spmi.pt/pdf/RelatorioFinalGTHospitaisVersaoFinal2.pdf>.

DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE – Manual de Acreditação de Unidades de Saúde: Programa Nacional de Acreditação em Saúde. Departamento da Qualidade na Saúde, 2011. [Consult. 11 Jun. 2013]. Disponível em WWW:URL:http://molar.crb.ucp.pt/cursos/2%C2%BA%20Ciclo%20%20Mestrados/Gest%C3%A3o/201012/QTGO_1012/Artigos/ACSA/Manual%20Acredita%C3%A7%C3%A3o%20de%20Unid.%20Sa%C3%BAde.pdf. ISBN 978-972-675-193-9.

DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE – Eixo estratégico – Qualidade em saúde. In Direcção- Geral de Saúde - Plano Nacional de Saúde 2012-2016 [em linha]. Departamento da Qualidade na Saúde, 2012. [Consult. 11 Jun. 2013]. Disponível em WWW:URL:<http://pns.dgs.pt/files/2012/02/Qualidade-em-Saude.pdf>.

DOMENICO, Edvane B. - Enfermagem baseada em evidências: a reconstrução da prática clínica. In Domenico, Edvane B.; IDE, Cilene A. - Ensinando e aprendendo um novo estilo de cuidar. São Paulo: Atheneu, 2001. ISBN 9788573793772. p. 165-71.

DOMENICO, Edvane B.; IDE, Cilene A. – Enfermagem baseada em evidências: princípios e aplicabilidades. Revista Latino-Americana de Enfermagem [em linha]. 11:1

(2003) 115-18. [Consult. 12 Nov. 2012]. Disponível em
WWW:URL:<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v11n1/16568.pdf>. ISSN 0104-1169.

EFFKEN, J. A. – Informational basis for expert intuition. Journal of Advanced Nursing. [em linha]. 34:2 (2001) 246-255. [Consult. 10 Fev. 2013]. Disponível em
WWW:URL:<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1046/j.1365-2648.2001.01751.x/pdf>.
ISSN 0309-2402.

FLAMING, Don – Using phronesis instead of “research-based practice” as the guiding light for nursing practice. Nursing Philosophy [em linha]. 2 (2001) 251-258. [Consult. 8 Fev. 2013]. Disponível em
WWW:URL:<http://www.readcube.com/articles/10.1046/j.1466-769X.2000.00066.x>.
ISSN 1466-7681.

FORTIN, Marie - Fabienne - **O Processo de Investigação: da concepção à realização**. Loures: Lusociência, 1999. 388 p. ISBN 972-8383-10-x.

FORTIN, Marie - Fabienne - **Fundamentos e etapas do processo de investigação**. Lisboa: Lusodidacta, 2009. 581 p. ISBN 978-989-8075-18-5.

FRENCH, Peter - The development of evidence-based nursing. **Journal of Advanced Nursing**. United Kingdom. ISSN 1365-2648. Vol. 29, nº1 (1999), p. 72-78.

GALVÃO, Cristina M. – **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, 2002. 114 p.

GALVÃO, Cristina M.; SAWADA, Namie O. – Prática baseada em evidências: estratégias para a sua implementação na enfermagem. Revista Brasileira de Enfermagem [em linha]. 56:1 (2003) 57-60. [Consult. 4 Fev. 2013]. Disponível em
WWW:URL:<http://www.scielo.br/pdf/reben/v56n1/a12v56n1.pdf>. ISSN 0034-7167.

GALVÃO, Cristina M.; SAWADA, Namie O.; MENDES, Isabel A. - A busca das melhores evidências. Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo [em linha]. 37:4 (2003) 43-50. [Consult. 4 Fev. 2013]. Disponível em
WWW:URL:<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v37n4/05.pdf>. ISSN 0080-6234.

GENTIL, Rosana; SANNA, Maria – Processos de acreditação para o enfermeiro: um recorte histórico. Revista Brasileira de Enfermagem [em linha]. 62:1 (2009) 125-31. [Consult. 11 Jun. 2013]. Disponível em WWW:URL:<http://www.scielo.br/pdf/reben/v62n1/19.pdf>. ISSN 0034-7167.

