

Utilização do modelo the knowledge-to-action para implementar uma enfermagem baseada na evidência nos cuidados prestados à criança e família

Cânia Torres



2024



Cânia Torres. Utilização do modelo the knowledge-to-action para implementar uma enfermagem baseada na evidência nos cuidados prestados à criança e família



D.ICBAS 2024

Utilização do modelo the knowledge-to-action para implementar uma enfermagem baseada na evidência nos cuidados prestados à criança e família.

Cânia Patrícia Martins Basto Torres

INSTITUTO DE CIÊNCIAS BIOMÉDICAS ABEL SALAZAR



Cânia Patrícia Martins Basto Torres

UTILIZAÇÃO DO MODELO THE KNOWLEDGE-TO-ACTION PARA IMPLEMENTAR UMA ENFERMAGEM BASEADA NA EVIDÊNCIA NOS CUIDADOS PRESTADOS À CRIANÇA E FAMÍLIA

Tese de Candidatura ao grau de Doutor em Ciências de Enfermagem, submetida ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto.

Orientadora: Doutora Maria do Céu Barbieri Figueiredo

Categoria: Investigadora Distinguida Sénior

Afiliação: Universidade de Huelva

Coorientador: Mestre Francisco José Madeira Mendes

Categoria: Enfermeiro Gestor

Afiliação: Centro Hospitalar Universitário de São João

“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

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

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

Ao Mestre Francisco Mendes, coorientador e meu mentor em toda a execução prática deste estudo, que me guiou e acompanhou, diariamente, neste percurso. As suas qualidades humanas, rigor científico, capacidade de trabalho, disponibilidade e incentivo foram determinantes para levar este desafio a bom porto.

Professora Doutora Adriana Maria Duarte, Professor Doutor Luís Batalha, Professor Doutor Eduardo Santos, Professora Doutora Helena José, Professora Doutora Paula Sousa, Mestre Júlia Neto e Mestre Sandra Almeida, peritos nas suas áreas de conhecimento e que aceitaram fazer este caminho comigo. Agradeço pela generosidade, na partilha do seu conhecimento e disponibilidade de tempo para integrarem este estudo.

Ao Professor Abílio Teixeira e Professor Bruno Magalhães pelos momentos de partilha de conhecimento, com a equipa de enfermagem envolvida.

À Professora Doutora Teresa Martins, pela sua disponibilidade e contributos. Obrigado pelos momentos de discussão e partilha.

À Enfermeira Diretora, Professora Doutora Filomena Cardoso e à Enfermeira Gestora da UAG da Mulher e da Criança, Enfermeira Manuela Amorim, pela forma como acolheram este trabalho na instituição.

A todos os Enfermeiros Pediatras do serviço onde se desenrolou o estudo, que foram e são, companheiros, colegas e amigos, foi maravilhoso fazer este caminho convosco. Grata pelas horas, dias consecutivos, reunidos à volta deste estudo. É impossível descrever o vosso empenho e generosidade, é tão gigante que escrevemos juntos este novo capítulo da Enfermagem.

A todas as famílias e crianças, participantes deste estudo, pelo tempo dispensado, porque sem eles este trabalho não seria possível de concretizar.

Aos meus filhos, Pedro e Sofia, que tiveram de dividir a mãe com este desafio. Este trabalho é dedicado com amor para vocês. Obrigada por existirem na minha vida!

Ao meu marido José, companheiro de vida, de aventuras e que tornou este caminho mais tranquilo. Obrigado pela compreensão, incentivo e apoio!

Aos meus pais, Emília e José, meus apoiantes incondicionais, obrigada por estarem sempre comigo!

A todos, para além dos mencionados, mas que estiveram presentes neste meu caminho de vida, sou eternamente grata!

PRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO CIENTÍFICA

Publicações como Autora

Torres, C.P., Mendes, F.J., & Barbieri-Figueiredo, M.C. (2023). Use of “The Knowledge-to-Action Framework” for the implementation of evidence-based nursing in child and family care: Study protocol. PLOS ONE 18(3): e0283656. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0283656>

Torres, C.P., Mendes, F.J., Vilaça, S.P., Duarte, A.M., & Barbieri-Figueiredo, M.C. (2023). Implementation of Evidence-Based Practice in Paediatric Nursing Care: Facilitators and Barriers. Sage Open Nursing, ID:SON-22-0378. (Submetido, em fase de revisão)

Preletora em Conferências

Torres, C.P., Mendes, F.J., & Barbieri-Figueiredo, M.C. (2022). *Investigação como Ponte de Ligação entre a Academia e a Prática*. Comemorações do 110º Aniversário da Escola Superior de Enfermagem da Universidade do Minho, Campus Gualtar, Braga.

Torres, C.P., Mendes, F.J., & Barbieri-Figueiredo, M.C. (2022). *A Prática Baseada na Evidência na Enfermagem Pediátrica: Implementação da Evidência*. 1º Congresso Internacional de Saúde da Criança e do Jovem: Avanços no Conhecimento. Escola Superior de Enfermagem da Universidade do Minho, Campus Gualtar, Braga.

Torres, C.P., Mendes, F.J., & Barbieri-Figueiredo, M.C. (2022). *Implementing an Evidence-Based Model in a Pediatric Service*. 1st International Participatory Health Research: Challenges and Opportunities. Universidade de Huelva, Espanha.

Torres, C.P., Mendes, F.J., & Barbieri-Figueiredo, M.C. (2022). *Implementação do Modelo Knowledge-to-Action Framework nos Cuidados de Enfermagem Pediátricos*. 1ª Reunião Científica Internacional de Enfermagem Pediátrica do CHUSJ. Auditório do Centro de Investigação Médica da Faculdade de Medicina da U. Porto, Porto.

Torres, C.P., Mendes, F.J., & Barbieri-Figueiredo, M.C. (2020). *Atitudes e Barreiras à Prática Baseada na Evidência- Estudo Descritivo*. Webinar em Comemoração do Dia Mundial dos Cuidados de Saúde Baseados na Evidência, integrada no painel: Apresentação dos trabalhos em curso no projeto de investigação estruturante: prática baseada na evidência – da síntese à implementação, ESEP, Porto.

Comunicações em Póster

Torres, C.P., Mendes, F.J., & Barbieri-Figueiredo, M.C. (2023). *Use of “The Knowledge-to-Action Framework” for the Implementation of Evidence-Based Nursing in Child and Family Care: Study Protocol*. 1º Encontro Internacional de Doutorandos em Enfermagem. ICBAS. Porto.

Torres, C.P., Mendes, F.J., & Barbieri-Figueiredo, M.C. (2022). *Implementation of Evidence-Based Practice in Child and Family Care: Supporting nurses' decision making*. Sigma's 33rd International Nursing Research Congress. Edinburgh, Scotland

Torres, C.P., Mendes, F.J., & Barbieri-Figueiredo, M.C. (2019). *Enfermaría Basada em La Evidencia em Cuidado Infantil y Familiar: Estudio de Actitudes y Barreras*. Congresso Internacional de Investigación, Formación & Desarrollo Enfermero “Caminando hacia nuevos horizontes”, Madrid, Espanha.

Torres, C.P., Mendes, F.J., & Barbieri-Figueiredo, M.C. (2019). *As Barreiras Organizacionais que condicionam a Prática Baseada na Evidência-Perspetiva dos Enfermeiros de um Serviço de Pediatria do Norte de Portugal*. 9º Congresso Internacional da APGEL-Multiculturalidade e Cuidados Seguros, Figueira da Foz.

Torres, C.P., Mendes, F.J., & Barbieri-Figueiredo, M.C. (2019). *Attitudes and Barriers to Evidence-Based Practice in Nursing Care for Children and Family at a Hospital in northern Portugal – A Descriptive Study*. 14th International Family Nursing Conference, USA

Membro de Comissões

Integrou a **Comissão organizadora** do Webinar em *Comemoração do Dia Mundial dos Cuidados de Saúde Baseados na Evidência*, organizada pelo grupo de investigação estruturante: prática baseada na evidência – da síntese à implementação, que decorreu a 20 de outubro de 2020, CINTESIS@, ESEP, Porto.

Integrou a **Comissão organizadora** da 1ª Reunião Científica Internacional de Enfermagem Pediátrica do CHUSJ, nos dias 30 e 31 de maio de 2022, Auditório do Centro de Investigação Médica da Faculdade de Medicina da U. Porto, Porto.

Integrou a **Comissão organizadora** do 1º Encontro Internacional de Doutorandos em Enfermagem do ICBAS inserido no NursID Spring School 2023, organizado no dia 12 de maio de 2023, pelo Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar – Universidade do Porto.

Integrou a **Comissão Científica** da 2ª Reunião Científica Internacional de Enfermagem Pediátrica do CHUSJ, nos dias 26 e 27 de setembro de 2023, Auditório do Centro de Investigação Médica da Faculdade de Medicina da U. Porto, Porto.

RESUMO

Introdução: A pertinência da implementação de uma Prática Baseada na evidência (PBE) em enfermagem, está interligada com a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados. A satisfação dos utentes, o empoderamento e satisfação profissional dos enfermeiros, têm vindo a ganhar destaque e relevância também nesta área. Contudo, a viabilidade de implementação, sustentação e disseminação desta prática, está condicionada a diversos fatores que não podem ser subestimados. As organizações têm um papel preponderante neste processo, mais particularmente as lideranças. Assim, com este estudo, pretendemos implementar uma cultura de PBE, com recurso ao modelo *Knowledge-to-action Framework* (KTA) numa instituição hospitalar.

Metodologia: A tese consubstancia-se com uma abordagem de investigação-ação em três etapas: Identificação do problema/diagnóstico de situação, Planeamento/ Implementação e avaliação/sustentação. Na etapa 1 do estudo, foi realizado um estudo quantitativo, descritivo, com recurso ao instrumento *Questionário de Atitudes e Barreiras em relação à Prática Baseada na Evidência* (QABPBE-26) aplicado a 34 enfermeiros dum serviço de pediatria do Norte de Portugal. Outro estudo quantitativo, descritivo, com utilização dos instrumentos *Questionário de Satisfação do Cidadão com Cuidados de Enfermagem para pais de Crianças Hospitalizadas* (ESCCE) e *Questionário de Perceção do Suporte Familiar* (QPSF), aplicado a 88 pais/cuidadores de crianças internadas num serviço de pediatria do Norte de Portugal. Realizou-se também um estudo exploratório descritivo, qualitativo, através de dois grupos focais, realizados aos enfermeiros que participaram no preenchimento do QABPBE-26. Na etapa 2 do estudo foi realizado um estudo metodológico de *Delphi* para validação do plano formativo a ser implementado aos enfermeiros que participaram na etapa 1. Na terceira etapa, um estudo exploratório descritivo, qualitativo, através de dois grupos focais com 20 enfermeiros e um estudo quantitativo, descritivo- comparativo, com a aplicação dos instrumentos da etapa 1, a 99 pais/cuidadores.

Resultados: Na primeira etapa do estudo, após a aplicação do questionário (QABPBE-26) aos enfermeiros, os dados revelam que 70,6% refere a necessidade de aumentar os seus conhecimentos e formação relativamente à investigação. Os mesmos 70,6% referem ainda, a importância da existência de um mentor em PBE no serviço. Através dos grupos focais realizados, verificamos, que os enfermeiros acreditam que seja facilitador para a implementação da PBE, um ambiente promotor de PBE, o reconhecimento e incentivo organizacional e o comprometimento e apoio da chefia com o processo de implementação da evidência. Como barreiras os enfermeiros referem que a comunicação pouco assertiva, a inexperiência em investigação e a tradição devem ser considerados. O cuidado centrado

na família e criança e a parceria de cuidados, é apontado como um aspeto relevante na implementação desta prática. Na segunda etapa do estudo, os resultados mostram que os peritos consideram, que o plano formativo direcionado aos enfermeiros, deveria ser constituído por três módulos para todos os co investigadores e quatro módulos para os mentores. Estratégias de implementação da PBE, tais como os grupos de investigação, *journal club*, e parcerias com peritos da academia, foram implementadas. As notas de campo realizadas, permitiram agrupar as problemáticas identificadas pelos enfermeiros, em 7 áreas de investigação: dor em pediatria; risco clínico e qualidade; foco família; criança em risco/perigo, sistemas de informação em enfermagem; integridade da pele e comunicação em pediatria. Estas problemáticas vieram a constituir-se como as linhas de investigação prioritárias. Na etapa três do estudo, podemos salientar que aos resultados do ESCCE, apresentam melhorias significativas em todas as dimensões do questionário, salientando a satisfação global (etapa 1: M=160,7; etapa 3:M=183,3). Na perceção do suporte familiar (QPSF), também os resultados médios globais foram superiores, (etapa 1: M=37,6; etapa 3: M=54,4). Verificamos que a avaliação da implementação do KTA, na perspetiva dos enfermeiros, teve contributos para o seu contexto clínico, nomeadamente a nível da interação com a família, do empoderamento individual do enfermeiro e da equipa e de alterações nas dinâmicas do serviço. Descrevem também, que as suas competências em PBE foram modificadas, referindo mesmo que, melhoraram o pensamento critico-reflexivo, os conhecimentos na área da investigação, desenvolvimento de competências em comunicação, gestão de relações interpessoais e alteração na metodologia de trabalho. Avaliam esta experiência como tendo proporcionado satisfação pessoal e profissional, considerando que a sustentabilidade do modelo que foi implementado, será subsidiada pela componente estrutural e organizacional, que na sua perspetiva, está consolidada e garantida.

Conclusão: O modelo KTA, sendo um modelo desenhado para operacionalizar o conhecimento em ação, através do seu ciclo de ação e assente na produção/síntese de evidência, assume-se como um processo facilitador e promotor da implementação da PBE. Os enfermeiros percecionaram alterações muito significativas, após a sua implementação no contexto clínico, promovendo o desenvolvimento de competências individuais/equipa em PBE. Importa referir a importância direcionada às lideranças, na sustentação deste processo. Através da avaliação da perceção de suporte e satisfação dos pais/cuidadores com os cuidados de enfermagem prestados, verificamos que existiu uma melhoria significativa na satisfação e no suporte, entre o início (pré implementação) e o final deste estudo (pós implementação).

Palavras-chave: Prática baseada na evidência; Knowledge-to-action; Enfermagem pediátrica

ABSTRACT

Introduction: The relevance of the implementation of an Evidence-Based Practice (EBP) in nursing is interconnected with continuous improvement of the quality of care provided. The satisfaction of users and the empowerment and professional satisfaction of nurses have been gaining prominence and relevance also in this area. However, the feasibility of implementation, support and dissemination of this practice is conditioned to several factors that cannot be underestimated. Organizations have a preponderant role in this process, more particularly the leaderships. Thus, with this study we intend to implement a culture of EBP, using the *Knowledge-to-action Framework* (KTA) model in a hospital institution.

Methodology: The thesis is based on a three-stage action-research approach: Problem identification/situation diagnosis, Planning/Implementation, and evaluation/support. In stage 1 of the study, a descriptive study was carried out, using the instrument *Questionnaire of Attitudes and Barriers in relation to Evidence-Based Practice* (QABPBE-26) applied to 34 nurses from a pediatric service in the North of Portugal. A descriptive study, using the instruments *Citizen Satisfaction Questionnaire with Nursing Care for parents of Hospitalized Children* (ESCCE) and *Questionnaire of Perception of Family Support* (QPSF), applied to 88 parents/caregivers of children hospitalized in a pediatric service in the North of Portugal. A descriptive, qualitative exploratory study with a phenomenological approach was also carried out, through two focus groups, performed with nurses who participated in the completion of the QABPBE-26. In stage 2 of the study, a Delphi was performed to validate the training plan to be implemented for the nurses who participated in stage 1. In stage 3 a descriptive, qualitative exploratory study through two focus groups with 20 nurses (sample of participants of stage 1 and stage 2) and we applied the instruments of stage 1, the ESCCE and the FFQ to 99 parents/caregivers.

Results: In the first stage of the study, after the application of the questionnaire (QABPBE-26) to the nurses, the data reveal that 70.6% refer to the need to increase their knowledge and training regarding research. The same 70.6% also reported the importance of the existence of a mentor in EBP in the service. Through the focus groups conducted, we verified that the nurses believe that it is a facilitator for the implementation of EBP, an environment that promotes EBP, the recognition and organizational encouragement and the commitment and support of the leadership with the process of implementing the evidence. As barriers, nurses report that unassertive communication, inexperience in research and tradition should be considered. The care centered on the family and child is pointed out as a relevant aspect in the implementation of this practice, since the recurrent hospitalizations of some children and the previous literacy of the family, are points to be included. In the second stage of the study, referring to planning and implementation, the

results show that the experts consider that the training plan directed to nurses should consist of three modules for all co-investigators and four modules for mentors. EBP implementation strategies were implemented, such as research groups, *journal club*, and partnerships with experts from academia. The field notes made allowed grouping the problems identified by the nurses in 7 areas of investigation: Pain in pediatrics; Clinical risk and quality; Family focus; Children at risk/danger, Nursing information systems; Skin integrity and Communication in pediatrics. In stage three of the study, compared with stage 1, we can point out that the results of the satisfaction of parents/caregivers with nursing care (ESCCE) show significant improvements in all dimensions of the questionnaire, emphasizing overall satisfaction (step 1: M=160.7; step 3:M=183.3). In the perception of family support, the overall results were also higher (step 1: M=37.6; step 3: M=54.4). We verified that the evaluation of the implementation of the KTA, from the perspective of the nurses, had contributions to their clinical context, namely in terms of interaction with the family, individual empowerment of the nurse and the team and changes in the dynamics of the service. They also describe that their skills in EBP have been modified, even mentioning that they have improved critical-reflective thinking, knowledge in research, development of communication skills, management of interpersonal relationships and change in work methodology. They evaluate this experience as having provided personal and professional satisfaction, considering that the sustainability of the model that was implemented will be subsidized by the structural and organizational component, which in their perspective, is consolidated and guaranteed.

Conclusion: The KTA model, being a model designed to operationalize knowledge in action, through its action cycle and based on the production/synthesis of evidence, is assumed as a facilitator and promoter process of EBP implementation. The nurses perceived very significant changes after its implementation in the clinical context, promoting the development of individual/team skills in EBP. It is important to mention the importance directed to the leaders in sustaining this process. Through the evaluation of the perception of support and satisfaction of parents/caregivers with the nursing care provided, we verified that there was a significant improvement in satisfaction and support, between the beginning (pre-implementation) and the end of this study (post-implementation).