GIORGI, Amadeo – Sobre o método fenomenológico utilizado como modo de pesquisa qualitativa nas ciências humanas: teoria, prática e avaliação. In POUPART, J.; DESLAURIERS, J. P; GROULX, L.; LAPERRIÈRE, A.; MAYER, R.; PIRES, A. – A Pesquisa Qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos. Rio de Janeiro: Editora Vozes, 2008. ISBN 978-853-263-681-2.

GIORGI, Amadeo; SOUSA, Daniel – **Método Fenomenológico de Investigação em Psicologia**. Lisboa: Fim de Século, 2010. 279 p. ISBN 978-972-754-273-4.

GIROT, E. A. – Graduate nurses: critical thinkers or better decision makers? Journal of Advanced Nursing [em linha]. 31:2 (2000) 288-297. [Consult. 4 Fev. 2013]. Disponível em WW:URL:<http://europepmc.org/abstract/MED/10672085/reload=0;jsessionid=Wpjps8DzzFoGdBFSBTnH.10>. ISSN 0309-2402.

GOETZ, Judith P.; LeCOMPTE, Margaret D. - **Etnografia Y diseño cualitativo investigacion educativa**. Madrid: Ediciones Morata, 1988. 280 p. ISBN 978-847-112-320-6.

GONZAGA, Rogério A. – **Regras básicas de investigação clínica**. Lisboa: Instituto Piaget, 1994. 218 p. ISBN 972-9295-95-6.

GUERRA, Isabel C. – **Pesquisa Qualitativa e Análise de Conteúdo: Sentidos e formas de uso**. Cascais: Principia, 2006. 95 p. ISBN 978-972-8818-66-1.

HALLIGAN, Aidan; DONALDSON, Liam – Implementing Clinical Governance: turning vision into reality. BMJ [em linha]. 322 (2001) 1413-1417. [Consult. 29 Set. 2013]. Disponível em WWW:URL:<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1120478/>. ISSN 09598138.

HOLANDA, Adriano – Questões sobre pesquisa qualitativa e pesquisa fenomenológica. Análise Psicológica [em linha]. 3:14 (2006) 363-372. [Consult. 4 Jan. 2012]. Disponível em WWW:<URL: <http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/aps/v24n3/v24n3a10.pdf>>. ISSN 0870-8231.

JESUS, Élvio Henriques – **Decisão Clínica de Enfermagem**. Coimbra: Formasau, 2006. 307 p. ISBN 972-8485-66-2.

KIM, Hesook Suzie – **The Nature of Theoretical Thinking in Nursing**. 13ª ed. New York: Spring Publishing Company, 2010. 340 p. ISBN 978-0-8261-0587-5.

KING, L.; APPLETON, J. V. – Intuition: a critical review of the research and rhetoric. Journal of Advanced Nursing [em linha]. 26 (1997) 194-202. [Consult. 4 Fev. 2013]. Disponível em WWW:URL:<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1046/j.1365-2648.1997.1997026194.x/abstract>. ISSN 0309-2402.

LINDE, Klaus; WILLICH, Stefan N. – How objective are systematic reviews? Differences between reviews on complementary medicine. Journal of The Royal Society of Medicine [em linha]. 96 (2003) 17-22. [Consult. 288 Set. 2013]. Disponível em WWW:URL:<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC539366/pdf/0960017.pdf>. ISSN 0141-0768.

MAJID, S. [et al.] – Adopting evidence-based practice in clinical decision making: nurses' perceptions, knowledge, and barriers. Journal Medicine Library Association [em linha] 99:3 (2011) [Consult. 27 Out. 2013]. Disponível em WWW:URL:<http://web.ebscohost.com/ehost/detail?sid=3f06113d-58f9-4d4e-ad29-539d78843b0e%40sessionmgr4&vid=1&hid=19&bdata=Jmxhbm9cHQYnImc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#db=a9h&AN=63159592>. ISSN 1536-5050.

MAMEDE, António A. – A influência da Cultura Organizacional nos Processos de Mudança. 2004. [Consult. 12 Jun. 2013]. Disponível em WWW:URL:[http://201.2.114.147/bds/bds.nsf/4AD4782E13B055CB03256EF600506F48/\\$File/NT00090F7A.pdf](http://201.2.114.147/bds/bds.nsf/4AD4782E13B055CB03256EF600506F48/$File/NT00090F7A.pdf).