Keywords: Evidence-based practice; Knowledge-to-action; Pediatric nursing

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

APIH: Associação Portuguesa de Infecção Hospitalar

CCF: Cuidado Centrado na Família

COREQ: *Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research*

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

DP: Desvio Padrão

EBE: Enfermagem Baseada na Evidência

ESCCE: Escala de Satisfação do Cidadão face aos Cuidados de Enfermagem

IAP: Investigação Ação Participativa

ICN: International Council of Nursing

ICPHR: International Collaboration for Participatory Health Research

JB: Joanna Briggs Institute

KT: Knowledge-to-action framework

MBE: Medicina Baseada na Evidência

NICE: National Institute for Health and Care Excellence

OE: Ordem dos Enfermeiros

OMS: Organização Mundial de Saúde

PAPS: Pesquisa Ação Participativa em Saúde

PBE: Prática Baseada na Evidência

PICO: População; Intervenção; Comparação, Desfecho/Variáveis

PICOT: População; Intervenção; Comparação, Desfecho/Variáveis; Tipo de estudo

QABPBE-26: Questionário de Atitudes e Barreiras face à Prática Baseada na Evidência

QPSF: Questionário de Perceção do Suporte Familiar

RCTs: Randomized Controlled Trials

RNAO: Registered Nurses' Association of Ontario

SIGN: Scotland International Guidelines Network

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: PICO: Componentes de uma pergunta respondível e pesquisável.....	28
Figura 2. Pirâmide 6S de Haynes.....	29
Figura 3. Passos do Processo de PBE	32
Figura 4. Pressupostos da EBE	34
Figura 5. Modelo de Ambiente da PBE	36
Figura 6. Ciclo do conhecimento para a ação	42
Figura 7. Modelo de Parceria de Cuidados de Casey – Original	60
Figura 8. Tríade PBE e o Modelo de Parceria nos Cuidados	62
Figura 9. Desenho de estudo	71
Figura 10. Friso cronológico das etapas 1, 2 e 3.....	77
Figura 11. Categorias e subcategorias da percepção dos enfermeiros aos desafios da implementação da PBE	104
Figura 12. Sessões do plano formativo	145
Figura 13. Categorias e subcategorias das percepções dos enfermeiros sobre as alterações introduzidas no contexto após a implementação do Modelo KTA.....	196
Figura 14. Desenho de estudo	208
Figura 15. Síntese dos objetivos do estudo em função do KTA	210

LISTA DE QUADROS

Quadro 1. Caracterização dos modelos para utilização dos enfermeiros na sua prática hospitalar	40
Quadro 2. Fases da validação do programa formativo por método de Delphi	136
Quadro 3. Validação do plano formativo em três rondas.....	143

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Estratégias e envolvimento dos Stakeholders.....	46
Tabela 2. Exemplos de fatores facilitadores relacionados à evidência	48
Tabela 3. Uso do Conhecimento e Implementação de Boas Práticas.....	52
Tabela 4. Estudos onde o KTA foi parte integrante do projeto.....	57
Tabela 5. Descrição da amostra do Serviço de Pediatria	83
Tabela 6. Tabela de frequências absolutas e relativas dos itens do QABPBE-26.....	84
Tabela 7. Correlação entre variáveis sociodemográficas e itens do QABPBE-26.....	88
Tabela 8. Associação entre a variável idade e os itens do QABPBE-26.....	89
Tabela 9. Associação entre a Variável Tempo de Experiência Profissional e os itens do QABPBE-26.....	90
Tabela 10. Associação entre a Variável Tempo de Experiência Profissional no serviço e os itens do QABPBE-26.....	91
Tabela 11. Associação entre a Variável Género e os itens do QABPBE-26	91
Tabela 12. Associação entre a Variável estado civil e os itens do QABPBE-26.....	92
Tabela 13. Associação entre a Variável Habilitações profissionais – CPLEESIP e os itens do QABPBE-26.....	93
Tabela 14. Associação entre o cargo que ocupa e os itens do QABPBE-26	94
Tabela 15. Características sociodemográficas, dos enfermeiros que participaram no estudo no grupo focal.	103
Tabela 16. Descrição das categorias temáticas sobre análise das barreiras e facilitadores a implementação da PBE	107
Tabela 17. Descrição da amostra do estudo QPFS e ESCCE.....	118
Tabela 18. Descrição das frequências dos itens do estudo das Dimensões suporte Emocional e Cognitivo	120
Tabela 19. Estatística descritiva dos itens do instrumento QPFS	122
Tabela 20. Pontuação média global do instrumento(score) QPSF.....	123
Tabela 21. Valores de correlação entre as dimensões e as variáveis sociodemográficas	123
Tabela 22. Estatística descritiva dos itens do instrumento ESCCE.....	127
Tabela 23. Pontuação média global do instrumento(score) ESCCE	128
Tabela 24. Associação entre as dimensões da ESCCE e variáveis sociodemográficas	130
Tabela 25. Associação entre as dimensões do ESCCE e QPSF	131
Tabela 26. Variáveis sociodemográficas e de formação dos peritos que integraram o painel de Delphi.	137
Tabela 27. Planeamento do programa formativo	144

Tabela 28. Distribuição dos peritos e investigadores por área de investigação	148
Tabela 29. Distribuição dos Peritos, Mentores e Co investigadores por área de investigação.....	150
Tabela 30. Categorias e subcategorias das perceções dos enfermeiros sobre as alterações introduzidas no contexto após a implementação	169
Tabela 31. Descrição da amostra do estudo pré e pós intervenção.....	176
Tabela 32. Percepção de suporte das famílias (QPSF): Pré e Pós implementação.....	177
Tabela 33. Pontuação média global do instrumento(score) QPSF.....	178
Tabela 34. Comparação da estatística de frequências do ESCCE pré e pós intervenção	181
Tabela 35. Pontuação média global do instrumento(score) ESCCE na etapa 1 e 3	183
Tabela 36. Associação entre as dimensões do ESCCE e QPFS e as variáveis sociodemográficas	186
Tabela 37. Pontuações médias para os QPSF e ESCCE	187
Tabela 38. Emparelhamento das amostras da etapa 1 e etapa 3.....	188
Tabela 39. Efeito da intervenção da amostra (d de Cohen).....	188
Tabela 40. Caracterização sociodemográfica dos enfermeiros que participaram nesta fase (n=20)	195
Tabela 41. Descrição das categorias temáticas sobre análise da implementação do modelo KTA no contexto.....	198

ÍNDICE GERAL

INTRODUÇÃO	21
CAPÍTULO I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO	24
1. Prática Baseada na Evidência: conceitos centrais	25
2. Modelos de Implementação da Evidência na Prática	35
2.1. The Knowledge- to- Action Framework.....	41
3. Cuidados centrados na família em contexto pediátrico.....	58
3.1. Parceria de Cuidados.....	59
CAPÍTULO II – ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO	65
1. Formulação do Problema	66
2. Finalidade e Objetivos.....	67
3. Pesquisa Ação Participativa - abordagem metodológica do estudo.....	68
4. População e Amostra	72
5. Recolha de Dados.....	73
6. Considerações Éticas.....	74
CAPÍTULO III – UTILIZAÇÃO DO MODELO KNOWLEDGE-TO-ACTION FRAMEWORK PARA A IMPLEMENTAÇÃO DE UMA ENFERMAGEM BASEADA NA EVIDÊNCIA NOS CUIDADOS PRESTADOS À CRIANÇA E FAMÍLIA: RESULTADOS E DISCUSSÃO ..	76
1. Etapa 1: Diagnóstico de Situação e Identificação do Problema.....	78
1.1. Estudo 1 – Identificação das Atitudes e Barreiras dos Enfermeiros Face à Prática Baseada na Evidência: Estudo Descritivo Pré Intervenção	80
1.2. Estudo 2 – Perceção dos Enfermeiros acerca dos Facilitadores e Barreiras para a Implementação da Prática Baseada na Evidência em Contexto Hospitalar	101
1.3. Estudo 3 – Avaliação da Satisfação e Perceção do Suporte Familiar dos Pais das Crianças Internadas com os Cuidados de Enfermagem Prestados: Pré Intervenção....	114
2. Etapa 2: Planeamento e Implementação.....	133
2.1. Estudo 4 – Validação de um Programa Formativo para Enfermeiros em Prática Baseada na Evidência: Recurso ao Método de Delphi.....	135
2.2. Implementação do Programa Formativo.....	145
2.3. Estratégias de Implementação da PBE	147
2.3.1. Grupos de investigação: Criação do conhecimento.....	147
2.3.2. Divulgação Científica.....	163
2.3.3. <i>Journal Club</i>	165
2.3.4. Formação em Serviço	170
3. Etapa 3 - Avaliação e Sustentação dos Resultados	172
3.1. Estudo 5 – Avaliação da Satisfação e Perceção do Suporte Familiar dos Pais das Crianças Internadas com os Cuidados de Enfermagem Prestados: Pós Intervenção ...	173

3.2. Estudo 6 – Experiências e Percepções dos Enfermeiros após a Implementação do Modelo KTA: Influência no Contexto Clínico	193
3.3. Sustentabilidade do processo	201
SINTESE FINAL	207
CONCLUSÃO	218
REFERÊNCIAS	220
ANEXOS	241

Anexo I: Protocolo de Estudo Publicado na Public Library of Science (PLOS ONE)

Anexo II: Questionário de Atitudes e Barreiras em Relação à Prática Baseada na Evidência-26 itens

Anexo III: Questionário de Satisfação do Cidadão com os Cuidados de Enfermagem para Pais de Crianças Hospitalizadas

Anexo IV: Questionário de Percepção do Suporte Familiar

Anexo V: Autorização da Comissão de Ética para Realização do Estudo

Anexo VI: Autorização dos Autores das Escalas

Anexo VII: Implementation of Evidence-Based Practice in Paediatric Nursing Care: Facilitators and Barriers. Submetido à Sage Open Nursing, ID:SON-22-0378.

Anexo VIII: Consentimento Informado e Guião do Grupo de Discussão Focal - Etapa 1

Anexo IX: Matriz de Categorização e Análise do Grupo focal: Etapa 1

Anexo X: Etapas do Painel de Delphi

Anexo XI: Guião de Notas de Campo

Anexo XII: Consentimento Informado e Guião do Grupo de Discussão Focal - Etapa 3

Anexo XIII: Matriz de Categorização e Análise do Grupo Focal: Etapa 3

INTRODUÇÃO

O grau de complexidade e exigência existente nos contextos de prestação de cuidados de saúde tem vindo a aumentar, assim como, a necessidade de corresponder à melhoria contínua dos cuidados prestados. Neste sentido, é cada vez mais necessário que os enfermeiros sustentem a sua prática, na evidência, na adaptabilidade, flexibilidade e inovação, relativamente às problemáticas com que se venham a deparar. Numa perspetiva de cuidar centrada no cliente, família e comunidade, procura-se ir de encontro à crescente complexidade de cuidados, nunca esquecendo o foco nos projetos de saúde de cada cidadão e de forma a *"prevenir a doença e promover os processos de readaptação, procura-se a satisfação das necessidades humanas fundamentais e a máxima independência na realização das atividades da vida, a adaptação funcional aos défices e a adaptação a múltiplos fatores – frequentemente através de processos de aprendizagem do cliente"* (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2001, p.13).

A necessidade de desenvolvimento, evolução e melhoria contínua, exige do enfermeiro uma constante atualização e procura por novos conhecimentos, que promovam o seu desenvolvimento pessoal e profissional, a par da consolidação do seu saber e competências. Isto é fundamental para a tomada de decisão do enfermeiro, pois deve incorporar na sua prática os resultados provenientes da investigação, para desta forma garantir a excelência do exercício Profissional. De acordo com o Código Deontológico dos Enfermeiros, na alínea c do Artigo 88º (Decreto-Lei n.º 104/98 de 21 de abril), na *Excelência do Exercício Profissional*, o enfermeiro deve *"manter a atualização contínua dos seus conhecimentos (...), sem esquecer a formação permanente e aprofundada nas ciências humanas"*. Este Processo assente numa PBE constitui um pré-requisito para a excelência e a segurança dos cuidados, assim como para a otimização de resultados de enfermagem (OE, 2006).

Pensar em cuidados de saúde e enfermagem baseada na evidência (EBE) é um grande desafio, havendo diretrizes e políticas internacionais que recomendam a formação de líderes para o desenvolvimento e disseminação do conhecimento, com o objetivo de melhorar a prática de enfermagem (Reichembach & Pontes, 2018). Neste sentido, a EBE é apontada como um instrumento para a tomada de decisão, baseado na seleção e integração dos melhores resultados científicos e aplicados nas diferentes dimensões da prática dos enfermeiros. Em 2015 a Organização Mundial de Saúde (OMS) refere ainda, que a repercussão da prática da EBE reflete-se no impacto nos resultados clínicos, na redução dos eventos adversos, da mortalidade dos clientes e na taxa de demora média de internamento, consequentemente, na diminuição dos custos e melhoria do tempo de

espera no atendimento. Em conformidade com a EBE está o mandato social da profissão, onde especifica claramente que *“exercer a profissão com os adequados conhecimentos científicos e técnicos, com o respeito pela vida, pela dignidade humana e pela saúde e bem-estar da população, adotando todas as medidas que visem melhorar a qualidade dos cuidados e serviços de enfermagem”* (Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, 2015a, Artigo 97º, número 1, a), p. 78). Torna-se cada vez mais consensual que os enfermeiros, independentemente do contexto, devem deter um corpo de conhecimentos, habilidades, competências e capacidades que lhes permita identificar, analisar e utilizar os melhores resultados disponíveis, atendendo à maior robustez da evidência (Conselho Internacional de Enfermeiros, 2012). Porém, numa sociedade muito centrada no conhecimento, o grande desafio não reside na acessibilidade e disponibilidade de informação, mas sim em conseguir distinguir a qualidade da evidência e a sua aplicabilidade nos contextos de cuidados de saúde. Saber reconhecer evidências de qualidade e passíveis de aplicação prática em cada contexto, em oposição com estudos de duvidosa qualidade científica, cuja aplicabilidade não é de todo recomendada, é o espectável (DiCenso, Baley & Haynes, 2009).

Nos últimos anos, tem sido dado ênfase muito significativo ao cuidar do cliente, baseado na evidência científica, sendo que a PBE é cada vez mais falada no seio das equipas de enfermagem. Ao referirmos o conceito de EBE, importa abordar a experiência individual do enfermeiro e a sua perícia externa (Vilelas, 2017). A experiência individual do enfermeiro, refere-se às competências que detém e que se vão desenvolvendo e consolidando ao longo do tempo, através da experiência em contexto prático. A perícia externa está inerente à investigação prática relevante, nomeadamente aquela que é centrada no cliente. Se por um lado a experiência prática é desenvolvida com o tempo, por outro a perícia não o é. O enfermeiro para desenvolver as suas competências externas e uma PBE deve utilizar a investigação, tornando-se mesmo fundamental que o faça. Pode-se então dizer que para apoiar a tomada de decisão o enfermeiro tem de considerar a investigação, os seus resultados e aplicá-los. Quando implementada num contexto organizacional de suporte, poderá significar atingir-se elevados níveis de qualidade nos cuidados e ganhos para os clientes (Jylhä, Oikarainen, Perälä & Holopainen, 2017). Há autores que consideram que educação é um fator preditor do desenvolvimento das competências de PBE reportadas pelos enfermeiros (Melnik et al., 2018). Outros autores consideram que a formação académica, especialmente a pós-graduada, está associada a uma atitude favorável face à PBE e à incorporação dos resultados da investigação na prática clínica (Warren et al., 2016).

Tem sido realizada investigação relevante nesta área, onde são destacadas barreiras e dificuldades para o exercício desta competência na prática clínica. Autores reconhecem que a translação da evidência para a prática fica aquém do desejável e que os enfermeiros apesar de demonstrarem ter uma atitude favorável e positiva relativamente à PBE, manifestam ter necessidade de aprofundar os conhecimentos teóricos e as suas habilidades para implementar e incorporar esta prática na clínica (Mohsen, Safaan, & Okby, 2016). Esta tese visa responder à pergunta: *Quais os contributos da utilização do Knowledge-to-Action Framework para a implementação da enfermagem baseada na evidência nos cuidados prestados à criança e família?*

Nesta linha de pensamento, iniciamos este percurso centrado na Implementação da PBE, nos cuidados prestados à criança e família, sendo o resultado de um percurso de Investigação- Ação Participativa (IAP), desenvolvido num serviço de pediatria.

Processo alicerçado em três etapas: Diagnóstico de situação e identificação do problema; planeamento e implementação; avaliação e sustentação. Após a etapa 1 do estudo, foi possível perceber as barreiras e facilitadores existentes à implementação da PBE, na perspetiva dos enfermeiros e qual o nível de satisfação dos pais/cuidadores das crianças internadas, no serviço de internamento onde o estudo foi realizado. Os dados resultantes desta etapa, subsidiaram o planeamento e implementação do modelo KTA, com a criação de enfermeiros mentores e enfermeiros co investigadores em PBE. Na terceira etapa do estudo foi realizada uma avaliação da implementação do KTA e enumeradas as estratégias existentes que permitiram a sustentabilidade da PBE no contexto clínico. O trabalho de campo decorreu entre maio de 2019 e março de 2023.

A tese encontra-se organizada em três capítulos: I - Enquadramento teórico; II- Enquadramento metodológico; III- Utilização do modelo knowledge-to-action Framework para a implementação de uma enfermagem baseada na evidência nos cuidados prestados à criança e família: resultados e discussão. No enquadramento teórico iremos abordar os conceitos centrais da PBE, modelos de implementação da evidência na prática, com enfoque no KTA e os Cuidados centrados na família. Relativamente ao enquadramento metodológico, serão explicitados: a formulação do problema, finalidade e objetivos, pesquisa ação participativa em saúde, população e amostra. Recolha de dados e considerações éticas. No Capítulo III, estará explanado todos os estudos realizados, bem como os seus principais resultados e conclusões. Terminamos com uma síntese final e conclusão.

CAPÍTULO I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Este capítulo está centrado na descrição e sistematização dos construtos teóricos mais relevantes, que emergiram da revisão da literatura e se revelaram ser um contributo para a sustentação teórica, em cada uma das fases que compõem o estudo. A revisão da literatura, justifica a importância da investigação e cria distinções entre os estudos passados e o estudo proposto; este novo estudo precisa acrescentar algo à literatura ou ampliar o que já existe (Creswell, 2007). Assim, permitiu nortear a investigação e a interpretação dos resultados que foram emergindo da pesquisa, posicionou-os de forma a facilitar o processo de identificação, planeamento, implementação de mudanças e construção de um discurso explicativo acerca do fenómeno em estudo. Desta forma, inicialmente abordamos a síntese dos conceitos centrais do estudo, com foco nos modelos de implementação da evidencia, barreiras e facilitadores do processo. Terminamos esta introdução com o Modelo de Parceria nos Cuidados pediátricos.

1. Prática Baseada na Evidência: conceitos centrais

Se retrocedermos a 1996, o Professor Sackett e colaboradores referem que a Medicina Baseada na Evidência (MBE) é o construto teórico, com origens filosóficas que remontam a meados do século XIX em Paris, da qual emergiu a PBE. Na altura, os Centros britânicos para PBE foram planeados em áreas como, a medicina adulta, saúde infantil, cirurgia, patologia, farmacoterapia, enfermagem, clínica geral e odontologia. A colaboração Cochrane e o Centro Britânico de Revisão e Disseminação em York forneceram revisões sistemáticas dos efeitos dos cuidados de saúde.

O entusiasmo do momento foi misturado com alguma reação negativa (Grahame-Smith, 1995), face às críticas, que variavam desde a associação da medicina baseada na evidência (MBE) a uma abordagem antiga, a ser considerada uma inovação perigosa, perpetrada por arrogantes para servir a redução cega dos custos e suprimir a liberdade clínica. (Ellis, Mulligan, Rowe & Sackett, 1995).

O certo é que para os autores, o perigo estava precisamente, na integração da expertise clínica individual com a melhor evidência externa, referindo que a expertise referida, é a proficiência e o julgamento que cada profissional a nível individual adquire, através da experiência e da prática clínica. Quanto às evidências externas, estas reportam-se à investigação clínica relevante, sobretudo centrada na investigação aplicada à prática, com foco no paciente. Nesse contexto, sem esta expertise clínica, evidenciam-se os riscos da prática servir as evidências (produto final), pois mesmo considerando evidências externas robustas, estas poderão ser inadequadas numa determinada situação específica. Por outro lado, sem recorrermos à melhor evidência disponível, incorremos no risco de manter práticas desatualizadas, com os inerentes prejuízos para o cidadão (Sackett, Rosenberg, Gray, Haynes & Richardson, 1996).

Entretanto surge em novembro de 1997, a Revista *Evidence-Based Nursing*, editada sob a “alçada” do *British Medical Journal*, com o intuito de encorajar os enfermeiros à utilização das evidências na prática, bem como a publicar artigos da recente *Evidence-Based Nursing Conference*, que tinha decorrido em Londres (DiCenso, Cullum & Ciliska, 1998). Feito que se veio a revelar importante, pois clarificou que os enfermeiros, em contexto de PBE, devem decidir se estão perante evidências relevantes para o cidadão. Perante isto, quem achou que a EBE, não iria passar de uma mera “revista”, equivocou-se.

Mais recentemente, em 2020, a OMS, publicou um documento com o título “*European strategic directions for strengthening nursing and midwifery towards Health 2020 goals*”, que salienta a importância da promoção de práticas baseadas na evidência e na inovação, definindo como prioridade que os cuidados de saúde devem ser prestados usando a melhor

evidência disponível para a tomada de decisão, sendo este um fator importante para a promoção da eficácia dos serviços de saúde. Para a OMS a PBE é preocupação de todos os enfermeiros e deve ser possibilitada através do ensino, da investigação, da liderança e do acesso a fontes de evidência. Para isto, é necessário o empenho de todos os países, de forma a permitir que enfermeiro desenvolva práticas baseadas na evidência ao desempenhar as suas funções clínicas (WHO, 2020).

O número de estudos já existentes, e que procuram descrever os benefícios de uma PBE na tomada de decisão nos sistemas de saúde é vasta. Este, é um fenómeno complexo o que torna difícil provar relações causais diretas, entre a PBE e os ganhos em saúde. Esta prática, no entanto, tem o potencial de melhorar a qualidade dos cuidados e produzir benefícios para os utentes, enfermeiros e o sistema de saúde. É imperativo que os países da Região Europeia da OMS considerem os benefícios desta prática, e se concentrem na melhoria contínua na qualidade do atendimento (WHO, 2020). Quando apoiado em estudos, a evidência mostra-nos que nem sempre os enfermeiros procuram a evidência científica para obter informações relativamente à prática, muitos não detêm conhecimentos acerca da pesquisa em bases de dados, e consideravam ainda que “ocasionalmente” aplicavam novos conhecimentos na prática. Para estes resultados, desanimadores, os enfermeiros apontavam como “culpado” as barreiras existentes (Pravikoff, Pierce & Tanner, 2005).

Em consonância com as recomendações da OMS, relativamente à PBE e, no que diz respeito à profissão de enfermagem, várias associações e grupos de trabalho, já desenvolveram e continuam a desenvolver diretrizes reconhecidas nesta área, nomeadamente a Registered Nursing Association in Ontário (RNAO), concentrando o seu trabalho na procura das melhores evidências para a prática dos enfermeiros. A Guideline International Network engloba a maioria destes grupos de trabalho, onde se destaca: o Instituto Joanna Briggs (JBI), a Rede de diretrizes Internacionais da Escócia (SIGN) e o Instituto de Saúde e Excelência Clínica (NICE). Embora muitos destes grupos estejam direccionados para o tratamento de questões clínicas, relevantes para os enfermeiros e assentes numa perspetiva interprofissional, a RNAO é uma das poucas organizações no mundo que desenvolve diretrizes específicas apenas para estes profissionais. As diretrizes da RNAO incluem recomendações práticas adaptadas especificamente às intervenções de enfermagem sempre baseadas na evidência científica. Além disso a RNAO mantém o seu foco na implementação e avaliação constante de diretrizes (RNAO, 2012). Também o International Council of Nurses (ICN) (2006) refere que de acordo com o seu código de ética, os enfermeiros devem atender ao desenvolvimento dos cuidados de enfermagem, apoiando-os e fundamentando-os nos resultados produzidos pela investigação. A prática

de enfermagem baseia-se assim, num corpo de intervenção, que segue a sua orientação instrumental e base disciplinar, assente no conhecimento científico (Kim, 2010). Assim, pode ser vista como uma abordagem para a solução dos problemas da prestação de cuidados de saúde. A implementação desta abordagem na prática clínica é um processo que inclui sete passos críticos (Melnyk & Fineout-Overholt, 2005):

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

A investigação clínica deve ser cultivada em ambiente de trabalho e relativamente à formulação da questão clínica, a que nos referimos no passo 1, esta deve ter uma forma estruturada e específica, como a formatação PICOT. O Enfermeiro deve encontrar a evidência certa para responder a essas questões e diminuir a incerteza. Esta abordagem de colocação de questões clínicas facilita uma pesquisa bem construída. Schardt e colaboradores, identificaram que o uso de modelos PICO melhorou as habilidades dos profissionais de saúde para pesquisar em bases de dados, evidência para dar resposta a questões da prática (Schardt, Adams, Owens, Keitz, & Fontelo, 2007). Questões focalizadas em primeiro plano, são essenciais para encontrar rigorosamente a evidência certa e para lhe dar resposta. As perguntas em primeiro plano devem ser colocadas usando o formato PICO (Figura1.).

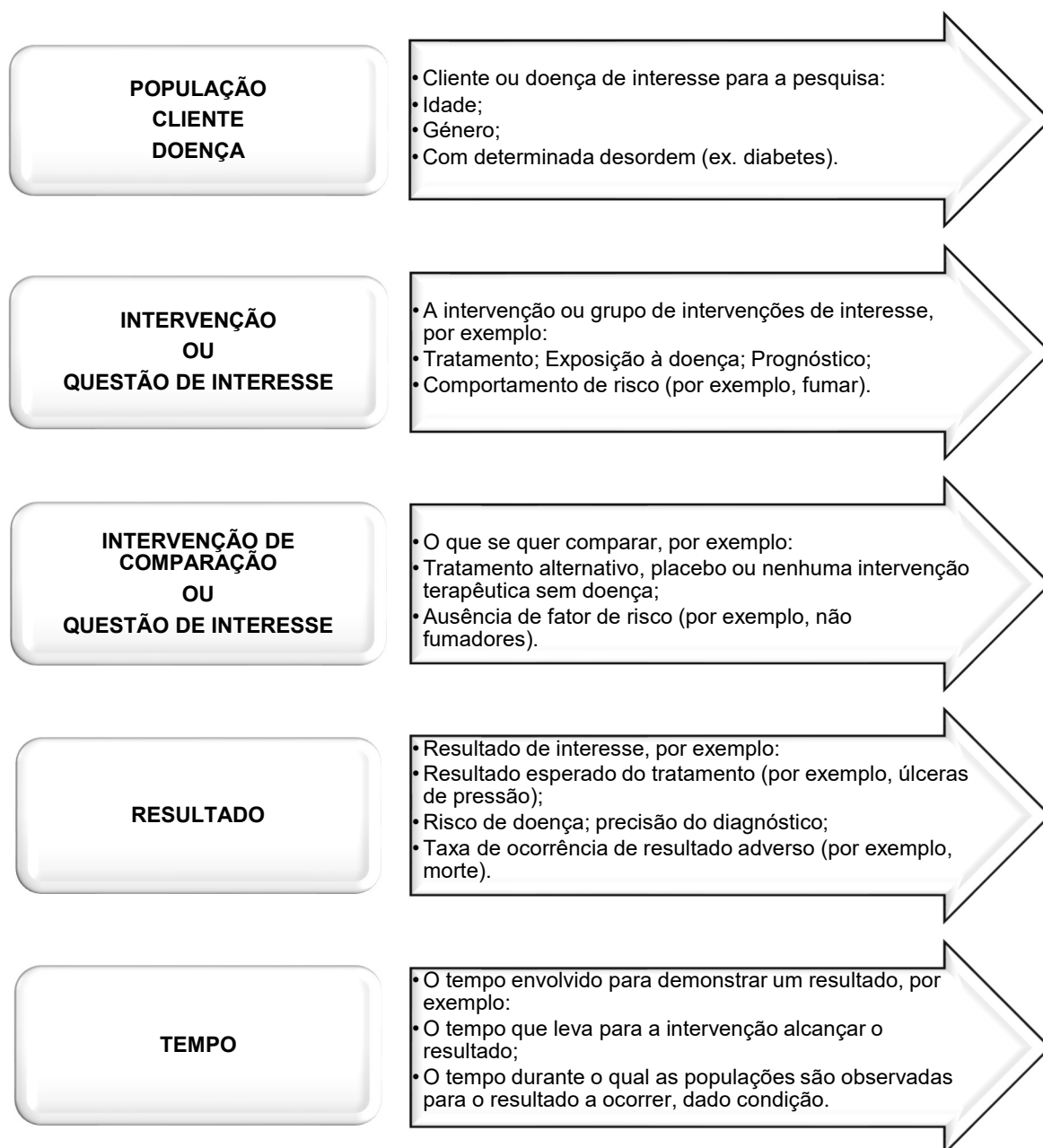


Figura 1: PICO: Componentes de uma pergunta respondível e pesquisável

Adaptado de Melnyk & Fineout-Overholt (2017)

O primeiro e mais antigo princípio da MBE indicou que existe uma hierarquia de evidências. Nem todas as evidências são as mesmas e, este princípio tornou-se particularmente conhecido no início dos anos 90, quando os profissionais de saúde começaram a avaliar e aplicar a evidência à sua prática. Desde que a evidência foi descrita como estando organizada numa hierarquia, que surgiu a ideia da pirâmide da evidência (Paul & Leibovici, 2014). Várias versões da pirâmide de evidências foram descritas, mas em comum todas se focam numa organização semelhante. Os projetos de estudo estão na base inferior (ciência básica), seguido por estudos de caso-controle e coorte, no meio os ensaios

clínicos randomizados (RCTs) e no topo, revisões sistemáticas e metanálises. Esta descrição é intuitiva, mas correta em muitas instâncias (Guyatt , Agoritsas, Vandvik, Neumann, Rochweg, Jaeschke, Hayward, & McKibbon, 2015).

É precisamente no topo da pirâmide, na colocação de revisões sistemáticas, que tem sido alvo de várias alterações nas interpretações, mas ainda era considerado um item na hierarquia. Sendo que, na maioria das versões da pirâmide, estava representado uma hierarquia de validade interna (risco de viés). Algumas versões incorporaram validade externa (aplicabilidade) na pirâmide, pois colocam ensaios acima dos RCTs (porque os resultados são mais aplicáveis a pacientes individuais) ou separando validade interna e externa (Murad, Asi, Alsawas & Alahdab, 2016).

Investigadores do Michener Institute, organizaram numa pirâmide os recursos para a PBE: Pirâmide 6S (Figura 2.). Esta é organizada numa hierarquia, com os diferentes níveis delineados e codificados por cores, onde através dos principais conceitos da PBE se encontram os respetivos recursos para desenvolver as habilidades em PBE. Através dos conceitos identificados numa questão PICO(T), encontramos termos de pesquisa apropriados, lembrando: a) capacidade de uma evidência para orientar a ação clínica aumenta à medida que subimos na pirâmide e b) os tópicos tornam-se mais específicos à medida que descemos na pirâmide (Richardson, 2022).

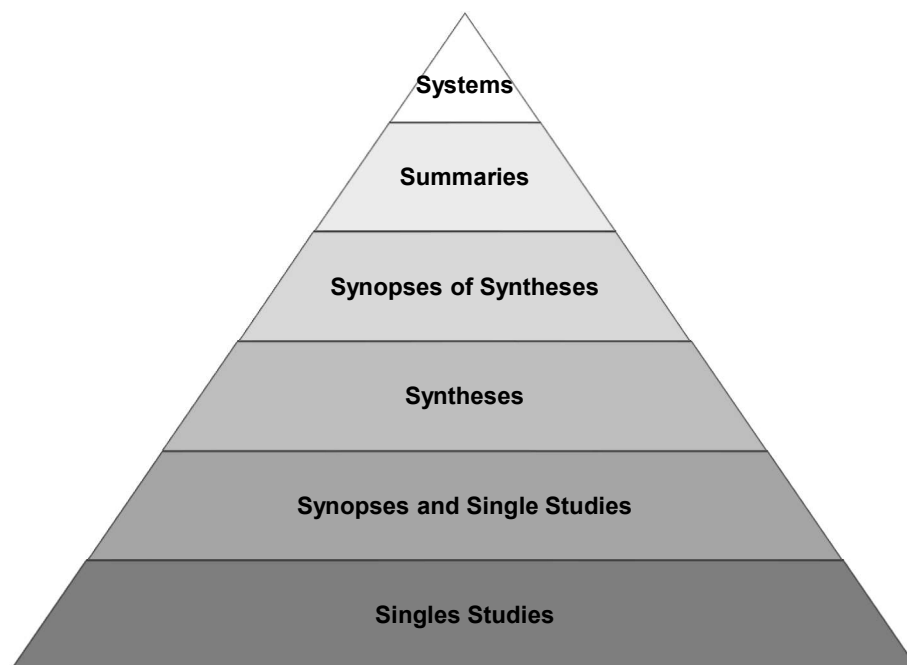


Figura 2. Pirâmide 6S de Haynes

Adapted from DiCenso, Bayley and Haynes, 2009, p.100

No topo desta hierarquia temos os Sistemas (Systems), que integrando informações dos níveis mais baixos da hierarquia, com registros individuais de clientes, representam a fonte ideal de evidências para a tomada de decisões. Os Resumos (Summaries) são diretrizes clínicas regularmente atualizadas, ou livros-texto que integram informações baseadas em evidências sobre problemas clínicos específicos. As Sinopses de Sínteses (Synopsises of Syntheses) resumem as informações encontradas em revisões sistemáticas. Ao tirar conclusões de evidências em níveis mais baixos da pirâmide, essas sinopses geralmente fornecem informações suficientes para apoiar a ação clínica. As sínteses (Syntheses) comumente chamadas de revisão sistemática, são um resumo abrangente de todas as evidências em torno de uma questão de pesquisa específica. As Sinopses de estudos individuais (Synopsises and Single Studies) resumem evidências de estudos de alta qualidade. Os Estudos (Singles Studies) representam pesquisas únicas conduzidas para responder a questões clínicas específicas (DiCenso, Bayley and Haynes 2009).

A força e ao mesmo tempo o desafio da *internet*, prende-se com enorme quantidade de informação disponível e que continua em crescimento exponencial. A aptidão para pesquisar e filtrar informação de forma eficiente e consumindo pouco tempo, representa uma parte crítica importante da prática, podendo ser frustrante e demorada, a menos que se saiba utilizar os recursos e definir estratégias de pesquisa. O primeiro passo para uma pesquisa eficaz, deve ser a escolha do recurso certo para a o tipo de estudo que se pretende desenvolver.

As respostas às questões clínicas podem então, ser encontradas numa variedade de recursos, variando entre os dados encontrados na prática (ou seja, evidências internas) e os artigos de pesquisa (isto é, evidência externa). A transição da evidência para o formato eletrónico tem sido fundamental para o surgimento de novos recursos de evidências externas para apoiar a tomada de decisão clínica no contexto prático. Esses recursos contêm resumos de tópicos clínicos oportunos, sendo projetados para fornecer informações básicas e a melhor evidência externa disponível para melhorar o atendimento ao cliente. Ao combinar as evidências com os dados do cliente, o sistema de suporte clínico auxilia os enfermeiros a seguirem intervenções baseadas em evidências para esse cliente.

Atualmente, existem poucos desses sistemas de suporte à decisão em uso, e aqueles que existem nem sempre são completamente baseados em evidências atuais (Haynes, Prorok, Iserman, & Wilzynski, 2013). É importante explorar e avaliar todos os passos do processo de PBE, pois é essencial determinar se a mudança baseada em evidências resultou no esperado quando implementada em contexto real. A medição dos resultados esperados é importante para determinar e documentar o impacto da mudança da PBE, na qualidade dos cuidados de enfermagem e/ou os resultados obtidos no cliente. Se uma mudança na

PBE não traduzir os mesmos resultados demonstrados nas pesquisas que rigorosamente foram realizadas, os enfermeiros devem questionar-se se a intervenção/cuidado foi implementada, exatamente da mesma forma que no estudo e se os clientes e o ambiente clínico eram semelhantes ao dos estudos (Melnik & Fineout-Overholt, 2015). Na Figura 3 abordamos os passos do processo de PBE que leva a cuidados de saúde de alta qualidade e melhores resultados aos clientes.

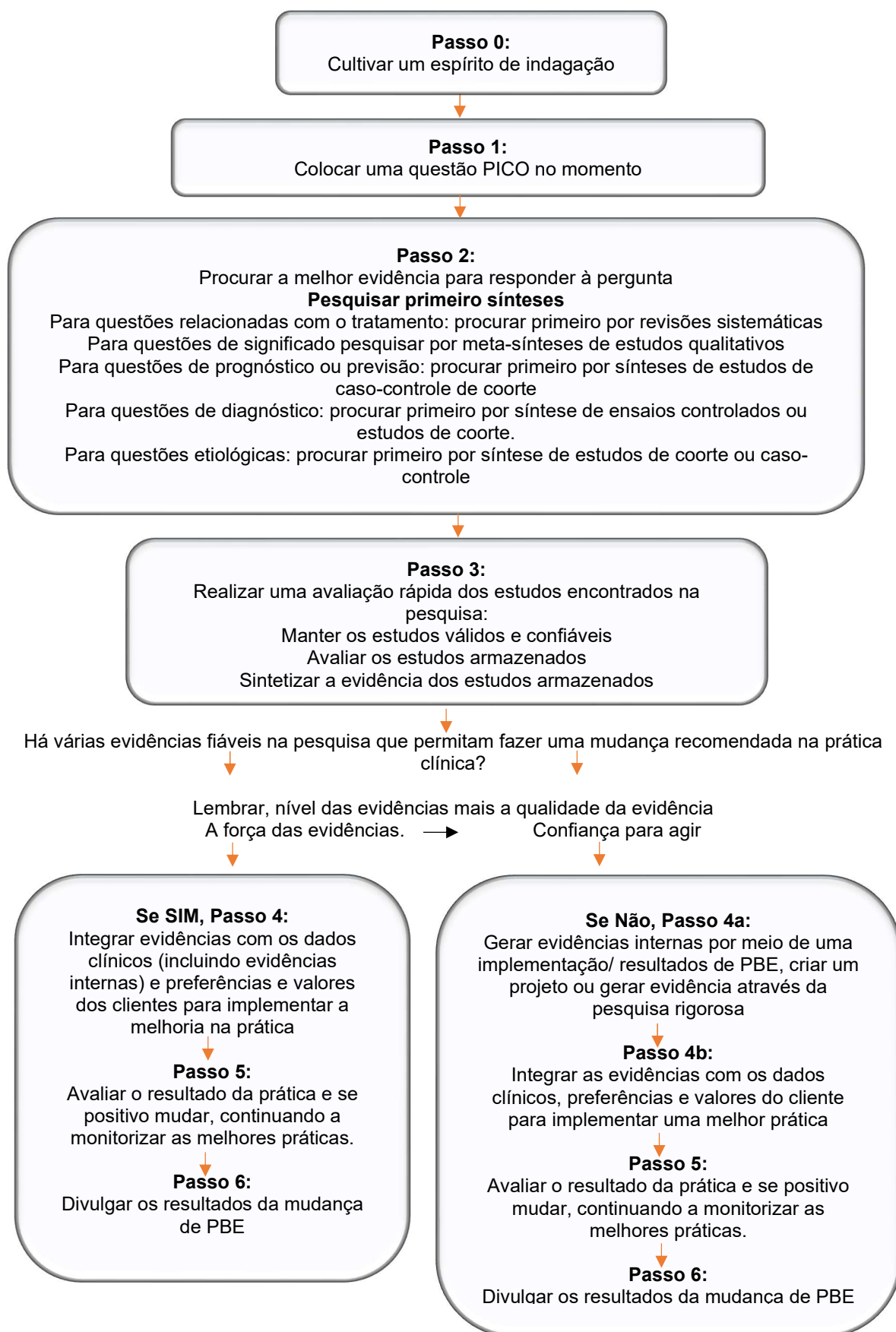


Figura 3. Passos do Processo de PBE

Adaptado Melnyk & Fineout-Overholt, 2009

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

Traduzir o conhecimento em ação nos cuidados de enfermagem é um processo complexo, dinâmico e em constante evolução, no entanto quando este processo é realizado com sucesso são claros os ganhos em saúde. Cientes destes ganhos, tanto as instituições de saúde como as escolas de enfermagem vêm desenvolvendo estudos e pesquisas que pretendem objetivar e testar modelos assistenciais, nos quais o enfermeiro se torna o centro do processo, pois é este que observa, avalia, questiona, comunica e implementa novos conhecimentos na prática. As pesquisas científicas especificamente na área da enfermagem têm vindo a crescer substancialmente, especialmente no que diz respeito às pesquisas clínicas, com métodos bem definidos e com forte grau de evidência, a fim de sustentar e subsidiar a enfermagem baseada na evidência (EBE). A principal razão para a constante implementação da EBE é porque ela eleva os cuidados de enfermagem ao nível de excelência, o que leva a melhores resultados para o cliente. Além destas razões, reduz os custos de saúde e da variação na prestação de cuidados de enfermagem, tornando-os mais uniformes. Os resultados de alguns estudos, indicam que os enfermeiros relatam sentir-se mais capacitados e satisfeitos nos cuidados de enfermagem que prestam quando envolvidos numa EBE (Danski, Oliveira, Pedrolo, Lind & Johann, 2017).

Com indicadores recentes de “esgotamentos” entre profissionais de saúde, juntamente com a pressão que é exercida sobre os enfermeiros para oferecerem cuidados de enfermagem seguros e de alta qualidade, a par de uma enorme sobrecarga de trabalho, o uso da EBE pode tornar-se essencial não apenas para o cuidado do cliente e a gestão de recursos, mas também para reduzir a taxa de rotatividade que se verifica cada vez mais crescente nas profissões de saúde. Os pressupostos da EBE e sua decisão clínica são: discernimento e especialização do enfermeiro; evidência de pesquisa válida e relevante; preferências do cliente; e recursos disponíveis. A EBE é um movimento que vem crescendo

nos últimos anos, levando mesmo à criação de entidades e revistas especializadas, tais como a Evidence-Based Nursing (Danski et al, 2017) (Figura 4.).