MANZO, Bruna; BRITO, Maria; CORRÊA, Allana - Implicações do processo de Acreditação Hospitalar no cotidiano de profissionais de saúde. Revista da Escola de

Enfermagem da Universidade de São Paulo [em linha]. 46:2 (2012) 388-94. [Consult. 12 Jun. 2013]. Disponível em WWW:URL:<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n2/a17v46n2.pdf>. ISSN 0080-6234.

MEDINA, José L. – **La Pedagogía del Cuidado: Saberes y Prácticas en la formación universitaria en Enfermería**. Barcelona: Laertes, 1999. 308 p. ISBN 84-7584-373-5.

MEDINA MOYA, José L. – Teoría? Práctica? E Dificil equilibrio académico y profesional en a España “Pre-Europea”. **Revista Rol de Enfermería**. Barcelona. ISSN 0210-5020. Vol. 28, nº 4 (2005), p. 246-248.

MEDINA MOYA, José L. – De mapas y territorios. **Revista Rol de Enfermería**. Barcelona. ISSN 0210-5020. Vol. 31, nº 7-8 (2008), p. 533-536.

MELEIS, Afaf I. – **Transitions Theory: Middle Range and Situation Specific Theories in Nursing Research and Practice**. New York: Springer Publishing Company, 2010. 641 p. ISBN 978-0-8261-0535-6.

MOREIRA, Daniel A. – Pesquisa em Administração: Origens, Usos e Variantes do Método Fenomenológico. Revista de Administração e Inovação [em linha]. 1:1 (2005) 1-20. [Consult. 28 Jan. 2013]. Disponível em WWW:URL:http://www.uninove.br/PDFs/Publicacoes/cadernos_posgraduacao/cadernosv3n2adm/cdposv3n2adm_esp2g.pdf. ISSN 1809-2039.

MOREIRA, João M. – Representação Social do Enfermeiro de Urgência Básica [em linha]. Porto: ICBAS, 2010. [Consult. 2 Jan. 2013]. Disponível em WWW:URL:<http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/45977/2/REPRESENTA%C3%83O%20SOCIAL%20DO%20ENFERMEIRO%20DE%20URGNCIA%20BSICA.pdf>.

NOBRE, Moacyr R.; BERNARDO, Wanderley M.; JATENE, Fabio B. – A prática clínica baseada em evidências. Parte I – Questões Clínicas bem construídas. Revista da Associação Médica Brasileira [em linha]. 49:4 (2003) 445-9. [Consult. 26 Dez. 2012] Disponível em WWW:URL:<http://www.scielo.br/pdf/%0D/ramb/v49n4/18347.pdf>. ISSN 0104-4230.

NOREÑA, Dora L. – La evaluación del cuidado de enfermería: un compromiso disciplinar. Investigación y Educación en Enfermería [em linha]. 27:1 (2009) 24-33. [Consult. 12 Jun. 2013]. Disponível em WWW:URL:<http://www.scielo.org.co/pdf/iee/v27n1/v27n1a02.pdf>. ISSN 0120-5307.

ORDEM DOS ENFERMEIROS – Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem [em linha]. Lisboa: Conselho de Enfermagem, 2001. [Consult. 15 Dez. 2012]. Disponível em WW:URL:<http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/divulgar%20-%20padroes%20de%20qualidade%20dos%20cuidados.pdf>.

ORDEM DOS ENFERMEIROS – Investigação em Enfermagem: Tomada de posição [em linha]. Lisboa, 2006. [Consult. 15 Dez. 2012]. Disponível em WWW:URL:http://www.ordemenfermeiros.pt/tomadasposicao/Documents/TomadaPosicao_26Abr2006.pdf.

PEARSON, Alan [et al.] - O modelo de cuidados de saúde baseados na evidência do Instituto Joanna Briggs. Revista de Enfermagem Referência [em linha]. 2:12 (2005) 123-33. [Consult. 6 Mai. 2013]. Disponível em WWW:URL:http://www.esencf.pt/rr/index.php?module=rr&target=publicationDetails&&id_artigo=2162&pesquisa=. ISSN 0874-0283.