Figura 4. Pressupostos da EBE
Adaptado de Danski et al., 2017

A Ordem dos Enfermeiros, como entidade reguladora da profissão, elaborou vários documentos que regulamentam as competências dos enfermeiros em Portugal, nomeadamente as competências transversais e comuns dos enfermeiros de cuidados gerais e especialistas. O Regulamento nº 140/2019 publicado no Diário da República, 2ª série – Nº26 – 6 de fevereiro de 2019 regula as Competências Comuns dos Enfermeiros Especialistas. Neste sentido, o enfermeiro especialista é aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para a prestação de cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem.

As Competências Comuns do Enfermeiro Especialista envolvem as dimensões da educação dos clientes e seus pares, de orientação, aconselhamento, liderança, incluindo responsabilidade de descodificar, disseminar e levar a cabo a investigação relevante e pertinente, que permita avançar e melhorar de forma contínua a prática de enfermagem (Ordem dos Enfermeiros, 2019). No Artigo 4º do Capítulo II do regulamento referido, encontra-se descrito que dos Domínios das Competências Comuns de Enfermeiro Especialista fazem parte:

1. Responsabilidade profissional, ética e legal (A);
2. Melhoria contínua da qualidade (B);
3. Gestão dos cuidados (C);

4. Desenvolvimento das aprendizagens profissionais (D).

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

- i. Atuar como dinamizador e gestor da incorporação do novo conhecimento no contexto da prática de cuidados, visando ganhos em saúde dos clientes;
- ii. Identificar lacunas do conhecimento e oportunidades relevantes de investigação;
- iii. Investigar e colaborar em estudos de investigação;
- iv. Interpretar, organizar e divulgar resultados que advém da evidência e que contribuam para o desenvolvimento da enfermagem;
- v. Discutir as implicações da investigação;
- vi. Contribuir para o conhecimento novo e para o desenvolvimento da prática clínica especializada.

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

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

2. Modelos de Implementação da Evidência na Prática

Não é suficiente ter conhecimento das melhores evidências para orientar a prática clínica. Esse conhecimento deve ser traduzido na prática para melhorar o atendimento e os resultados do paciente. (Hockenberry, Wilson & Barrera, 2006). Iremos procurar descrever conceitos essenciais para o desenvolvimento de um ambiente que promove uma cultura de PBE e estratégias-chave para a sua implementação ser bem-sucedida em ambientes clínicos, tais como modelos de implementação.

O modelo de ambiente da PBE, foi construído no sentido de criar um ambiente facilitador de prática baseado em evidências, tal como podemos observar na Figura 5. (Hockenberry, Walden, Brown, & Barrera, 2007).

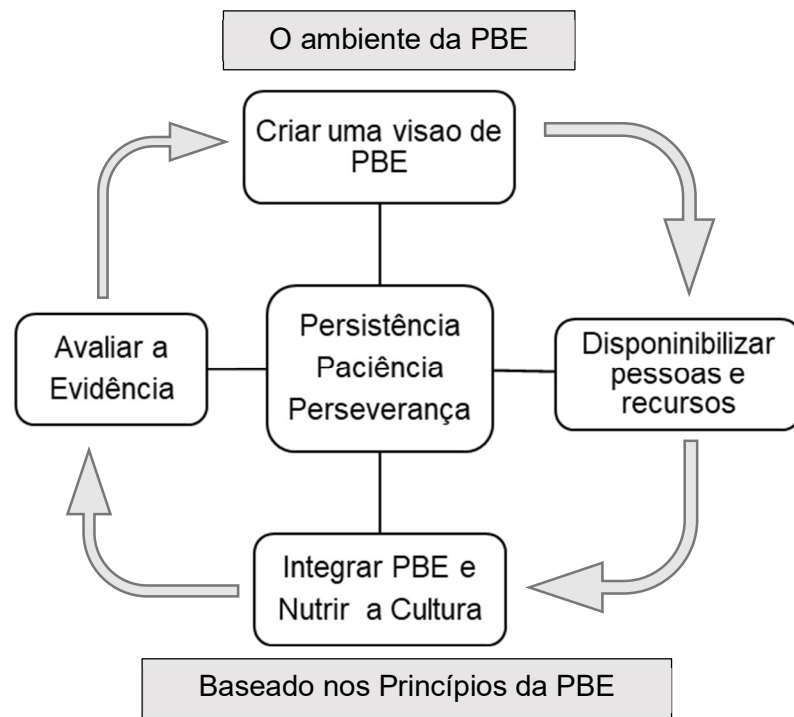


Figura 5. Modelo de Ambiente da PBE

Fonte: Melnyk & Fineout-Overholt, 2017

Este modelo incentiva a transformação de uma cultura de enfermagem num ambiente promotor do desempenho superior por meio da PBE. A qualidade e divulgação das melhores práticas de enfermagem, só são atingíveis através da busca de um ambiente de PBE (Hockenberry, et al, 2007). Há um crescente reconhecimento de que os esforços para mudar a prática devem ser guiados por modelos (Graham, Tetroe & the KT Theories Research Group, 2007). Numerosos modelos foram projetados para ajudar os profissionais de saúde a implementar uma mudança baseada em evidências na prática. Graham et al. (2007), realizaram uma revisão bibliográfica dos muitos modelos de PBE existentes e identificaram aspetos comuns em termos de etapas ou fases. Estes incluem o seguinte:

- i. Identificar um problema que precisa ser estudado;
- ii. Identificar as partes interessadas ou os agentes de mudança – o que fará a mudança na prática acontecer;

- iii. Identificar uma mudança prática que se mostrou eficaz através de pesquisa de alta qualidade projetada para resolver o problema;
- iv. Identificar e, se possível, abordar as potenciais barreiras à mudança de prática;
- v. Utilizar estratégias eficazes para disseminar informações sobre a mudança de prática para aqueles que a implementam;
- vi. Implementar a mudança de prática;
- vii. Avaliar o impacto da mudança de prática na estrutura, processo e medidas de resultado;
- viii. Identificar atividades que ajudem a sustentar a mudança na prática.

Comum a todos esses modelos é o reconhecimento da necessidade de uma abordagem sistemática para a prática da mudança. Muitos incluem etapas comuns, como: a identificação de agentes de mudança para conduzir mudança organizacional; a identificação de problemas; envolvimento das partes interessadas na mudança prática, procura abrangente da literatura para encontrar evidências de alta qualidade para a mudança de prática; a atenção às potenciais barreiras organizacionais para a prática de mudança; o uso de estratégias eficazes para disseminar informações sobre a mudança de prática para aqueles que a implementam e avaliação do impacto da mudança de prática. Mais pesquisas são necessárias para confirmar as vantagens do uso de modelos específicos (Graham et al., 2007). Uma vez implementada a mudança de PBE, a sustentabilidade da mudança pode ser um desafio.

Em 2006 alguns investigadores, recolheram dados de 37 organizações que tinham implementado na enfermagem diretrizes práticas e constataram que após três anos, 59% das organizações mantiveram a implementação dessas diretrizes. A maioria das organizações que apoiavam a implementação destas diretrizes também expandiu o seu uso implementando-as em outros serviços, envolvendo mais parceiros, incentivando o envolvimento multidisciplinar e integrando as diretrizes com outras iniciativas de melhoria da qualidade. Um elemento importante para garantir a sustentabilidade é uma cultura organizacional que apoia a PBE. Mudar a prática de enfermagem para ser mais informada em evidências é um processo dinâmico, de longo prazo e iterativo (Rodrigues, Pereira & Martins, 2023). No quadro 1 expomos modelos com ênfase na abordagem organizacional como predominante, para apoiar as pesquisas em contexto de prática clínica hospitalar (Camargo, Iwamoto, Galvão, Monteiro, Goulart & Garcia, 2017), estando eles organizados por ordem cronológica.

Modelo/Ano	Síntese das etapas
Stetler Model of Research Utilization 1976	Estabelecer propósitos para a revisão da literatura; avaliar criteriosamente as pesquisas encontradas; avaliar de forma comparativa os resultados dos estudos com a prática clínica; decidir (usar, esperar para usar, rejeitar ou não usar); detalhar, justificar e avaliar formalmente (Stetler, 1976).
Conduct and Utilization of Research in Nursing (CURN) 1978	Questionar mudanças na prática de Enfermagem; definir e avaliar um problema dos cuidados; procurar soluções; selecionar uma potencial solução; testar a solução proposta; avaliar a satisfação ou insatisfação com a solução e se necessário repetir (Horsley, Crane & Bingle, 1978).
Quality Assurance Model Using Research (QAMUR) 1987	Questionar ou identificar problemas; procurar soluções, rever e avaliar a literatura; planejar a mudança; implementar a inovação (protocolos, procedimentos e políticas); avaliar os resultados; formular protocolos (Leshe, Whiteman, Freichels & Percy, 1994).
Iowa Model 1994	Identificar problemas práticos e formular questões de pesquisa; determinar os problemas prioritários para o contexto; identificar termos para pesquisa de evidências, analisar criticamente e realizar a síntese da evidência; determinar se a evidência é suficiente e providenciar as mudanças adequadas à mesma, conduzir um estudo piloto para a mudança da prática; avaliar os resultados do estudo, disseminar os resultados e implementar a mudança (Titler, Kleiber, Steelman, Rakel Budreau et al, 2001)
Promoting Action on Research Implementation in Health Services Framework (PARIHS) 1998	Procurar evidências provenientes de pesquisas científicas, experiência clínica, experiência dos clientes, e de dados e relatórios da instituição; adotar a inovação de forma a influenciar a cultura organizacional com o apoio das lideranças; incorporar pessoas da organização cujos conhecimentos e habilidades possam apoiar a mudança das práticas de acordo com as evidências (Ricroft-Malone, 2004).
Ottawa Model of Research Use (OMRU) 1999	Identificar pessoas importantes para o processo de mudança e os recursos necessários; especificar a mudança/inovação que se pretende implementar; avaliar a inovação: perceber barreiras e facilitadores à implementação; selecionar estratégias sensibilizadoras do valor da inovação, avaliar a adoção da inovação, difundir até chegar aos cuidados; avaliar o impacto e divulgar os resultados (Kitson, Harvey, McCormack, 1998).
The Rosswurm and Larrabee Model	Identificar a necessidade de mudança da prática; aproximar o problema com indicadores de resultados; sumarizar a melhor evidência científica (revisão sistemática) considerando viabilidade, benefícios e riscos para

1999	sua implementação; elaborar um plano para a mudança da prática; implementar e avaliar a mudança; integrar e sustentar a mudança da prática (comunicar os resultados para as lideranças estratégicas); monitorizar a implementação (avaliar o processo e os resultados (Rosswurm & Larrabee, 1999)
Advancing Research and Clinical Practice Through Close Collaboration (ARCC) 1999	Compreender a cultura organizacional e sua disponibilidade para a mudança; identificar forças e barreiras para a implementação da PBE na organização; identificar os profissionais especializados na organização para colaborar na implementação da PBE junto das equipes; implementar as evidências na prática e avaliar os resultados (Melnik, Fineout-Overholt, Gallagher Lynn & Stillwell, 2011).
Academic Center for EvidenceBased Practice (ACE) 2004	Procurar um novo conhecimento por meio de pesquisas realizadas; realizar rigorosa revisão de múltiplos estudos primários para formular novo conhecimento; elaborar documento ou guia para a translação da evidência para a prática; integrar a evidência na prática influenciando mudanças nas pessoas e na organização; avaliar o impacto da mudança da prática e seu incremento na qualidade do cuidado prestado (Stevens, 2004).
Johns Hopkins Nursing Evidence-based Practice Model (JHNEBP) 2007	Identificar uma questão da prática, formular a questão de pesquisa utilizando termos apropriados à procura de evidências; pesquisar, avaliar criticamente, sumarizar e classificar os níveis de evidências; utilizar evidências “não científicas” (dados financeiros, experiência profissional e preferências do cliente) para tomada de decisão; determinar a viabilidade da aplicação da evidência, elaborar um plano de ação para sua translação, implementar a mudança, avaliar e comunicar os resultados (Newhouse & Johnson, 2009).
Model in an Academic Medical Center 2009	Formular uma questão clínica; procurar a melhor evidência (revisão sistemática de estudos primários experimentais); rever criticamente as evidências; integrar a evidência na prática; comunicar os resultados (Balakas, Potter, Pratt , Rea & Williams, 2009).
The Colorado Model 2011	Identificar fatores que facilitem a mudança organizacional; elaborar uma questão clínica com recurso à estratégia PICO; identificar as necessidades do cliente; avaliar os valores e preferências do cliente ; procurar evidências científicas conforme um protocolo. Na ausência de evidências científicas, utilizar evidências de outras fontes: dados de controle de infecção, análises de custo efetividade e expertise clínica; sumarizar as evidências considerando seu nível de classificação; utilizá-las conforme contexto e decisões do cliente; avaliar os resultados (Goode, Fink , Krugman, Oman & Tradili, 2011)

The Multisystem Model of Knowledge Integration and Translation (MKIT) 2011	Induzir o desenvolvimento de pesquisas que possam ser aplicadas na prática; identificar lideranças transformacionais nas organizações; realizar pesquisa, avaliação crítica e síntese das evidências pela atuação de enfermeiros; promover translação de evidências através de reuniões entre enfermeiros investigadores e enfermeiros da clínica; elaborar estudo piloto e plano de intervenção com apoio dos enfermeiros especializados; integrar a evidência ao processo de trabalho e organizar documentos normativos (protocolos e diretrizes clínicas); monitorizar os resultados alcançados pela implementação; disseminar (Palmer & Kramlich, 2011).
The Research Appreciation, Aecessibility and Application Model (RAAAM) 2015	Valorizar pesquisas no contexto hospitalar (por meio de parcerias entre universidades e hospitais); aceder a resultados de pesquisas que possam respaldar a melhoria da qualidade da prática (organização de comitês ou grupos específicos e inclusão de tutores especialistas no contexto hospitalar); aplicar pesquisas (o desenvolvimento de pesquisas é atividade integrante do papel dos enfermeiros no contexto hospitalar); garantir a sustentabilidade do modelo (o empreendimento de estratégias comunicacionais para difusão e elaboração de relatórios para avaliar a PBE) (Edward, 2015).

Quadro 1. Caracterização dos modelos para utilização dos enfermeiros na sua prática hospitalar

Fonte: Camargo, Iwamoto, Galvão, Monteiro, Goulart & Garcia, 2017

De forma geral, a implementação de modelos para PBE na enfermagem hospitalar visa promover a melhoria da qualidade do cuidado, por aumentar a confiabilidade das intervenções (Melnyk & Fineout-Overholt, 2011). Assim, os modelos acima elencados, descrevem claramente as etapas até se chegar á procura e seleção da melhor evidência para o contexto e estratégias para garantir a sua incorporação e sustentabilidade nas organizações hospitalares. Apesar de toda a especificidade, a implementação de qualquer modelo de PBE, requer dos enfermeiros conhecimentos em várias áreas: abordagens metodológicas e dos diferentes tipos de pesquisa; a análise crítica das publicações científicas (estudos primários) e métodos de síntese dos resultados (revisões). A Nível organizacional é fundamental o envolvimento de toda a equipa de enfermagem e chefias. A monitorização, avaliação e disseminação dos resultados, apresentaram-se como componentes cruciais para a utilização de pesquisas na prática dos enfermeiros (Camargo, et al, 2017).

2.1. The Knowledge- to- Action Framework

A translação do conhecimento representa um dos conceitos centrais para as organizações de saúde e tem conquistado especial significado. A importância deste imperativo, nas organizações de saúde, estimulou os investigadores para o desenvolvimento de teorias e modelos para a prática da translação do conhecimento (Crossetti & Góes, 2017). Desenvolvido no Canada, nos anos 2000, o KTA procurou dar resposta às lacunas existentes na descrição do processo de transferência do conhecimento para a prática (ação), onde foram revistas 31 teorias. A maioria das teorias tinham sido publicadas entre 1983 e 2006 e a partir desta revisão foi desenhada a estrutura conceptual deste modelo, que pretendia clarificar conceitos e explicar os elementos-chave do processo de transferência do conhecimento para a ação (Field, Booth, Ilott & Gerrish, 1014).

O modelo desenvolvido por Graham et al. (2006) designado por KTA, compreende dois processos distintos, mas dinâmicos e interativos (i) Criação de Conhecimento (representado pelo funil) e rodeado pelo (ii) Ciclo de Ação, tal como podemos observar na figura 6.

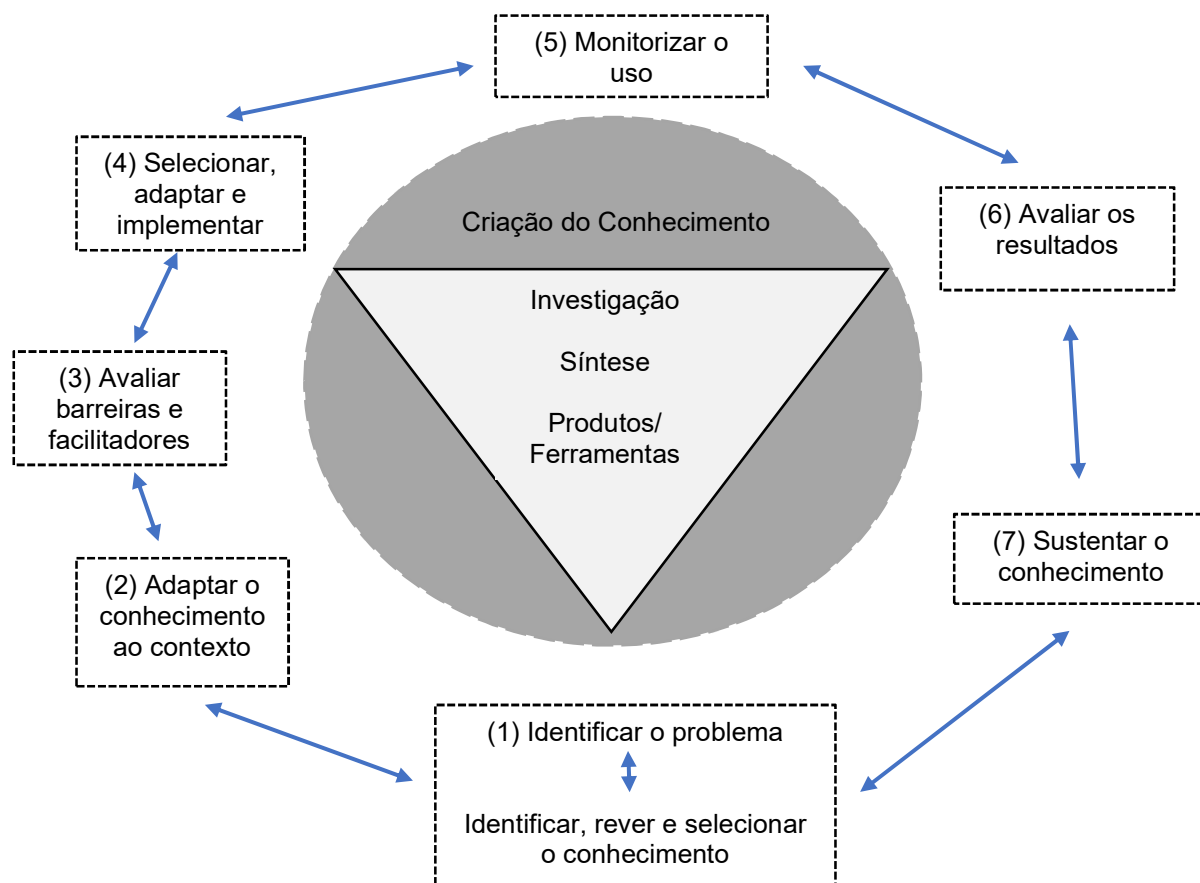


Figura 6. Ciclo do conhecimento para a ação

Fonte: Adaptado de Graham & Tetroe, 2010

Este modelo, é também designado na literatura, como um processo que concetualiza a translação do conhecimento de forma interativa, dinâmica e complexa, que inclui a criação e a aplicação do conhecimento (Gagnon et al., 2011). Assenta em processos que auxiliam na seleção de estratégias de implementação. Algo que torna o KTA único, é que ele começa com a pesquisa da evidência e a necessidade de sintetizar e traduzir essas evidências, sendo representadas pelo funil do conhecimento, que se encontra no centro do ciclo. Isso torna o KTA adequado para situações em que se pretende fazer uma mudança prática, seguindo um conjunto claramente definido de recomendações, como é exemplo, as diretrizes baseadas em evidências. Contempla ainda um ciclo de ação, constituído por sete fases que move o conhecimento para a prática, fornecendo uma abordagem estruturada para fazer mudanças (RNAO, 2012; Graham et al., 2006).