PEDROLO, Edivane [et al.] – A Prática Baseada em Evidências como ferramenta para prática profissional do enfermeiro. Cogitare Enfermagem [em linha]. 14:4 (2009) 760-63. [Consult. 4 Fev. 2013]. Disponível em WWW:URL:<http://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&frm=1&source=web&cd=2&ved=0CDUQFjAB&url=http%3A%2F%2Fojs.c3sl.ufpr.br%2Fojs%2Findex.php%2Fcogitare%2Farticle%2Fdownload%2F16396%2F10875&ei=mbDdUf2hIbCV7AbJv4HIAg&usq=AFQjCNFUOKB5307nVzxyx1m2YxLWBLDVmA&sig2=Tk6ADq7Nue0whz6PNT-FVw>. ISSN 2176-9133.

PEÑA, Laura M. – Práctica de enfermería basada en evidencias. Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica [em linha]. 9:1-4 (2001) 24-30. [Consult. 12 Jun. 2013]. Disponível em WWW:URL:<http://www.medigraphic.com/pdfs/enfe/en-2001/en011-4e.pdf>. ISSN 1405-0315.

PEREIRA, Rui P.; CARDOSO, Maria J; MARTINS, Maria A. – Atitudes e barreiras à prática de enfermagem baseada na evidência em contexto comunitário. Revista de Enfermagem Referência [em linha]. 3:7 (2012) 55-62. [Consult. 11 Jun. 2013]. Disponível em WWW:URL:<http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/pdf/ref/vserIIIIn7/serIIIIn7a06.pdf>. ISSN 0874-0283.

PERRY, Lin – Implementar a melhor evidência na prática clínica. In CRAIG, Jean V; SMYTH, Rosalind L. Smyth – Prática Baseada na Evidência: Manual para Enfermeiros. Loures: Lusociência, 2004. ISBN 972-8383-61-4. p. 240-273.

QUEIRÓS, Paulo J. – Enfermagem, ciência humana prática. **Revista Sinais Vitais**. Coimbra. ISSN 0870-8844. Nº 97 (2011), p. 13-16.

RAPPS, Jane; RIEGEL, Barbara; GLASER, Dale – Testing a predictive model of what makes a critical thinker. Western Journal of Nursing Research [em linha]. 23:6 (2001) 610-626. [Consult. 10 Fev. 2013]. Disponível em WWW:URL:http://glaserconsult.com/docs/Peer_Reviewed_Articles/Testing_a_predictive_model.pdf. ISSN 1552-8456.

REY, Fernando González – **La Investigación Cualitativa en Psicología: rumbos y desafíos**. São Paulo: Educ, 1999. 184 p. ISBN 968-7529-99-7.

ROLFE, Gary – Insufficient evidence: the problems of evidence-based nursing. Nurse Education Today [em linha]. 19:6 (1999) 433-442. [Consult. 4 Fev. 2013]. Disponível em WWW:URL:[http://www.nurseeducationtoday.com/article/S0260-6917\(99\)90346-5/pdf](http://www.nurseeducationtoday.com/article/S0260-6917(99)90346-5/pdf). ISSN-0260-6917.

SACKETT, David L. - **Medicina baseada em evidências: prática e ensino**. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2003. XII, 270 p. ISBN 853630071x.

SACKETT, David L. [et al.] - **Evidence-based medicine: How to practice and teach EBM**. New York: Churchill Livingstone, 1997.

SACKETT, David L. [et al.] – **Evidence based medicine: How to practice and teach EBM**. London: Churchill Livingstone, 2000. 250 p. ISBN 0-443-05686-2.

SAMPAIO, R. F.; MANCINI, M.C. – Estudos de Revisão Sistemática: Um guia para síntese criteriosa da evidência científica. Revista Brasileira de Fisioterapia [em linha]. 11:1 (2007) 83-89. [Consult. 15 Out. 2013]. Disponível em WWW:URL:<http://www.scielo.br/pdf/rbfis/v11n1/12.pdf>. ISSN 1413-3555.

SASTRE, R. Serrano; SOLÍS, M. Narvaiza - Investigar desde la teoría y la práctica. **Revista Rol de Enfermería**. Barcelona. ISSN 0210-5020. Vol. 23, nº 3 (2000), p. 184-191.

SCHNEIDER, Sérgio; SCHMITT, Cláudia J. – O uso do método comparativo nas Ciências Sociais. Cadernos de Sociologia [em linha]. 9 (1998) 49-86. [Consult. 20 Ago. 2013]. Disponível em WWW:URL:http://ftp.unisc.br/portal/upload/com_arquivo/o_uso_do_metodo_comparativo_nas_ciencias_sociais.pdf. ISSN 1517-4522.

SEYMOUR, Beth; KINN, Sue; SUTHERLAND, Norrie – Valuing both critical and creative thinking in clinical practice: narrowing the research-practice gap? Journal of Advanced Nursing [em linha]. 42:3 (2003) 288-296. [Consult. 10 Fev. 2013]. Disponível em WWW:URL:<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1046/j.1365-2648.2003.02618.x/abstract>. ISSN 0309-2402.

SERAPIONI, Mauro – Avaliação da qualidade da saúde: Reflexões teórico-metodológicas para uma abordagem multidimensional. Revista Crítica de Ciências Sociais [em linha]. 85 (2009) 65-82. [Consult. 12 Jun. 2013]. Disponível em WWW:URL:http://www.ces.uc.pt/myces/UserFiles/livros/362_RCCS_85_Mauro_Serapioni.pdf. ISSN 0254-1106.

SIM-SIM, Maria Margarida S. F. - **Mães-Meninas - Meninas-Mães: Abordagem Fenomenológica da Maternidade na Adolescência**. Dissertação de Mestrado. Lisboa: Universidade Católica, 1997.

SOUSA, Hugo L. - A prática baseada em evidência: Uma metodologia fundamental para os alunos de enfermagem [em linha]. Porto: Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade Fernando Pessoa, 2012. [Consult. 12 Fev. 2013]. Disponível em WWW:URL:http://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/2790/3/T_18151.pdf.

STREUBERT, Helen J.; CARPENTER, Dona R. - **Investigação Qualitativa em Enfermagem: Avançando o Imperativo Humanista**. 2.^a ed. Loures: Lusociência, 2002. XXI, 383 p. ISBN 972-8383-29-0.

THOFEHRN, Maria; LEOPARDI, Maria – Construtivismo Sócio-Histórico de Vygotsky e a Enfermagem. Revista Brasileira de Enfermagem [em linha]. 59:5 (2006), 694-8. [Consult. 27 Out. 2013]. Disponível em WWW:URL:<http://www.scielo.br/pdf/reben/v59n5/v59n5a19.pdf>. ISSN 0034-7167.

THOMPSON, Carl - Clinical experience as evidence in evidence-based practice. Journal of Advanced Nursing [em linha]. 43:3 (2003) 230-7. [Consult. 6 Mai. 2013]. Disponível em WWW:URL:<http://eprints.whiterose.ac.uk/52/1/thompson6.pdf>. ISSN 0309-2402.

THOMPSON, Carl; LEARMONTH, Mark – Como podemos desenvolver uma cultura baseada na evidência? In CRAIG, Jean V; SMYTH, Rosalind L. Smyth – Prática Baseada na Evidência: Manual para Enfermeiros. Loures: Lusociência, 2004. ISBN 972-8383-61-4. p. 211-239.

UCHÔA, Severina A.; CAMARGO JR., Kenneth R. – Os protocolos e a decisão médica: medicina baseada em vivências e ou em evidências? Ciência e Saúde Colectiva [em linha]. 15:4 (2010) 2241-49. [Consult. 12 Nov. 2012]. Disponível em WWW:URL:<http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n4/a38v15n4.pdf>. ISSN 1413-8123.

ZARDO, Ícaro M. – Normas de Acreditação Hospitalar: viabilidade da implementação no Hospital Universitário Ernani Polydoro São Thiago da Universidade Federal de Santa Catarina [em linha]. Universidade Federal de Santa Catarina, 2008. [Consult. 1 Jul. 2013]. Disponível em WWW:URL:<http://tcc.bu.ufsc.br/Adm290036>.

APÊNDICES

APÊNDICE I

(Guião de entrevista)

Na prática diária, as decisões tomadas para solucionar os problemas do utente baseiam-se na aplicação consciente da informação avaliável por regras explicitamente definidas (Nobre, Bernardo e Jatene, 2003). Contudo, dado o desenvolvimento constante do conhecimento na sociedade moderna, surge a possibilidade de encontrarmos na prática clínica atitudes desvinculadas dos últimos achados científicos (Domenico e Ide, 2003). Balas e Boren (2000) verificaram um atraso entre a publicação de uma descoberta científica e a sua utilização na prática, sendo que decorrem cerca de dezassete anos para que uma evidência científica seja incorporada na prática.