Na implementação do KTA, várias ferramentas/estratégias de suporte foram consideradas, contribuindo para o sucesso da implementação de uma ou mais fases do ciclo de ação, onde tal como em qualquer processo de mudança, o metódico planeamento é fundamental (RNAO, 2012). O Leading Change Toolkit™ inclui 33 ferramentas que podem ser usadas numa ou mais fases do ciclo de ação. Todas essas ferramentas foram avaliadas pelo KTA

Tool Working Group, pelas suas propriedades pragmáticas e validade de conteúdo, para uma utilização de confiança. Neste documento, as ferramentas KTA estão inumeradas nas seções aplicáveis da fase do ciclo de ação e para cada ferramenta, existe uma página de resumo com os seguintes detalhes: propósito, descrição e etapa aplicável do ciclo de ação do KTA.

Neste sentido faremos uma breve descrição de cada uma das 7 etapas contempladas no ciclo de ação modelo KTA: (1) Identificar o problema; (2) Adaptar o conhecimento ao contexto; (3) Avaliar Barreiras e Facilitadores para o uso do conhecimento; (4) Selecionar, adaptar e implementar; (5) Monitorizar o uso do conhecimento; (6) Avaliar os resultados e (7) Sustentar o conhecimento (Graham, et al., 2006; RNAO, 2012).

A Identificação do problema, determinação da lacuna saber/fazer/, rever, selecionar o conhecimento (1), refere-se à identificação de um problema que deve ser abordado. Esta etapa pode envolver, comparar o que é a prática atual, com o que deveria estar implementado, a fim de determinar uma lacuna que deve ser colmatada. Existem alguns recursos para identificar um problema ou lacuna, no entanto devemos atender que, são variados os exemplos de subutilização e excesso de utilização de evidências na tomada de decisões e no atendimento ao cliente (Graham, et al., 2006).

Para planejar as próximas etapas, é importante refletir em perguntas-chave que direcionarão como e onde a diretriz será implementada. Onde se inclui (Graham, Zwarenstein, & Bhattacharyya, 2010):

- As recomendações aplicam-se a todas as áreas da organização?
- Existem recomendações específicas que atendem às necessidades organizacionais conhecidas?
- Existem recomendações que já estão a ser implementadas?
- Existem alguns que foram implementados apenas parcialmente? Apenas algumas recomendações? Apenas em algumas unidades?
- Algumas recomendações foram parcialmente implementadas?
- Existem recomendações baseadas em níveis mais altos de evidência do que outras?
- Algumas recomendações levarão mais tempo para serem implementadas?
- Existem barreiras para a implementação? Há orçamento? Problemas de habilidade da equipa? Problemas de liderança? Problemas de carga de trabalho? Questões culturais e de atitude?

Ao responder a essas perguntas, devem ser incluídos e envolvidos os stakeholders, de forma que as decisões tomadas tenham como base as respostas às perguntas listadas e que determinarão o planeamento da implementação, bem como os recursos necessários.

Adaptar o conhecimento ao contexto (2) é uma etapa crítica no processo, onde conhecer seu público e avaliar o valor, utilidade e adequação do conhecimento específico é fundamental para o seu uso sustentado. Por exemplo, no contexto das diretrizes de prática, adaptar as diretrizes nacionais existentes (que possam não ter aplicabilidade no contexto) para atender às circunstâncias locais serve, para aumentar a relevância e aplicabilidade das diretrizes. A adaptação do conhecimento é um processo importante na implementação da PBE (Harrison, Graham, & Fervers, 2009). Diretrizes que foram desenvolvidas num ambiente cultural ou setorial, podem ser um desafio para implementar em contexto diferente. Diferenças contextuais podem afetar a adequação ou viabilidade de recomendações específicas, mesmo quando apoiada por um forte corpo de evidências. Cada contexto local é único e baseia-se em uma série de fatores, incluindo prioridades organizacionais, recursos disponíveis, metodologias práticas e legislação regional (Field, et al., 2014).

No processo de adaptação, devem ser envolvidos os stakeholders, que serão capazes de garantir que o conhecimento adaptado seja baseado em evidências e adaptado adequadamente ao ambiente. Estes podem estar envolvidos em todo o processo de adaptação (ou seja, como parte do grupo de trabalho) ou consultado em diferentes fases do processo (ou seja, revisão externa). Considerar os recursos necessários para as atividades de adaptação, também devem ser explorados. Estes podem incluir: acesso à internet e biblioteca, serviços para pesquisa; tempo para apreciação crítica das orientações; e espaço para o grupo de trabalho ou equipa de implementação se reunir regularmente (RNAO, 2012).

A seleção dos stakeholders deve ter em consideração as suas características, ou seja, o seu conhecimento sobre o tema, experiência na equipa e habilidades de tomada de decisão. A literatura apoia que o envolvimento dos stakeholders é essencial para o sucesso da seleção e implementação da evidência, e que uma seleção adequada contribui para a aceitação bem-sucedida da equipa a um novo conhecimento (Henderson, Davies, & Willet, 2006). Após a identificação dos stakeholders, a análise das partes interessadas envolve: determinar possíveis formas de envolver os interesses dos stakeholders para garantir o máximo de apoio possível (Lawrence, Polipnick, & Colby, 2008).

A análise dos stakeholders considera o interesse por eles investido, o seu nível de influência, apoio para a mudança que se pretende e os fatores que podem facilitar a sua

adesão. Com base nessa análise, devem ser desenvolvidas estratégias apropriadas para o seu envolvimento. É importante a reavaliação destes, com frequência, bem como a sua posição na equipa. As estratégias podem necessitar de ser reavaliadas e reajustadas à medida que o processo evolui. A profundidade e a amplitude da análise dos stakeholders pode variar (Baker, Ogden, Prapaipanich, Keith, Beattie e Nickleson, 1999).

Tal como podemos observar na tabela 1, para potenciar esta segunda etapa do KTA é necessário uma boa correspondência entre os stakeholders e os resultados da estratégia, atendendo à congruência entre os interesses dos mesmos e os objetivos do projeto, de forma a minimizar os riscos associados. Alternativamente, uma incompatibilidade entre os stakeholders e a estratégia definida pode resultar em desperdício de energia ou oportunidades perdidas.

SUPORTE E INFLUÊNCIA DOS STAKEHOLDERS		
Estratégias genéricas de comprometimento		
	ALTA ← INFLUÊNCIA → BAIXA	
SUPORTE ↑ ALTO ↓ BAIXO	• Afetará positivamente a disseminação e adoção; • Necessita de atenção e informação. Estratégias: • Colaborar; • Envolver e/ou fornecer oportunidades; • Apoiar e nutrir; • Incentivar o feedback; • Preparar para gerir mudanças; • Empoderamento; ALTO SUPORTE/ALTA INFLUENCIA	• Pode afetar positivamente a disseminação e adoção se for dada atenção; • Precisa de foco e atenção para manter a adesão e prevenir desenvolvimento da neutralidade. Estratégias: • Colaborar; • Incentivar o feedback; • Capacitar com status profissional; • Incentivar a participação; • Preparar para a gestão de mudanças. ALTO SUPORTE/BAIXA INFLUENCIA
	• Pode afetar negativamente a disseminação e adoção; • Precisa de muita atenção para obter suporte e/ou neutralidade; • Trabalhar para a adesão; Estratégias: • Consenso; • Construção de relacionamentos; • Reconhecer as necessidades; • Usar os stakeholders e consultores externos; • Não provocar a ação; • Monitorizar. BAIXO SUPORTE/ALTA INFLUENCIA	• Menos capaz de influenciar a disseminação e adoção; • Pode ter impacto negativo no planeado; • Necessita de atenção para obter suporte e/ou manter neutralidade; • Trabalhar para a adesão do projeto. Estratégias: • Consenso; • Construção de relacionamentos; • Reconhecer as necessidades; • Usar os stakeholders e consultores externos; • Monitorizar. BAIXO SUPORTE/BAIXA INFLUENCIA

Tabela 1. Estratégias e envolvimento dos Stakeholders
 Fonte: Adaptado de Graham et al., 2006; RNAO, 2012

A etapa seguinte pretende **avaliar barreiras e facilitadores** (3) à implementação, de forma a podermos decidir como e quando se deve avançar com o projeto ou iniciativa de implementação das diretrizes. O conceito “Barreira”, pode ser definido como, qualquer conceito real ou percebido que interfere com uma intervenção de mudança (Ferlie & Shortell, 2001). Por outro lado, os “Facilitadores”, promovem ou auxiliam a implementação da tomada de decisão compartilhada na prática (Harrison, Legare, Graham, & Fervers, 2009). A identificação de facilitadores permitirá que se promova e maximize o apoio à implementação. Já entender as barreiras, vai permitir o planeamento das estratégias eficazes para superá-las ou mediá-las no início do processo. Também permitirá decidir se uma barreira é suficientemente significativa para que a implementação não seja bem-sucedida (Dobbins, Davies, Danseco, Edwards, & Virani, 2005).

A avaliação dos facilitadores e barreiras no seu contexto local pode ter mais sucesso se escutados e envolvidos os stakeholders identificados. Devemos estar atentos para o potencial aparecimento de novas barreiras como: novos stakeholders não identificados; expansão do processo de implementação e/ou alterações organizacionais ou ambientais. Alguns facilitadores individuais, organizacionais e ambientais estão documentados na literatura como influenciadores da implementação da nova evidência (Ploeg, Davies, Edwards, Gifford, & Miller, 2007)

- Interação em grupo (individual): sessões educacionais em pequenos grupos que aprimoram a aprendizagem por meio da interação social com os pares;
- Atitudes e crenças positivas da equipa (individual);
- Apoio da liderança (organizacional): Apoio dos gestores de enfermagem em todos os níveis, de forma a incorporar o processo nas políticas da instituição;
- Stakeholders/Mentores (organizacionais), pessoas designadas para liderar, facilitar e encorajar o processo de implementação.

Na Tabela 2. podemos observar estratégias potenciais que devem ser consideradas nesta fase da implementação do KTA, por forma a maximizar os facilitadores do processo e minimizar as barreiras que possam existir.

Facilitadores	Estratégias potenciais a serem consideradas para maximizar os facilitadores e minimizar as barreiras
Acessibilidade: Consciência de como aceder a diretrizes relevantes (Grol, Wensing, & Eccles, 2005).	Elaborar diretrizes/recomendações de diretrizes ou resumos.
Compreensibilidade/ Complexidade: Nível de compreensão e forma de implementação prática (Knowles, 1988).	Fornecer exemplos reais, relevantes para sua configuração; Adaptar a formação às necessidades dos usuários finais.
Facilidade de implementação: Facilidade de implementação de diretrizes no ambiente prático (Grol et al., 2005).	Envolve os stakeholders/mentores (relevantes para o contexto) de forma a demonstrar como a nova diretriz pode ser integrada na prática atual.
Credibilidade : Qualidade da evidência (Grol et al., 2005).	Fornecer informações que demonstrem que a diretriz foi com base no mais alto nível de evidência possível; Fornecer exemplos que demonstrem como a implementação da diretriz melhorou os resultados em outros ambientes; Fornecer a oportunidade aos stakeholders de discutir qualquer desacordo que possam ter com a diretriz, tentando chegar a um consenso; Fornecer informações que demonstrem que a diretriz foi com base no mais alto nível de evidência possível; Forneça exemplos que demonstrem como a implementação da diretriz melhorou os resultados em outros ambientes.
Compatibilidade: Compatibilidade com o que já é reconhecido e implementado (Grol et al., 2005).	Fornecer exemplos de como a nova diretriz é consistente com o que já é feito, conhecido e defendido; Envolver aqueles que usarão a diretriz no processo de implementação.

Tabela 2. Exemplos de fatores facilitadores relacionados à evidência

Fonte: Adaptado de RNAO, 2012

Para **selecionar, adaptar e implementar** (4) intervenções e estratégias devemos centrar nos resultados e nos dados obtidos em cada etapa do processo até ao momento. Isso inclui recomendações de diretrizes prioritárias necessárias para o nosso contexto; análise dos stakeholders, as barreiras e facilitadores identificados e como fazer a sua gestão; e evidências que permitam definir estratégias de implementação direcionadas para o contexto. Até esta fase, não há evidências suficientes para determinar que estratégias específicas funcionam melhor no contexto, por isso é importante ser flexível e disposto a experimentar. Devemos ter em mente que a mudança pode ser um processo desafiador. Enquanto se trabalha o ciclo do conhecimento para a ação, vamos preparando a mudança, ou a abordagem com base no feedback e nos resultados (RNAO, 2012).

Aqui alguns conceitos devem ser clarificados:

- **Auditoria e feedback:** Consiste num resumo do desempenho clínico que pode incluir recomendações para ação, reunidas durante um período específico, que é usado para aumentar a conscientização do grupo sobre a prática. (Cochrane Effective Practice and Organisation of Care Review Group; 2002).
- **Materiais educativos:** Recomendações publicadas ou impressas para cuidados clínicos, incluindo diretrizes de prática clínica, materiais audiovisuais e publicações eletrónicas. Effective Practice and Organisation of Care Review Group; 2002).
- **Reuniões educativas:** Palestras, conferências, workshops ou estágios. As reuniões podem incluir métodos de envolvimento dos participantes, como discussão e participação ativa (por exemplo, tarefas de grupo de trabalho, aprendizagem baseada em problemas) (RNAO, 2008).
- **Visitas de divulgação educacional:** visitas individuais de enfermeiros, investigadores do estudo ou outros ao prestador de cuidados de saúde direto em ambiente de prática, para fornecer informações com a intenção de alterar o comportamento. As informações fornecidas podem incluir feedback sobre o desempenho (Cochrane Effective Practice and Organisation of Care Review Group; 2002).
- **Intervenções organizacionais:** Intervenções organizacionais incluem revisão de papéis profissionais, revisão de equipas multidisciplinares, integração de serviços, mudanças de habilidades, intervenções para melhorar as condições de trabalho, comunicação e discussão de caso (Cochrane Effective Practice and Organization of Care Review Group; 2002).
- **Mentores:** Provedores identificados ou nomeados pelos seus colegas, como influentes educacionalmente. Eles podem influenciar os outros a mudar o comportamento (RNAO, 2008).

Definidos alguns conceitos importantes nesta etapa da implementação do KTA, segue-se a escolha da estratégia de implementação que facilite a translação do conhecimento adquirido para a prática. Esta requer o reconhecimento das dificuldades associadas à mudança na prática. Pesquisas mais recentes têm se concentrado na prática de enfermagem, onde se verifica uma série de diferenças entre os modelos de prestação de cuidados em enfermagem e medicina, que podem influenciar a transferibilidade de uma intervenção efetiva da medicina para a prática de enfermagem. Por exemplo, o nível de autonomia na tomada de decisões clínicas dos enfermeiros hospitalares, está altamente relacionado e orientado por políticas e procedimentos organizacionais, e dada a natureza da prática de enfermagem, os enfermeiros geralmente praticam no seio de uma equipa ou situação interdependente, enquanto muitos médicos são profissionais individuais. Portanto, há que definir estratégias específicas e direcionadas para a implementação de evidências realizada por enfermeiros (RNAO, 2012).

Estratégias de implementação que funcionam com outras profissões podem não ser eficazes com os enfermeiros. Com base na revisão da literatura de pesquisa, as evidências reforçam que as estratégias de implementação devem ser cuidadosamente planeadas, uma vez que, mudar o comportamento do profissional de saúde é difícil. A educação deve ser interativa ou combinada com outras intervenções (Forsetlund, Bjørndal, Rashidian, Jamtvedt, O'Brien, Wolf, Davis, Odgaard-Jensen, & Oxman, 2009):

- A educação, ou seja, disseminação passiva de informações, é uma estratégia frequentemente usada como parte de um processo multifacetado, contribuindo para a melhoria contínua dos cuidados;
- Técnicas educacionais interativas (por exemplo, dramatização, prática de habilidades) têm maior probabilidade de serem eficazes do que apresentações ou disseminação passiva de informações (Forsetlund et al., 2009);
- Quando as intervenções educacionais são combinadas com a interação entre o educador e o profissional (por exemplo, auditoria e feedback), são mais propensos a levar a mudanças de comportamento (Prior, Gurein, & Grimmer-Somers, 2008).

A auditoria e o feedback influenciam a prática profissional dos enfermeiros, sendo mais eficazes quando há uma grande diferença entre a linha de base, pré-diretriz prática profissional de implementação e prática recomendada (Jamtvedt, Young, Kristoffersen, O'Brien, & Oxman, 2006). Também de referir que melhora a eficácia quando é intensivo, personalizado e fornecido repetidamente durante um longo período (Bywood, Lunnay, & Roche, 2008; Jamtvedt et al., 2006).

Para **monitorizar o uso do conhecimento** (5), duas fases do ciclo do conhecimento para a ação estão relacionadas e são fundamentais para determinar se as intervenções de implementação foram eficazes e tiveram um impacto. A primeira pretende monitorizar a adoção do novo conhecimento introduzido (ou seja, adesão às recomendações de boas práticas ou mudanças de processo. A segunda visa avaliar os resultados que emergiram da implementação das melhores práticas (RNAO, 2012). Assim, torna-se fundamental definir alguns conceitos:

- **Grupo focal:** Obtenção de conhecimento entrevistando um grupo de pessoas sobre as suas experiências, atitudes ou comportamento relativamente a um tema (Cochrane Effective Practice and Organisation of Care Review Group; 2002);
- **Observação:** Obtenção de conhecimento através dos sentidos (por exemplo, visual, auditivo) ou o registo de dados usando métodos científico, como instrumentos.
- **Uso estratégico do conhecimento** (uso do conhecimento simbólico): Uso de conhecimento ou dados (por exemplo, resultados de pesquisa) para apoiar a decisão. Isso pode, ou não, levar ao uso concetual ou comportamental do conhecimento pelos outros (Graham et al., 2006).

Vários modelos (Beyer, & Trice, 1982; Dunn, 1983; Estabrooks, 1999; Graham I et al 2010; Rycroft-Malone, & Bucknell, 2010) agrupam o uso do conhecimento em três categorias: (1) Uso do conhecimento concetual (compreensão ou esclarecimento); (2) Uso do conhecimento comportamental ou instrumental (aplicação do conhecimento na prática); (3) Uso de conhecimento simbólico (persuasivo ou estratégico), recorrendo a dados seletivos para persuadir outros a aceitar recomendações e mudanças na prática. Assim, torna-se importante compreender esses três tipos de uso do conhecimento para monitorizar efetivamente a absorção das boas práticas recomendadas. A Tabela 3, ilustra cada tipo de conhecimento e o seu papel na monitorização da implementação (RNAO, 2012).

Tipo de Conhecimento	Implementação de Boas Práticas	Exemplo de Monitorização do Conhecimento utilizado na Implementação das Boas Práticas
Conhecimento concetual (compreensão e interiorização do novo conhecimento)	-Influencia ou informa a forma como enfermeiros pensam sobre determinadas questões. -Representa a compreensão, a aceitação e interiorização do conhecimento. -Influencia a aceitação das Boas Práticas recomendações.	-Avaliar o conhecimento administrado antes e depois de uma sessão de educação, para determinar se os participantes compreenderam ou aprenderam as recomendações e evidências
Conhecimento comportamental ou instrumental (aplicação de novos conhecimentos)	-Conhecimento que influencia ações ou comportamentos.	-Realizar auditoria para determinar se as recomendações de boas práticas estão a ser seguidas.
Conhecimento simbólico (persuasivo ou estratégico)	-Utiliza dados selecionados para convencer outros a fazer algo novo ou interromper o já praticado anteriormente.	-Incluir dados sobre os resultados de pesquisa de satisfação do paciente.

Fonte: Adaptado de RNAO, 2012

Tabela 3. Uso do Conhecimento e Implementação de Boas Práticas

Outros fatores podem afetar a aplicação das novas recomendações de boas práticas no cenário prático, incluem, a Motivação intrínseca e extrínseca:

- Motivação intrínseca tem por base o conhecimento novo ou atual, onde o indivíduo acredita que seguir as boas práticas recomendadas será benéfico;
- A Motivação extrínseca, assente em estruturas ou processos no ambiente clínico, criam pré-condições onde possa existir a mudança de comportamento, sem que o indivíduo tenha de repensar conscientemente sobre a aplicação do conhecimento.

A **avaliação do conhecimento** (6) permite avaliar impacto (resultados) da implementação das boas práticas, concentrando a atenção nas mudanças práticas aquando da implementadas das recomendações. É multidimensional, pois considera resultados de vários níveis, incluindo:

- O cliente;
- O prestador de cuidados de saúde;
- A unidade, organização ou sistema de saúde.