A experiência pessoal, enquanto profissional e estudante, torna visível que este desfasamento verificado entre a teoria e a prática é identificado de forma mais acentuada pelos profissionais com menor tempo de experiência profissional.

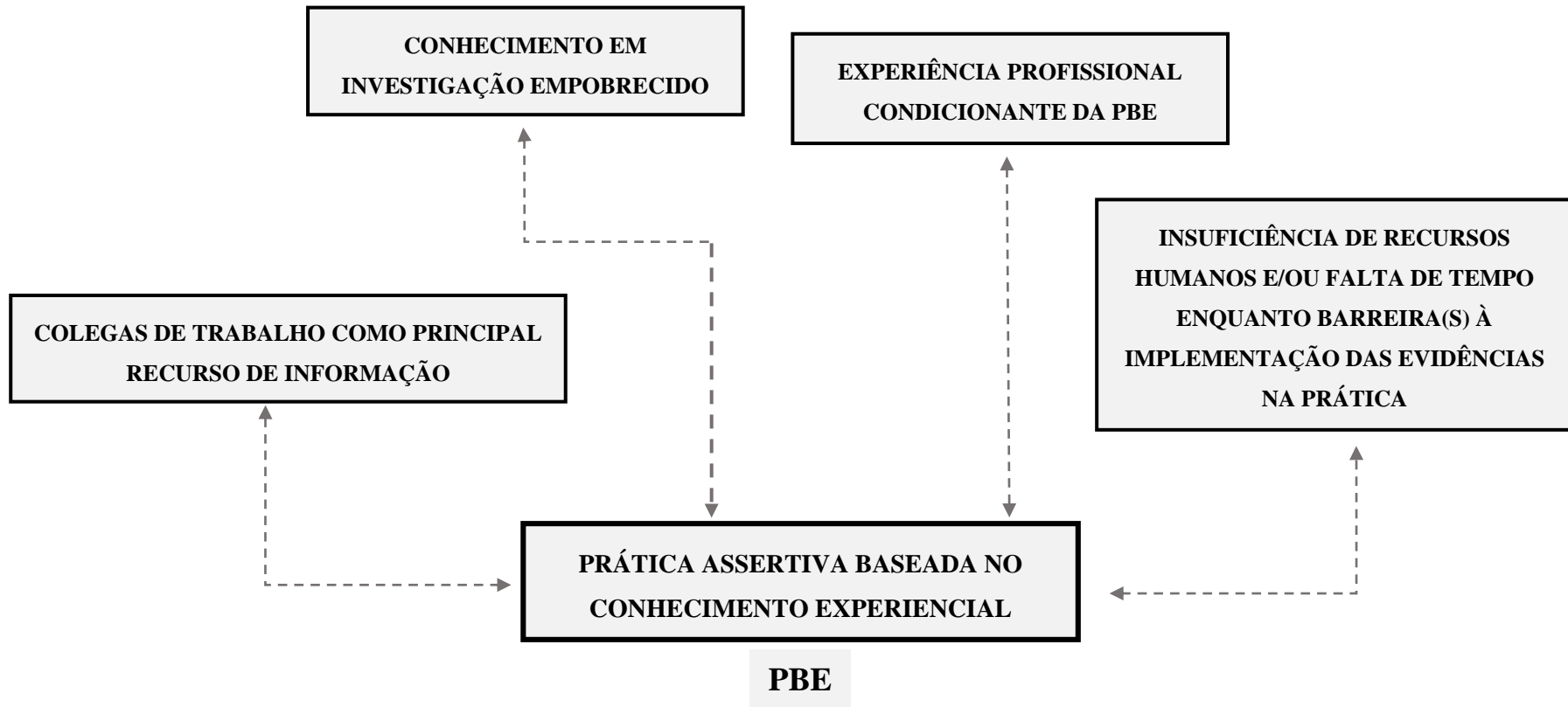
Neste seguimento, o estudo intitulado de “Cuidados de Enfermagem: Uma Prática Baseada na Evidência” pretende dar resposta à questão de investigação “Os enfermeiros com menos de 5 anos de prática profissional conhecem o conceito PBE, valorizam-no e sabem como aceder às evidências científicas de forma mais assertiva que os enfermeiros com entre 10 e 15 anos de prática profissional ou que os enfermeiros com mais de 20 anos de prática profissional?” e tem como objetivos:

- Conhecer e comparar a perceção e valorização da PBE por enfermeiros com diferente tempo de prática profissional;
 - Averiguar como estes acedem às evidências científicas.
1. Considera a investigação e a teoria desta decorrente, transmitida no CLE e outros cursos de formação, relevantes para a sua prestação clínica e para a qualidade dos cuidados?
 2. Na sua perspetiva, que relação parece existir entre a teoria e a prática?
 3. Considera que os saberes adquiridos com a teoria são adequados aos problemas da prática?
 4. O que é para si uma PBE?

5. Considera que a sua prática clínica é compatível com a PBE?
6. O papel da enfermeira era igualado ao papel de mãe submissa e obediente, sendo que o papel do médico era o de cabeça de família. Assim, como se fosse uma esposa e uma mãe, a função de enfermeira foi associada à subordinação ao saber médico e caracterizada pelo altruísmo, sacrifício, bondade, obediência e pensamento subteórico (Medina, 1999). Revê o seu papel de enfermeira e a seu poder de decisão neste excerto?
7. O que guia a sua prática?
8. No que respeita à qualidade dos cuidados, sente-se satisfeito com a sua prestação de cuidados?
9. Pensa contribuir para a qualidade dos cuidados no seu contexto de trabalho?
10. Julga executar uma prática 100% baseada na evidência?
11. Em algum momento efetuou um procedimento de determinado modo, ainda que sabendo que esse não era o modo mais conveniente? Por que razão o fez?
12. Considera o seu contexto de trabalho proporcionador da PBE?
13. Sente que executa uma prática coerente e refletida?
14. Sente que possui algum poder de decisão na sua prática clínica? Em que se baseia para tomar as decisões?
15. Quando surge alguma dúvida no decorrer da sua prática, o que é habitual fazer para se esclarecer no sentido de proceder da melhor forma?
16. É sua preocupação manter-se atualizado e consultar as fontes de informação científica? Com que frequência o faz? Porquê?
17. Onde consulta a informação para esclarecer as dúvidas que lhe surgem na prática diária e para efetuar uma prática atualizada, baseada na evidência?
18. Como avalia a fiabilidade e validade das fontes de informação que consulta? / O que o faz pensar que determinada fonte de informação que consulta é válida e fiável?
19. Sente vontade de mudar alguma prática inerente à prestação de cuidados no seu local de trabalho? O que o impede de fazê-lo?
20. Parece-lhe haver facilitadores da PBE no seu contexto de trabalho? Quais?
21. Sente que algum aspeto do seu contexto de trabalho dificulta a aplicação das evidências na prática? Quais?
22. No seu ponto de vista, o tempo de experiência profissional influencia a PBE? De que maneira?