Nas fases do KTA, pretende-se que as boas práticas/recomendações, que pretendemos implementar, tenham sido identificadas. Iniciou-se pela identificação do stakeholders, e em colaboração com os mesmos, identificou-se barreiras e facilitadores ao processo, de forma a definir estratégias de implementação e avaliação do uso do conhecimento. No entanto, é necessário, refletir acerca do planeamento da sustentabilidade do conhecimento ao longo do tempo (Morris & Clarkson, 2009).

Uma perspetiva de sustentabilidade é essencial para garantir as mudanças na prática são integradas nos projetos de fluxo de trabalho dos enfermeiros atuais e futuros, assim, **sustentar o uso do conhecimento** (7) é um desafio (RNAO, 2012). A sustentabilidade é definida como o grau em que uma inovação continua a ser usada após os esforços iniciais para garantir sua adoção, mesmo depois de concluído o processo (Rogers, 2003). É necessário, não apenas o processo e o resultado serem alterados, mas também o pensamento e as atitudes transformadoras que apoiem a mudança (Maher, Gustafson, & Evans, 2010).

Durante o processo de implementação do KTA todos os marcos do plano de ação devem ser anotados, comunicados e comemorados, por exemplo, quando as ações de implementação são iniciadas, isto fornece um marco motivador. Outros marcos podem incluir a conclusão de sessões de educação, o início de uma intervenção-chave específica ou a conclusão da implementação formal. Deve ficar claro que a implementação das boas práticas (conhecimento) é uma atividade contínua e a sustentabilidade de sua implementação é igualmente importante (RNAO, 2012).

Barreiras e lacunas no processo de translação da ciência

Neste processo cíclico e complexo de translação, o objetivo principal, é melhorar os resultados em saúde através da tradução do conhecimento em ação. Segundo Pearsom, Weeks & Stern (2011), há três grandes lacunas que merecem ser elencadas:

- A lacuna entre a necessidade de conhecimento e a descoberta de novos conhecimentos: onde as necessidades identificadas pelos clientes e comunidades, pelos profissionais de saúde, pelas organizações, nem sempre vão de encontro, ao trabalho realizado pelos investigadores durante o processo de investigação;
- A descoberta de novos conhecimentos e a aplicação prática do mesmo: as descobertas que provêm da investigação realizada, nem sempre consegue ser traduzida em resultados práticos;

- A aplicação clínica e o desenvolvimento de ações clínicas: o impacto/ação dos resultados provenientes da investigação, nem sempre é avaliado convenientemente.

Do ponto de vista das organizações, as limitações de tempo, a cultura instalada e a filosofia organizacional vigente (“nós sempre fizemos assim”), a resistência da liderança e muitas vezes o conhecimento e treino inadequado para aceder ou avaliar criticamente a evidência são algumas barreiras identificadas na literatura (Melnyk et al., 2014).

Facilitadores do processo

A nível organizacional, além das características pessoais, a liderança e o clima organizacional existente, são elementos que se afiguram fundamentais para a implementação de uma PBE e permitir a sua sustentabilidade. A nível pessoal, algumas características são fundamentais para o sucesso desta implementação, onde se inclui a idade, a formação e experiência profissional e os conhecimentos e atitudes face à PBE. É também importante que os utilizadores da evidência tenham conhecimentos de investigação, tecnologias e capacidade de interpretar a literatura e aplicar os seus resultados (evidência) (Apóstolo, Cardoso, 2014).

Há estratégias direcionadas para as organizações e para o seu capital humano, focadas nos aspetos pessoais, na liderança e no clima organizacional que permitem facilitar o processo de implementar e sustentar a PBE com sucesso (Aarons, Hurlburt & Horwitz, 2011). Podemos elencar algumas dessas estratégias: (a) o desenvolver conhecimentos e habilidades individuais nos enfermeiros e nos mentores em PBE; (b) promover um contexto facilitador da PBE, incluindo disponibilidade de recursos e mentores em PBE; (c) desenvolver líderes em cuidados de saúde, para liderar as equipas, criando uma visão, missão e objetivos estratégicos para a implementação de todo o sistema de PBE; (d) disponibilizar tempo, recursos e ferramentas para que os enfermeiros se dedicam à PBE; (e) clarificar as expectativas sobre o papel dos enfermeiros com a formação em PBE, nomeadamente na implementação e sustentação da mesma e (f) reconhecer e recompensar os enfermeiros comprometidos com esta prática (Melnyk et al., 2014).

Na literatura encontramos muitos estudos onde é feita referência ao modelo KTA, sendo no Canadá, país de origem do mesmo, onde mais ele é utilizado. Field, Booth, Ilott & Gerrish (2014) apresentam uma revisão sistemática onde foram incluídos estudos que têm por base a utilização do KTA, fazendo referência que, a utilização deste modelo na prática apresenta vários graus de integridade, que vão desde a simples atribuição por meio de uma referência, passando pelo planeamento informativo, até a realização de uma

contribuição intelectual. Quando se verifica que, a estrutura do KTA, é parte integrante da tradução do conhecimento, ela guiava a ação em formas idiossincráticas e houve fidelidade teórica. Neste mesmo estudo, dos 146 artigos encontrados, que faziam referência ao KTA, em apenas em dez estudos este modelo foi realmente seguido, o que significa que o KTA Framework foi integrante do projeto, entrega e avaliação das atividades de implementação (Field et al., 2014). A maioria destes estudos ilustra o conhecimento, como sendo adaptado ao contexto local, com recurso a questionários, entrevistas, workshops, grupos focais e seguindo a avaliação das necessidades para identificar as barreiras à mudança. A educação foi a estratégia mais utilizada, embora de muitas e variadas formas. Na Tabela 4, identificamos os 10 estudos referidos anteriormente.

Autor, data de publicação	País do estudo	Foco do projeto	Público-alvo	Relato da criação do conhecimento ou ciclo de ação
Bjørk et al., 2013	Dinamarca	Educação em enfermagem; Obtenção de um modelo de habilidade e desempenho como parte do currículo dos enfermeiros	Stakeholders ; académicos	Criação de conhecimento e Ciclo de ação
Claude et al., 2012	Répubblica Democrática do Congo	Promoção de saúde; prevenção da espinha bífida	Mulheres em processo maternal e clínicas de saúde infantil	Ciclo de ação
Hua et al., 2012	Canadá	Programa de saúde pública; educação em Hipertensão	Público de saúde em geral; profissionais e políticos	Criação de conhecimento e Ciclo de ação
Keyser, 2010	Canadá	Comunidade; informar famílias sobre delírio em adultos	Famílias de idosos	Ciclo de ação
Molfenter et al., 2009	Canadá	Tratamento baseado em evidências para pacientes com disfagia -pós derrame	Terapeutas de fala e linguagem	Criação de conhecimento e Ciclo de ação, principalmente Ciclo de ação
Petzold et al., 2010	Canadá	Negligência espacial unilateral -pós derrame	Terapeutas ocupacionais	Criação de conhecimento e Ciclo de ação
Russell et al., 2010	Canadá	Cenário de reabilitação; crianças com paralisia cerebral;	Fisioterapeutas	Ciclo de ação

Stacey et al., 2009	Canadá	Educação em enfermagem; apoio à decisão dentro da graduação no currículo de enfermagem	Stakeholders; académicos	Criação de conhecimento e Ciclo de ação, principalmente Ciclo de ação
Straus et al., 2008	Canadá	Orientador Clínico/académico; orientação clínica para cientistas	Stakeholders/mentores	Criação de conhecimento e Ciclo de ação
Tugwell et al., 2007	Canadá	Osteoartrite	Consumidores de cuidados de saúde incluindo pacientes e clínicos	Criação de conhecimento e Ciclo de Ação

Tabela 4. Estudos onde o KTA foi parte integrante do projeto

Fonte: Adaptado de Field, Booth, Iltott & Gerrish (2014)

O KTA Framework foi identificado de várias maneiras, desde a referência aos seus conceitos até à integração total, mostrando flexibilidade de uso, demonstrando que pode atender às circunstâncias e necessidades específicas de um contexto. Usar um nível 'mais leve' através da adaptação ou combinação com outras estruturas conceituais podem ser consideradas um ponto forte, pois o KTA Framework oferece flexibilidade para ser combinado com outros frameworks, sendo sensível para facilitar as preferências dos investigadores e necessidades específicas do contexto. É neste sentido que alicerçamos a escolha deste modelo para implementar ao longo deste estudo (Graham, et. Al., 2006).

3. Cuidados centrados na família em contexto pediátrico

Os cuidados centrados na família (CCF), constituem uma conceção do cuidar pediátrico, cada vez mais utilizada e onde as necessidades da criança e cuidadores/familiares são centrais no processo. Apesar de reconhecidas vantagens de aplicação deste cuidado em pediatria, a literatura sugere que a sua efetiva implementação, fica aquém do desejável. Sabe-se, no entanto, que a atitude dos Enfermeiros relativamente ao CCF é determinante para a sua implementação.

O conceito de CCF tem evoluído ao longo dos tempos, fruto da importância crescente e do significado que lhe vem sendo atribuída e sustentada pela evidência teórica, prática e de investigação. Alguns autores dão-nos conta de uma definição de cuidados centrados na família, como sendo o “suporte profissional da criança e família através de um processo de envolvimento, participação e parceria, alicerçados pela capacitação das famílias e pela negociação dos cuidados” (Smith et al., 2006). Esta filosofia de cuidados, muita das vezes adotada pela enfermagem pediátrica, encontra o seu apoio em inúmeras organizações, como: American Nurses Association and Society of pediatric Nurses 2003; Coyne & O’Shea 2007; Children in Hospital Ireland 2010; European Association for the Care of Children in Hospital, 2010. Formalmente foi também reconhecida pela Ordem dos Enfermeiros, colégio de especialidade de enfermagem de saúde infantil e pediátrica (OE, 2011) e é vista como fundamental para a prestação de cuidados de qualidade à criança e famílias, na medida em que promove o envolvimento dos pais nos cuidados e reduz os efeitos adversos da hospitalização (Jolley e Shields, 2009).

Neste sentido, o Guia orientador de boa prática de enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, reconhece a criança como ser vulnerável e recomenda a valorização dos pais/pessoa significativa como os principais cuidadores, ou seja, principais prestadores de cuidados no sentido de, por um lado maximizar o potencial de crescimento e

desenvolvimento da criança e família, e por outro preservar a segurança e bem-estar dos mesmos (Ordem dos Enfermeiros, 2010).

3.1. Parceria de Cuidados

Subjacente à prática da enfermagem pediátrica encontra-se um modelo conceptual centrado nas efetivas necessidades da criança enquanto membro efetivo de uma família. Neste contexto, quando se pensa em cuidados à criança, surge sempre associado a família como referência. Atendendo ao binómio criança/família, que em cima referimos, quando surge a necessidade da hospitalização da criança, a família também se vê na mesma situação. Os Enfermeiros especialistas têm como competência transversal a capacidade para avaliar a família e dar resposta às suas necessidades de adaptação às mudanças que possam surgir (Ordem dos Enfermeiros, 2010). No Reino Unido, foi desenvolvido um Modelo de Enfermagem especificamente para ajudar os enfermeiros de pediatria a trabalhar em parceria com as crianças e suas famílias (Casey, 1988).

O Modelo de Enfermagem de Casey foi desenvolvido em 1988, enquanto trabalhava na Unidade de Oncologia Pediátrica do Great Ormond Street Hospital London. O foco do modelo é trabalhar em parceria com as crianças e as suas famílias e foi uma das primeiras tentativas de desenvolver um modelo de prática específico para a enfermagem pediátrica. O Modelo compreende os cinco conceitos de criança, família, saúde, meio ambiente e enfermeiro. A filosofia por trás do modelo é que as melhores pessoas para cuidar da criança são a família com a ajuda de vários profissionais. Este Modelo foi aceite e adotado amplamente em muitas unidades infantis na Europa, nomeadamente no contexto onde o estudo se está a desenvolver. No entanto, para alguns autores o modelo não passou por testes rigorosos para determinar a sua contribuição para a enfermagem, por outro lado defenderam o conceito de parceria de maneira académica e mensurável.

A análise e avaliação do Modelo de Parceria de Enfermagem revela que o trabalho não é um modelo de enfermagem, mas sim, na verdade, uma teoria de médio alcance, de acordo com a análise de Fawcett (1995). Na Figura 7. abaixo apresentamos uma representação do Modelo original de Parceria de Cuidados de Casey.

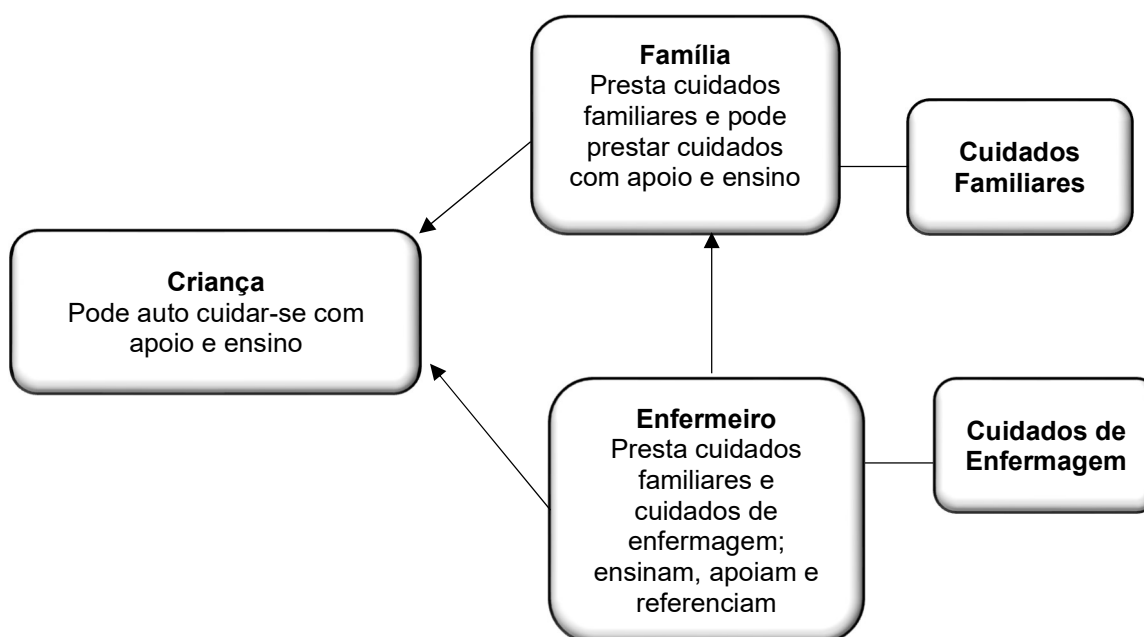


Figura 7. Modelo de Parceria de Cuidados de Casey – Original

Fonte: Adapt. Casey, A. (1988)

A filosofia de cuidados que sustenta os cuidados pediátricos é a filosofia centrada na família. A criança, pais e enfermeiros devem assumir parte ativa no processo de enfermagem em parceria. A parceria pressupõe dinâmica, participação ativa e envolvimento desta tríade enquanto parceiros no cuidar e em busca de objetivos comuns (Gotlieb & Feeley, 2005). “Cada um de nós enfermeiro (a), possui um modelo interiorizado que personifica a realidade da enfermagem conforme a praticamos e a vivemos dia-a-dia. Modelos, teorias e ideias abstratas em conjunto com a técnica são fundamentais ao aperfeiçoamento e cultura da disciplina de enfermagem” (Casey, 1993).

O interessante deste Modelo prende-se com a forma como estes conceitos são abordados e relacionados pela autora. Casey faz a distinção entre cuidados familiares e cuidados de enfermagem e admite que os primeiros se referem a cuidados de suporte das necessidades da criança e que estes deveriam ser prestados pelos pais, admitindo que aos enfermeiros cabem os cuidados diferenciados relacionados, por exemplo, com o quadro fisiopatológico. Contudo, esta abordagem é flexível, admitindo que poderá haver ocasiões em que os enfermeiros desempenhem cuidados familiares, e os pais desempenhem cuidados de enfermagem, desde que devidamente instruídos, ensinados e supervisionados (Casey, 1993).

A Segurança e a proteção da criança torna-se um aspeto importante no Modelo de Casey onde advoga que os cuidados à criança devem ser em forma de proteção, estímulo e amor

para preservar o seu crescimento e desenvolvimento, e ninguém melhor que os pais para providenciar estes cuidados, e neste sentido, a Ordem dos Enfermeiros (OE) reconhece a criança como ser vulnerável, e valoriza os pais, como sendo os principais prestadores de cuidados onde a preservação da segurança e bem estar da criança e família e a maximização do potencial do seu crescimento e desenvolvimento saem reforçados (Ordem dos Enfermeiros, 2010).

O aumento significativo de pesquisas nesta área tem vindo a suportar a utilidade do estabelecimento de parceria com a família, reconhecendo que sem isso a segurança e satisfação da criança e família com os cuidados de enfermagem podem estar comprometidos (Ahmann & Dokken, 2012). Como vantagens na implementação deste modelo de enfermagem pediátrica na prática clínica, podemos referir que é abrangente, pois permite aos pais/pessoa significativa, criança e enfermeiros enfatizar a interligação entre os cuidados hospitalares e domiciliários.

A execução dos cuidados deve assentar numa negociação constante e partilha de saberes entre todos, sempre na expectativa da preparação da alta. O modelo de cuidados negociados/partilhados é um meio eficaz de planejar, executar e avaliar os cuidados a prestar à criança, diminuindo os sentimentos negativos na criança e pais/conviventes significativos e a frustração dos profissionais de saúde. Diariamente o Saber Fazer do enfermeiro junta-se “à criatividade, sensibilidade, capacidade de entendimento do outro, aceitando-o como pessoa única, de uma forma única que necessita de cuidados únicos numa circunstância única” (Oliveira et al., 1995).

A presença dos pais a tempo integral durante o internamento das crianças, bem como a sua participação nos cuidados à criança, têm sido alvo de inúmeras reflexões em torno desta parceria de cuidados. É importante ultrapassar a visão fragmentada de quem reduz a parceria de cuidados a uma simples participação dos pais nos cuidados, sendo necessária uma consciência de que esta parceria é complexa, holística e centrada na criança e família. O Modelo de Casey teve profunda influência na Europa na compreensão da parceria e em como esta deve ter implícito o reconhecimento, respeito pelos conhecimentos dos pais acerca da criança, e sendo a negociação a base onde assenta o desenvolvimento da parceria (Mendes, 2010).

Os conceitos que servem de pilares ao Modelo de Casey devem ser interpretados de forma a perceber como se relacionam com a tríade da PBE. De acordo com o Conselho Internacional de Enfermeiros (2012), a PBE baseia-se numa tríade composta pelos seguintes elementos: Melhor evidência disponível, as necessidades e preferências dos utilizadores dos serviços de saúde e a experiência, as competências e juízo clínico do

enfermeiro. É recomendado que as preferências do cliente sejam consideradas em conjunto na sua implementação. Quando falamos na PBE nos cuidados prestados à criança e família, para além das preferências do cliente, neste caso específico é não só a criança, mas também a sua família a ter preferência.

Para além das preferências da criança e família, evidência e habilidades clínicas, o enfermeiro de pediatria tem um modelo pediátrico que orienta a sua prática e neste sentido terá de articular todos os elementos. A Figura 8. é ilustrativa da integração possível, entre o Modelo de Parceria de cuidados pediátrico de Anne Casey, com a tríade que compõe a PBE. A integração destes elementos proporciona uma relação entre o diagnóstico e os cuidados, capaz de otimizar de forma mais eficaz o resultado esperado.