APÊNDICE II

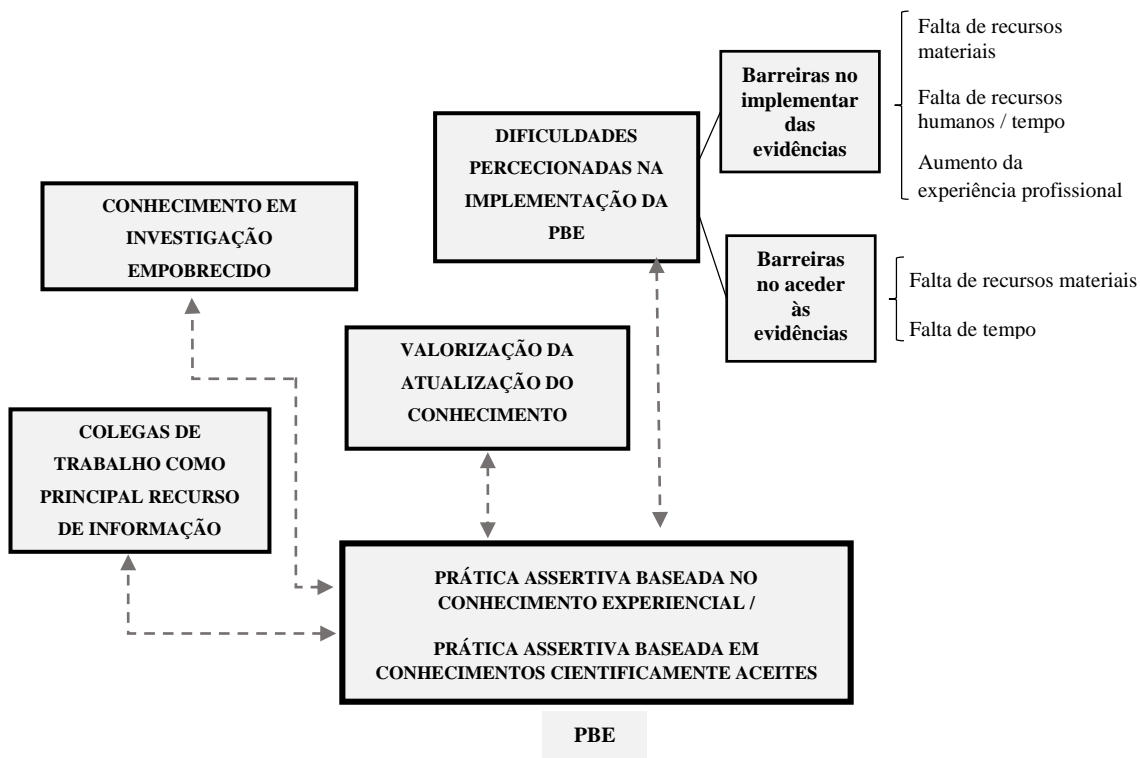
(Estrutura essencial global)



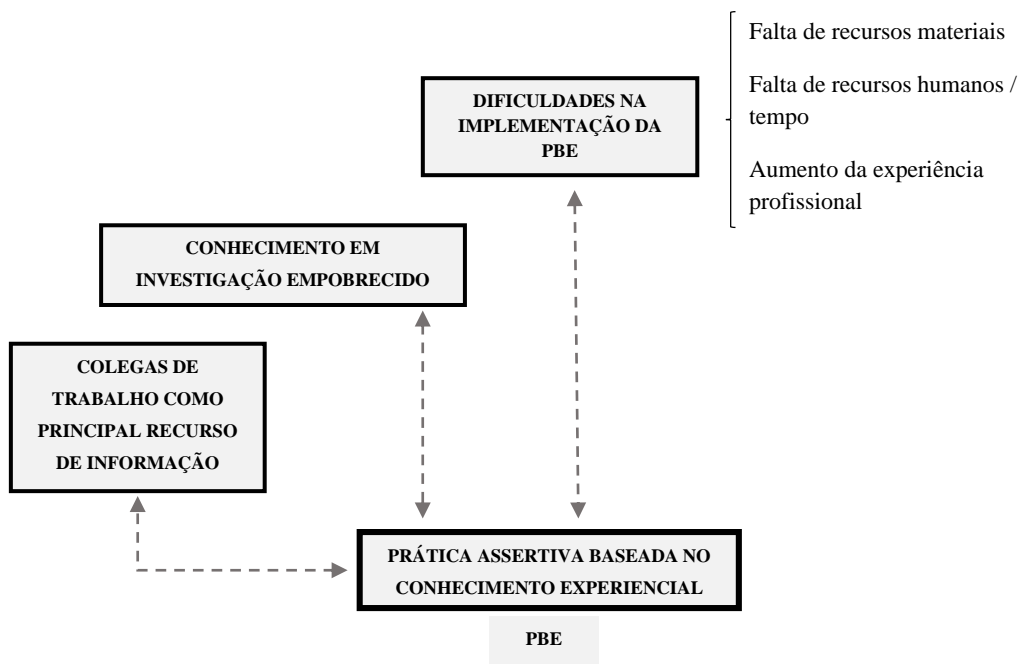
APÊNDICE III

(Estruturas essenciais inerentes aos três grupos de participantes)

Grupo I (Experiência profissional inferior a 5 anos)



Grupo II (Experiência profissional compreendida entre 10 e 15 anos)



Grupo III (Experiência profissional superior a 20 anos)