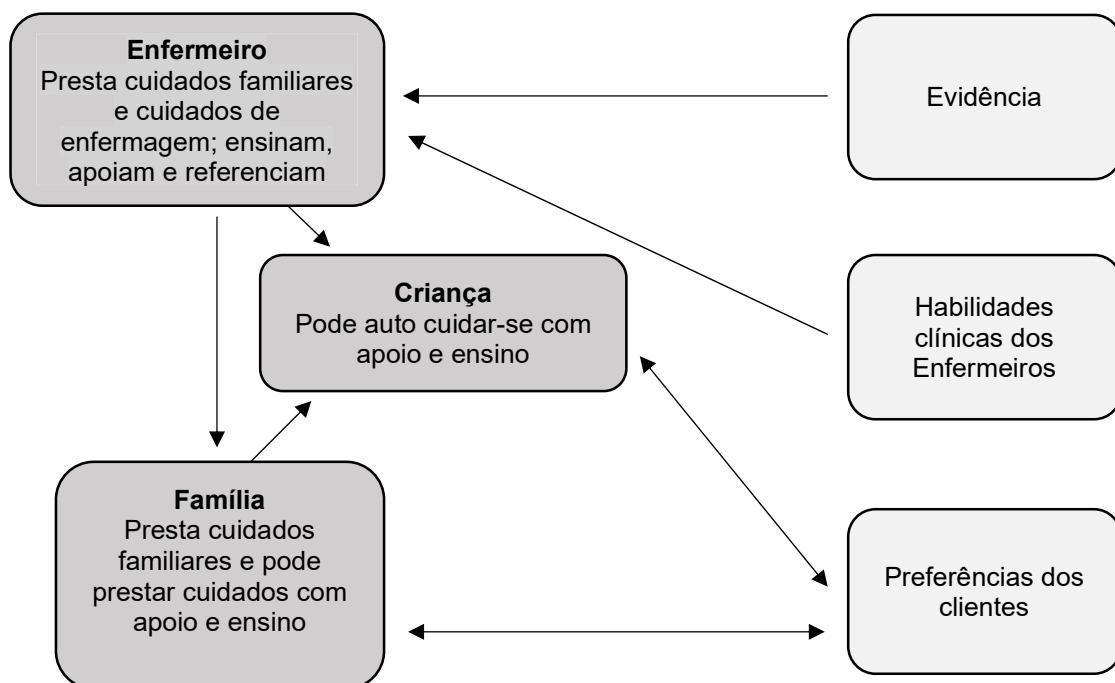


Figura 8. Tríade PBE e o Modelo de Parceria nos Cuidados

Quando abordamos a PBE nos cuidados de enfermagem prestados à criança e família, não podemos nunca dissociar do modelo de parceria nos cuidados de Anne Casey, uma vez que os cuidados de enfermagem pediátricos apresentam inúmeras particularidades. Temos então de juntar os conceitos da tríade PBE: Evidência, Habilidades clínicas do profissional, Preferências do cliente, aos conceitos da tríade do modelo de cuidados pediátrico: Enfermeiro, Criança, Família e, atender à negociação e parceria estabelecida nos cuidados à criança entre o enfermeiro e a família. A questão aqui colocada é que, da mesma forma que os cuidados familiares podem ser prestados pelos enfermeiros à criança na ausência da família ou incapacidade da mesma, o modelo de parceria também indica

que determinados cuidados de enfermagem possam ser prestados pela família com supervisão do enfermeiro, sendo mesmo referido como o melhor para a criança. Então, estes cuidados de enfermagem prestados pelos pais têm de garantir na mesma que os conceitos da tríade da PBE estão presentes e aqui poderá ser encontrada uma dificuldade à PBE. O centro do modelo de parceria de Anne Casey é a criança e a parceria e negociação de cuidados entre o enfermeiro de pediatria e a família torna-se assim a base dos cuidados (Casey, 1993).

Para percebermos de que forma podemos tentar compreender como se interliga a PBE e o modelo de parceria, relembramos os 5 passos da PBE: (1) transformação de uma dúvida em questão clínica; (2) busca da melhor evidência para responder à questão; (3) avaliação da validade, impacto e aplicabilidade da informação; (4) integração da evidência com a experiência clínica e as características do cliente; (5) avaliação dos resultados obtidos (Danski, et al., 2017). Evidenciamos o passo relativo à “integração da evidência com a experiência clínica e as características do cliente”, pois será neste passo que se terá de atender aos pressupostos e conceitos do modelo de parceria nos cuidados de Anne Casey nos cuidados de enfermagem prestados à criança e família, mas seguindo sempre uma PBE. Apesar de em contexto pediátrico a parceria e a negociação dos cuidados prestados à criança ser fundamental e base do cuidar, não podemos deixar de reformar a importância da sua articulação com a PBE e no sentido de reforçar a sua importância iremos explicar de forma sucinta como se desencadeia o processo baseado nas cinco etapas identificadas.

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

Os documentos encontrados devem ser posteriormente avaliados relativamente à validade, confiabilidade metodológica e a sua aplicabilidade na prática. Para avaliarmos a aplicabilidade clínica de um documento, devemos procurar identificar semelhanças entre o contexto descrito no trabalho de investigação e o que pretendemos estudar, não sendo á partida previsível aplicar um estudo realizado com adultos na população pediátrica. Assim, torna-se importante averiguar se as participantes têm características idênticas, se é possível introduzir na prática a intervenção descrita e ponderar as implicações financeiras e logísticas (ICN, 2012). A fase seguinte, corresponde à aplicação prática da informação proveniente da investigação (Domenico & Ide, 2003). Torna-se fundamental, avaliar a

mudança da prática clínica, pois ainda que a evidência clínica seja aliciente, esta pode não ser sustentável em todos os contextos e muito especificamente na população pediátrica.

CAPÍTULO II – ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO

Neste capítulo, partindo da formulação do problema; finalidade e objetivos; questões orientadoras; desenho de investigação; população e amostra; instrumentos de colheita de dados; procedimentos éticos, formais e análise dos dados, apresentamos todo o percurso metodológico realizado ao longo das várias etapas e estudos que compõem a investigação. Aqui o desafio centra-se em conseguir revelar todo o caminho percorrido, que permite dar resposta às perguntas das quais partimos e enquadrar nos contextos onde ocorreram.

Começamos por fazer referência à formulação do problema, finalidades e objetivos, o que permitirá enquadrar a investigação-ação participativa enquanto processo que conduziu o estudo, desde o diagnóstico de situação e identificação do problema até ao que se pretendia atingir: implementar uma EBE nos cuidados prestados à criança e família. De seguida, uma vez que os resultados não são independentes do local de onde provêm, e para facilitar a leitura compreensível daqueles que serão apresentados posteriormente, caracterizamos o contexto real no qual foram produzidos. Procedemos, também, à descrição das etapas que constituíram o ciclo de investigação-ação enquanto processo de mudança. Apresentamos o protocolo do estudo e a descrição dos métodos de recolha de dados utilizadas de acordo com os objetivos definidos e os dados que nos importava recolher ¹.

¹Protocolo publicado na Public Library of science (PLOS ONE): Torres C.P., Mendes F.J., & Barbieri-Figueiredo M.C. (2023) Use of “The Knowledge-to-Action Framework” for the implementation of evidence-based nursing in child and family care: Study protocol. PLOS ONE 18(3): e0283656. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0283656> (Anexo I)

1. Formulação do Problema

Um problema de investigação formula-se por via dedutiva, tendo em consideração a sucessão lógica de elementos e atendendo à relação entre os mesmos, onde surgem questões sobre um determinado assunto, ou uma necessidade é observada. Sendo assim, na formulação do problema o investigador procura demonstrar a utilidade do estudo e do problema de investigação para o avanço da disciplina, neste caso, da Enfermagem (Fortin, 2009). Através da revisão da literatura e do enquadramento realizado no capítulo anterior, acerca da temática em estudo, foi notório que a prática clínica dos enfermeiros beneficia quando sustentada pelo conhecimento e evidência científica. É uma realidade que as barreiras existentes nos contextos práticos dificultam a sua operacionalização, o que leva à necessidade de desenvolver mecanismos que permitam consolidar na prática a evidência científica. Na realidade, a implementação de uma EBE, como forma de abordagem da prática, pode tornar-se num processo complexo.

A problemática que serviu de motivação para o estudo foi surgindo ao longo de 18 anos em contexto prático de enfermagem pediátrica, onde foi identificada a necessidade de encontrar mecanismos que contribuíssem para colmatar a lacuna existente entre o conhecimento científico produzido através de pesquisas e a sua aplicação na prática clínica.

As estratégias facilitadoras da translação do conhecimento, são cada vez mais discutidas, pois promovem melhores práticas baseadas em evidência, sendo esta uma característica central de todos os serviços de saúde. A importância de basear as políticas de saúde e práticas de cuidados de saúde sobre a melhor evidência internacional disponível e de traduzir o conhecimento ou evidência em ação - investigação translacional - tem vindo a ser cada vez mais enfatizada nas diversas instituições de saúde (Pearson, Jordan, & Munn, 2012). Subjacente a estes conceitos está a tomada de decisão clínica, que considera a melhor evidência disponível, o contexto de cuidados, a preferência do utente, e o julgamento clínico do profissional de saúde/experiência profissional (Pearson, Wiechula, Court, & Lockwood, 2005).

A PBE acrescenta elevado valor aos cuidados de saúde, melhora a experiência do utente quer a nível da qualidade, quer confiabilidade dos cuidados de saúde. Tem ganhos significativos a nível dos resultados em saúde, e reduz os custos (Melnik, Gallagher-Ford, Long, & Fineout-Overholt, 2014). Assim a PBE torna-se cada vez mais importante para a saúde, para as organizações de saúde e para os profissionais (Aarons, Ehrhart, & Farahnak, 2014).

Nos cuidados de enfermagem prestados à criança e família, procura-se o melhor resultado em saúde, onde a utilização da melhor prática disponível é a chave para o sucesso. Esta componente tem três elementos: mudar a prática clínica, incorporar evidência através da mudança do sistema/organização e avaliar o impacto da utilização de evidências no sistema de saúde, no processo de cuidados e nos resultados em saúde (Joanna Briggs Institute - JBI, 2013a; Pearson et al., 2012). As crenças no valor da PBE, a capacidade para implementar as melhores práticas, os contextos ou ambientes facilitadores da implementação da PBE e o apoio dos decisores são alguns dos facilitadores para a adoção da PBE (Melnik et al., 2014). Porém, a adoção, implementação e sustentabilidade da PBE no contexto da saúde, das organizações de saúde e dos prestadores de cuidados de saúde, em que os enfermeiros são elementos centrais, coloca uma série de desafios que contribuem para as muitas lacunas ainda existentes entre investigação, prática e política de saúde (Pearson et al., 2012).

Os modelos de implementação da evidência, apesar de se diferenciarem entre si, quanto à condução de pesquisa específica para apoiar as decisões da prática dos enfermeiros, apresentaram estruturas rigorosas para a incorporação da evidência à prática (Camargo, Iwamoto, Galvão, Monteiro, Goulart, & Garcia, 2018). Estes modelos contemplam diferentes etapas de síntese, implementação, avaliação e sustentação da evidência, nunca esquecendo os aspetos organizacionais das instituições de saúde e/ou nas competências individuais do enfermeiro (Edward, 2015).

Para implementar uma PBE nos cuidados de enfermagem prestados à criança e família recorreremos à estrutura do modelo KTA. Esta é utilizada na prática com vários graus de integridade e fidelidade teórica, com especial relevância, quando a estrutura conceitual é integrada ao projeto de implementação. É uma das estruturas conceituais mais citadas para a tradução do conhecimento. Uma característica notável do KTA Framework é o desenvolvimento de ferramentas ou produtos de conhecimento como parte da Criação de Conhecimento (Field, Booth, Iltott, & Gerrish, 2014).

2. Finalidade e Objetivos

O Modelo KTA tem como finalidade contribuir para PBE nos cuidados de enfermagem prestados à criança e família, através da sua implementação. Como tal, a intenção da implementação do modelo é desenvolver, nos enfermeiros, um conjunto de conhecimentos e competências que permitam contribuir para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem pediátricos, inseridos num contexto organizacional facilitador. Do percurso efetuado até aqui, face ao exposto, surge a formulação da seguinte questão de investigação:

Quais os contributos da utilização do Knowledge-to-Action Framework para a implementação da enfermagem baseada na evidência nos cuidados prestados à criança e família?

De forma a procurar dar resposta à questão de investigação, formularam-se os seguintes objetivos:

- Implementar o modelo KTA nos cuidados de enfermagem prestados à criança e família;
- Avaliar o impacto da implementação do modelo KTA, nos enfermeiros, no contexto e no cliente de cuidados.

A partir destes objetivos, desenvolveram-se um conjunto de objetivos específicos para os quais foram desenvolvidos estudos, no sentido de lhes dar resposta, e que se encontram descritos ao longo deste Capítulo:

- Identificar as atitudes e barreiras percecionadas pelos enfermeiros face à PBE na Instituição Hospitalar, antes da implementação do KTA;
- Identificar variáveis pessoais e profissionais dos enfermeiros, que influenciem a Implementação da PBE na Instituição Hospitalar;
- Explorar as necessidades em PBE, sentidas pelos enfermeiros do contexto, antes da implementação do KTA;
- Avaliar a perceção do suporte familiar e satisfação dos pais das crianças internadas, com os cuidados de enfermagem prestados, pré e pós implementação do KTA;
- Avaliar as experiências e perceções dos enfermeiros acerca da implementação do KTA.

3. Pesquisa Ação Participativa - abordagem metodológica do estudo

Tendo em conta a natureza do problema, questão de investigação e objetivos, procurámos conhecer as realidades, que resultam de experiências individuais face a determinados fenómenos, como é o caso da PBE nos cuidados de enfermagem prestados à criança e família. Pretendemos dar um contributo para a evolução do conhecimento sobre a implementação da PBE nos contextos da prática, nomeadamente, no desenvolvimento profissional dos enfermeiros, na sua prestação de cuidados e nos contextos/organizações/instituições onde exercem as suas funções. Assim, assume-se que, para compreender a questão de investigação anteriormente formulada, adota-se, tal como Cruz (2012) e Augusto, Oliveira, Pinto, Teixeira, & Teixeira (2021), uma postura e um envolvimento ativo com os enfermeiros, nos seus contextos de prática clínica. Neste

sentido a pesquisa ação participativa em saúde (PaPS), foi o caminho metodológico definido e que mais se ajustava ao objetivo do estudo.

De acordo com International Collaboration for Participatory Health Research (ICPHR, 2013) e Springett, Wright & Roche (2011) a PaPS é uma abordagem que conjuga diferentes métodos e técnicas de investigação qualitativa e quantitativa, em que a participação do grupo-alvo é fulcral. O conhecimento científico é gerado pela ação e experimentação em contexto, com participação democrática e aprendizagem social, sendo a qualidade das relações entre investigadores e participantes que determina a qualidade da investigação e as técnicas que se aplicam. A PaPS envolve o sujeito-alvo na pesquisa, com o pressuposto de que, com este envolvimento, se facilita a objetivação das necessidades, dimensões de extrema importância quando se trata de promoção da saúde, e/ou transformação de ambientes sociais. Trata-se de um paradigma da praxis no contexto onde ocorre, potencializando as qualidades e capacidades individuais, procurando a transformação social (Martins, 2013).

As características desta abordagem PaPS distingue três dimensões, em termos de natureza e produção de conhecimento (Loewenson, Laurell, Hogstedt, D'Ambruso, & Shroff, 2015):

- A dimensão ontológica, onde a realidade é subjetiva e co-criada, podendo ser apreendida através da experiência subjetiva e da ação;
- A dimensão epistemológica, que proporciona uma experiência partilhada, análise participativa e ação, sendo utilizadas para edificar o conhecimento construído socialmente e a autoconsciência da realidade, como suscetível à transformação;
- A dimensão metodológica, centrada na ação colaborativa e investigativa, em que é dada primazia aos aspetos práticos e é fundamentada na experiência partilhada.

No método de investigação-ação há uma relação contínua entre ação e reflexão, que conduz a uma mudança de atitudes e das relações do saber e da ação. (Cardoso, 2014). O rigor associado a este tipo de investigação não é exceção e deve responder a determinados critérios (Coutinho, 2008; Stringer, 2007; Streubert & Carpenter, 2011):

- Credibilidade;
- Transferibilidade;
- Confiabilidade;
- Confirmabilidade.

Assumindo transversalmente a abordagem de investigação-ação, presente em todas as fases, complementamos com outras opções metodológicas nos diferentes estudos desenvolvidos e complementando com notas de campo em simultâneo, o que permitiu, ajustar e adequar o decorrer do estudo às necessidades e expectativas dos participantes.

Para estes registos procedemos a momentos de observação direta (investigador participante) e indireta (investigador não participante), dependendo se atuávamos apenas como “espectadores” ou se inseridos no próprio grupo (Minayo, 2000). Na maioria das vezes a atuação foi como participante, pois permitiu melhor compreender as atitudes e interesses dos participantes. O diário de campo foi sendo elaborado no decorrer de todos os processos, contendo observações, comentários e reflexões para uso individual, tendo-se revelado uma “fonte” inesgotável de construção, desconstrução e reconstrução de ideias e conhecimentos acerca do observado (Lewgoy & Arruda 2004).

Norteados por todos estes pressupostos, a implementação do Modelo KTA compreendeu três etapas: 1) Diagnóstico de Situação e Identificação de Necessidades em PBE; 2) Planeamento e Implementação do KTA; 3) Avaliação e Sustentação dos Resultados. Consequentemente as etapas do desenho do estudo são coincidentes com as etapas de implementação do Modelo KTA, onde em cada etapa se desenvolvem um conjunto de estratégias de recolha de dados, tal como podemos observar na figura 9.

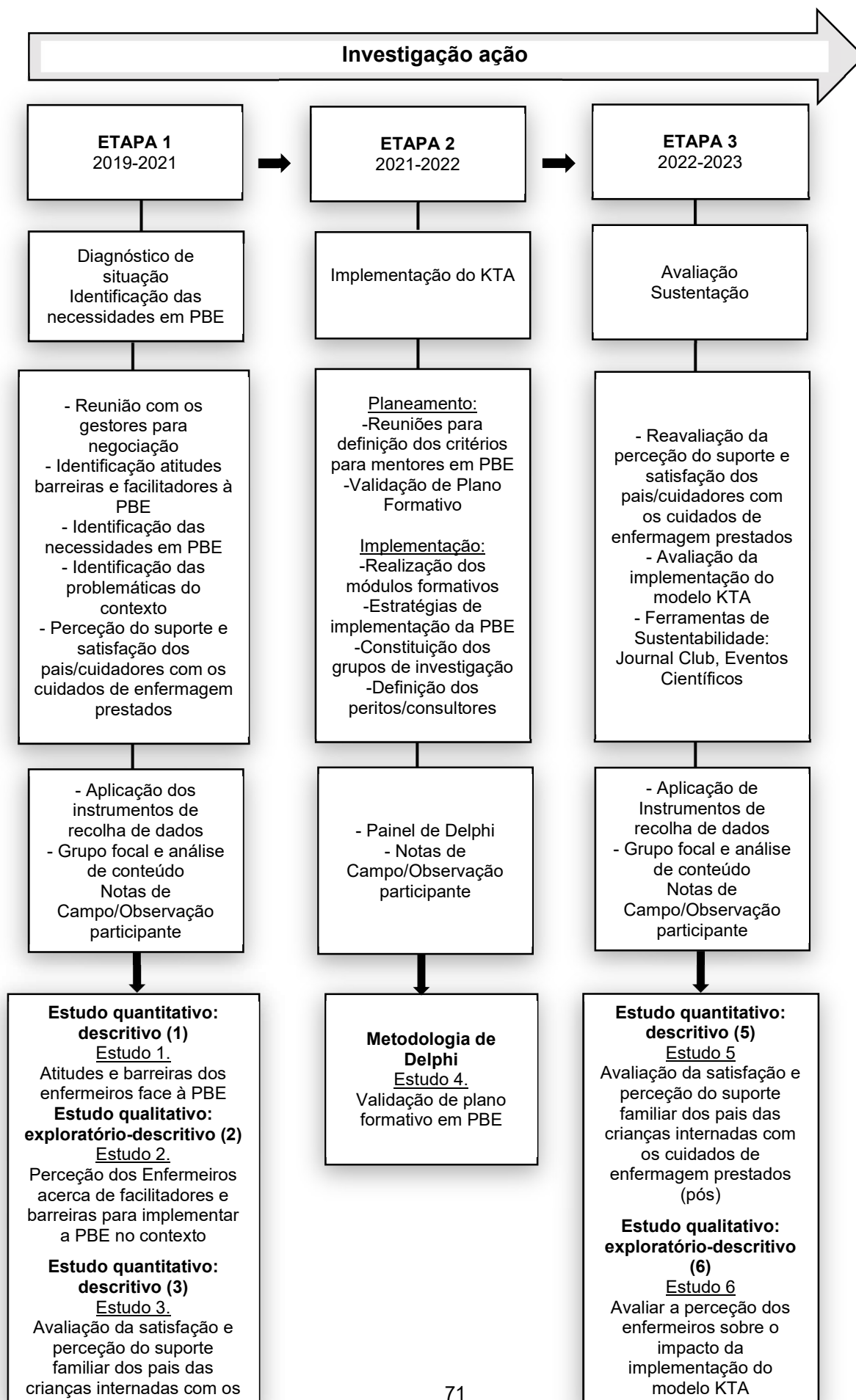


Figura 9. Desenho de estudo

A pesquisa foi desenvolvida num Serviço de Pediatria de uma instituição Hospitalar do Norte de Portugal (instituição caso), a partir da criação de grupos de trabalho, liderados por “mentores”. Esta abordagem estratégica foi desenvolvida pela investigadora principal, que providenciou um procedimento e uma estrutura de apoio para auxiliar os “mentores” na definição de um projeto apropriado às necessidades do contexto. Inicialmente realizou-se a capacitação dos grupos de trabalho e de forma mais detalhada aos “mentores” de cada grupo”.

4. População e Amostra

A população pode ser definida como um conjunto de elementos que apresentam características comuns entre si, sendo que a população-alvo, é a população que é objeto de estudo, satisfazendo um conjunto de critérios de inclusão. A amostra pode ser considerada como um conjunto de indivíduos de uma mesma população, sobre a qual se realiza o estudo (Fortin, 2009). Importa definir como vão ser selecionados os participantes que constituem a amostra, ou seja, o tipo de amostragem (Marôco, 2018). Neste estudo, recorreu-se a uma amostragem não probabilística por conveniência, ou seja, não seguindo os princípios básicos da teoria das probabilidades, sendo os participantes selecionados de acordo com a sua conveniência. Assim, ao longo das etapas e estudos:

Etapla 1: Diagnóstico de situação e Identificação das necessidades em PBE

Na etapa Diagnóstico de situação e identificação do problema, tivemos como população os enfermeiros e pais/cuidadores. Para a identificação das necessidades em PBE, consideramos como população os enfermeiros a exercerem funções no contexto onde iria decorrer a implementação do KTA. Os enfermeiros considerados, exerciam funções na Instituição Hospitalar, especificamente no serviço de Pediatria, sendo a equipa constituída por 32 enfermeiros. Todos os que se encontravam a exercer funções no serviço, participaram no estudo. Para avaliar a satisfação dos pais com os cuidados de enfermagem prestados em internamento, selecionamos no mesmo local 98 pais/cuidadores, através de uma amostragem não probabilística por conveniência.

Etapla 2: Planeamento e Implementação

Na fase de implementação, a amostra foi constituída por todos os enfermeiros que participaram na Etapa 1, tendo aceitado participar nas etapas seguintes (n=32). Procedemos ainda à seleção de 9 *experts* para participarem na validação do plano formativo e 7 peritos/consultores da academia para integrarem os grupos de investigação.

Etapa 3: Avaliação e Sustentação dos resultados

Na avaliação e sustentação dos resultados, a amostra do estudo foi semelhante à da Fase 1, tendo sido selecionados os enfermeiros que tinham participado da implementação do Modelo em todas as etapas. Para avaliar a satisfação dos pais com os cuidados de enfermagem prestados em internamento, após a implementação do Modelo KTA, selecionamos no mesmo local 89 pais/cuidadores, através de uma amostragem por conveniência.

5. Recolha de Dados

As estratégias para a recolha de dados encontram-se apresentadas e explicitadas por etapa. Na investigação-ação, a recolha de dados deve procurar iniciar-se logo na fase inicial, perante a evidência do problema, sendo que a discussão inicial sobre o problema será uma componente importante da análise de dados, assim, como toda a informação recolhida (Streubert & Carpenter, 2011).

Ao longo das diferentes fases do estudo foram utilizados instrumentos de avaliação quantitativos:

- Questionário de Atitudes e Barreiras em relação à Prática Baseada na Evidência (QABPBE-26) (Pereira, Cardoso, Martins, Figueiredo, & Carneiro, 2015) (Anexo II);
- Questionário de Satisfação do Cidadão com Cuidados de Enfermagem para pais de Crianças Hospitalizadas (ESCCE) (Loureiro, Araújo, & Charepe, 2021) (Anexo III);
- Questionário de Perceção do Suporte Familiar (QPSF) (Gouveia, Sveinbjarnardottir, Rodrigues, Henriques, 2019) (Anexo IV).

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

Recorremos também a guiões semiestruturados para orientar os grupos de discussão focal realizados. Esta é considerada uma valiosa estratégia de recolha de dados, uma vez que, é uma forma específica de entrevista de grupo com intenção de explorar a dinâmica do mesmo, potenciando as discussões no grupo como forma de promover a autorrevelação entre os participantes (Freeman, 2005). Existem inúmeras vantagens na adoção desta estratégia de recolha de dados, mas existem alguns aspetos a ter em atenção, nomeadamente, o efeito do “pensamento do grupo”. Para minimizar esta ocorrência, o moderador principal deve estar atento e efetuar a gestão do curso da discussão, centrando-

se nos objetivos do estudo para a recolha de dados, pelo que é uma estratégia que requer alguma experiência por parte do moderador principal (Carvalho & Teixeira, 2021).

Existem várias fases para a implementação de um processo de grupo focal, e que foram tidas em consideração na elaboração deste estudo. Silva, Veloso & Keating (2014), falam em cinco fases: 1) Planeamento; 2) Preparação; 3) Moderação; 4) Análise dos dados; 5) Divulgação dos resultados. Para esta discussão estruturada, na fase de preparação, para além da definição dos objetivos, participantes e critérios de inclusão, foram elaboradas questões, que se encontram compiladas num guião. Este é considerado um instrumento fundamental para a recolha de informação.

6. Considerações Éticas

A realização de qualquer pesquisa ou estudo implica a análise das questões morais e éticas por parte do investigador. Em certos momentos, podem existir conflitos entre o rigor da investigação e as exigências morais, encontrando desta forma barreiras e problemas éticos entre o investigador e a investigação. Toda a investigação que envolve seres humanos pode colocar em causa os direitos e liberdades da pessoa. Desta forma, quando decidimos investigar temos de respeitar os princípios: o direito à autodeterminação, direito à intimidade, direito ao anonimato e à confidencialidade, direito à proteção contra conforto e prejuízo e ao direito a um tratamento equitativo (Vilelas, 2017).

A Ética afirma-se como um conjunto de permissões e de interdições que têm um enorme valor na vida dos indivíduos e que os inspira no sentido de orientar a sua conduta. Inicialmente formalizou-se um pedido de autorização aos autores dos diferentes instrumentos de recolha de dados que se pretendia utilizar no estudo. O pedido foi realizado via e-mail e foi autorizado. Seguindo os princípios expostos inicialmente, o protocolo de investigação foi submetido à Comissão de Ética para a Saúde (CES) da Instituição Hospital tendo obtido o parecer favorável (CE 93/2021) (Anexo V). Juntamente com os instrumentos de recolha de dados, foi entregue a cada um dos participantes no estudo um formulário com o seu consentimento na participação e onde estavam de forma clara o tema e os objetivos do estudo.

Relativamente aos dados recolhidos dos participantes ao longo das etapas e estudos desenvolvidos, quer de natureza qualitativa como quantitativa, procurámos cumprir os princípios de confidencialidade dos dados pessoais, anonimato, bem como sigilo e a participação voluntária no decurso da investigação (Streubert & Carpenter, 2011).

A representação dos participantes foi efetuada de forma aleatória nos vários estudos onde existiu análise de repostas/discurso de participantes, garantindo o anonimato e

confidencialidade. Assim, na análise do Grupo de Discussão Focal, a representação dos participantes foi efetuada de forma aleatória pela letra E que representa o enfermeiro, seguidas por ordem numérica de participação (E1 a E32). Para a gravação de áudio dos grupos de discussão focal (plataforma Zoom), foi pedido consentimento para a gravação e exposto esta seria interrompida a qualquer momento, caso algum dos participantes assim o requeresse. Foram ainda informados que a gravação seria utilizada para efeitos de transcrição e análise do conteúdo. Para a utilização de instrumentos de avaliação, que compuseram o instrumento de recolha de dados da etapa 1 e etapa 3, foram pedidas as respetivas autorizações aos autores (Anexo VI).

CAPÍTULO III – UTILIZAÇÃO DO MODELO KNOWLEDGE-TO-ACTION FRAMEWORK PARA A IMPLEMENTAÇÃO DE UMA ENFERMAGEM BASEADA NA EVIDÊNCIA NOS CUIDADOS PRESTADOS À CRIANÇA E FAMÍLIA: RESULTADOS E DISCUSSÃO

Neste capítulo serão apresentados de forma detalhada, os estudos realizados em cada uma das etapas, bem como os seus resultados e principais conclusões. Consideramos, que uma abordagem de investigação-ação transversal, em conjunto com outras metodologias adequadas aos objetivos de cada etapa, foi compatível com a natureza participativa e de desenvolvimento do estudo, reconhecendo-se a natureza complexa do processo. Todos os que participaram neste estudo compartilharam pontos de vista, percepções, contribuindo para a mudança de acordo com a sua experiência e conhecimento (Friesen-Storms, Moser, van der Loo & Beurskens, 2015). O estudo descrito neste capítulo foi complementado com o referido na literatura acerca dos conhecimentos, habilidades, competências, práticas e atitudes dos enfermeiros relativamente à PBE, juntamente com as barreiras e facilitadores à sua implementação. Na figura 10 apresenta-se o friso cronológico do desenvolvimento da implementação do modelo KTA, descrito de seguida.

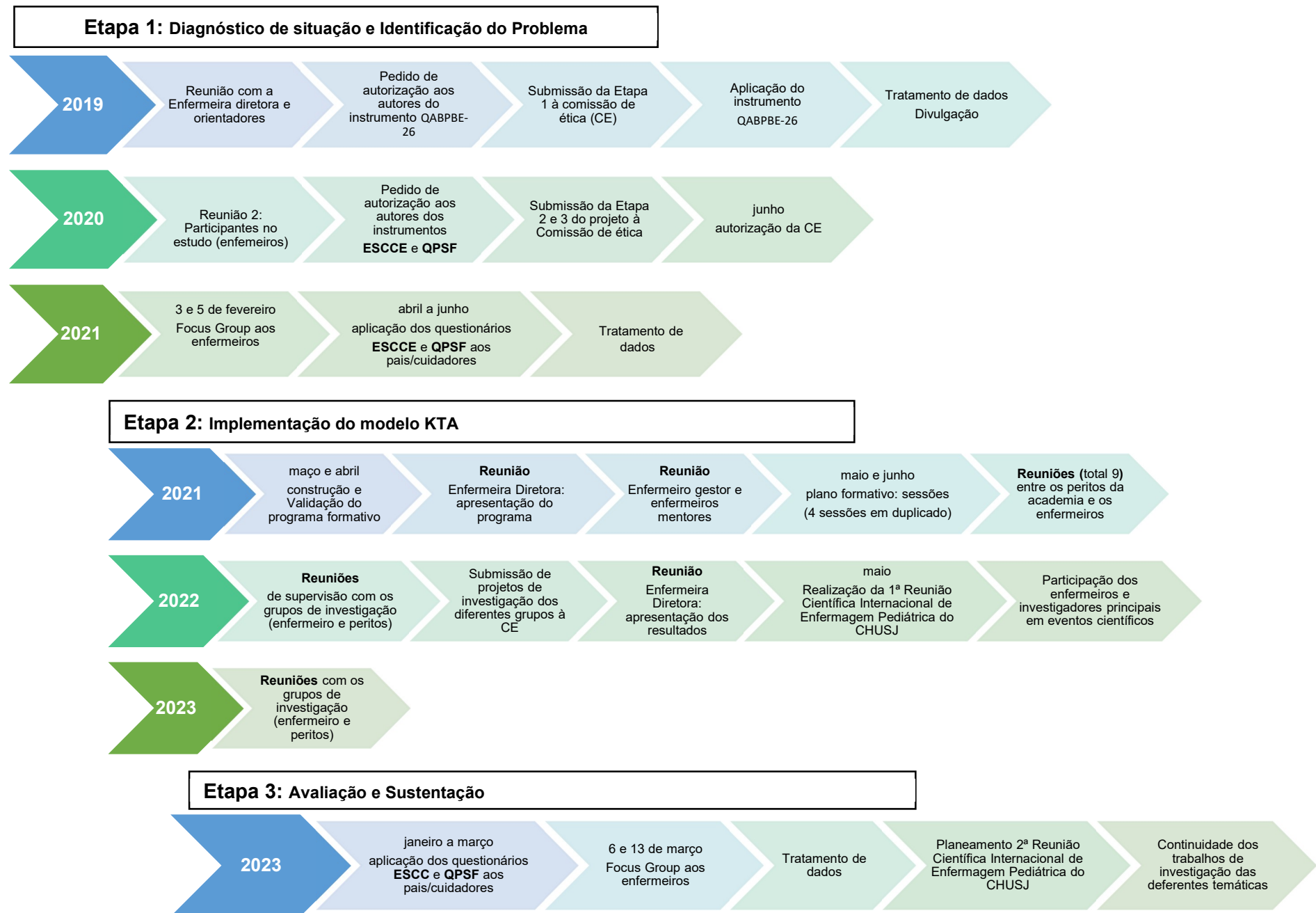


Figura 10. Friso cronológico das etapas 1, 2 e 3

1. Etapa 1: Diagnóstico de Situação e Identificação do Problema

Esta fase do percurso de investigação decorreu de 2019 a 2021. Norteados pelos princípios e pressupostos para esta Etapa 1 - Diagnóstico de situação e identificação do problema pré implementação do KTA, delineámos os seguintes objetivos/atividades:

- Apresentar o projeto aos Enfermeiros Gestores institucionais: Enfermeira Diretora; Enfermeira Supervisora da UAG e Enfermeiro Gestor do serviço;
- Aplicar o instrumento de recolha de dados constituído pela caracterização sociodemográfica e profissional, o Questionário de Atitudes e Barreiras em relação à Prática Baseada na Evidência (QABPBE-26), a todos os enfermeiros do serviço onde se desenvolveu o estudo.
- Aplicar o Questionário de Satisfação do Cidadão com Cuidados de Enfermagem para pais de Crianças Hospitalizadas (ESCCE) e o Questionário de Perceção do Suporte Familiar (QPSF), a uma amostra de pais/cuidadores de crianças internadas no serviço onde se desenvolveu o estudo.
- Identificar as barreiras percecionadas pelos enfermeiros para a implementação da PBE na Instituição Hospitalar.
- Identificar a satisfação dos pais/cuidadores com os cuidados de enfermagem prestados.

Esta etapa, constituiu-se como as etapas iniciais que compõem o Modelo KTA e consiste na identificação de um problema que deve ser abordado com as necessidades sentidas pelos intervenientes do contexto. Estas etapas podem envolver e comparar o que é a prática atual, com o que deveria estar implementado, a fim de determinar uma lacuna que deve ser colmatada, envolvendo sempre os stakeholders. É ainda essencial conhecer a realidade do contexto, a dinâmica e a equipa. Pode dizer-se que a implementação do Modelo KTA é um processo dinâmico, contínuo e evolutivo.

De acordo com os pressupostos que apresentamos, o Diagnóstico de Situação deve ainda ter em conta determinadas condições e responsabilidades (Teixeira & Carvalho, 2021):

- **Orientação voltada para o cliente de cuidados:** Por forma a promover uma orientação da gestão e das práticas que garantam a centralidade do cidadão;
- **Responsabilidade de administração e gestão da instituição:** Orientar a equipa multiprofissional no sentido de promover uma cultura de envolvimento e construção da melhoria contínua da qualidade;

- **Envolvimento dos responsáveis das equipas e dos profissionais:** Promover a autonomia e responsabilização das equipas e dos profissionais na gestão das estruturas de prestação de cuidados;
- **Abordagem seguindo uma PBE:** Mapear os cuidados de enfermagem segundo uma metodologia baseada na melhor e mais atual evidência;
- **Melhoria Contínua:** Garantir a avaliação e a formação contínua visando a qualidade do atendimento, do desempenho, do compromisso nos cuidados traduzido numa política de eficiência e ganhos em saúde;
- **Tomada de decisão sustentada em factos reais e concretos:** Monitorizar os resultados de forma a implementar medidas corretivas que garantam a eficácia do desempenho;
- **Investigação e desenvolvimento em enfermagem:** Promover a segurança e a qualidade dos cuidados no contexto, procurando articular com outros, numa perspetiva integrada e orientada para a investigação e desenvolvimento da instituição.

Sendo que todos os intervenientes no estudo são fundamentais, nesta etapa 1 da implementação do KTA, realizamos várias reuniões preparatórias à implementação do estudo. Iniciamos com a apresentação do projeto ao Conselho de Administração da instituição em causa, na pessoa da Sra. Enfermeira Diretora. Nestas primeiras reuniões foi apresentado o Modelo KTA, salientando os seus aspetos centrais, objetivos e vantagens identificadas na sua utilização. O mesmo foi bem acolhido e foram disponibilizadas aos enfermeiros participantes no estudo, horas de serviço, para utilizar no seu desenvolvimento. (12 horas para cada enfermeiro co investigador e 16h para cada enfermeiro mentor).

1.1. Estudo 1 – Identificação das Atitudes e Barreiras dos Enfermeiros Face à Prática Baseada na Evidência: Estudo Descritivo Pré Intervenção

Este estudo iniciou-se durante a frequência do mestrado em Gestão das Organizações: Ramo Serviços de Saúde, o qual foi concluído em 2019. A metodologia, bem como os dados e principais conclusões, encontram-se explanados de seguida. Desenvolveu-se tendo por base os seguintes objetivos: Identificar as barreiras à PBE nos cuidados prestados à criança e família; descrever as atitudes dos enfermeiros em relação à PBE.

Métodos

Instrumento de recolha de dados

Estudo descritivo, onde foram respondidos 34 questionários (população total do serviço), numa amostra por conveniência, com uma taxa de resposta de 100%. Utilizou-se o Questionário de Atitudes e Barreiras em relação à Prática Baseada na Evidência (QABPBE-26) de Pereira, et al. (2014), traduzido e adaptado do Evidence-Based Practice Questionnaire (Mckenna, Ashton & Keeney, 2004). Este instrumento de colheita de dados, é constituído por duas partes: Caracterização sociodemográfica, e a aplicação do QABPBE-26.

A primeira parte do instrumento é constituído pelas variáveis sociodemográficas e a segunda parte é o QABPBE-26, onde são colocados para resposta 26 itens que pretendem avaliar as atitudes e barreiras com as quais os enfermeiros são confrontados em relação à PBE nos cuidados prestados à criança e família. A resposta é ponderada, pelos participantes do estudo, utilizando uma escala ordinal do tipo likert e que varia ao longo de 5 classificações: 1=Discordo Totalmente; 2=Discordo; 3=Não tenho a certeza; 4=Concordo; 5= Concordo Totalmente.

A aplicação do instrumento de colheita de dados aos participantes do estudo, foi realizada entre o mês de abril e maio de 2019. Os dados recolhidos através do instrumento selecionado foram submetidos a tratamento estatístico, atitude esta fundamental na organização e análise da informação, bem como da apresentação, interpretação e discussão dos resultados.

População e amostra

A escolha da população do estudo recaiu nos Enfermeiros do serviço de Pediatria de um Hospital do Norte de Portugal. Após a escolha da população, através de uma amostragem de conveniência decidimos aplicar o questionário a todos os enfermeiros que exercem funções no serviço em questão, desde que se enquadrem nos critérios de inclusão da

amostra. A amostragem respeitou e seguiu critérios de inclusão que de seguida se enumeram:

- Ser enfermeiro no serviço de Pediatria Médica;
- Exercer funções no serviço há pelo menos um ano;
- Não se encontrar de licença prolongada (superior a três meses)

Foram inquiridos 34 enfermeiros, a totalidade dos enfermeiros elegíveis pelos critérios definidos, do serviço onde se desenvolveu o estudo.

Análise dos dados

Na análise dos dados obtidos, considerou-se um nível de significância de $\alpha=0,05$. Os dados foram analisados com recurso ao IBM SPSS Statistics (versão 27.0). Para análise dos dados referentes à caracterização sociodemográfica, recorreu-se a medidas de tendência central e dispersão. Na avaliação das associações entre os itens da escala e as variáveis sociodemográficas, utilizou-se o coeficiente de correlação Spearman para medir a intensidade da relação entre as variáveis ordinais contínuas. Para perceber o comportamento estatístico das variáveis independentes utilizou-se o teste de Mann-Whitney (comparar dois grupos independentes) e o teste Kruskal-Wallis (comparar três ou mais grupos independentes).

Resultados

O QABPBE-26, e consequentemente cada um dos itens, foram originalmente validados por Pereira et al., (2004), tendo obtido uma consistência interna para o valor de coeficiente de alfa de Cronbach de $\alpha=0,60$, o que é considerado aceitável atendendo ao reduzido número de itens que o constituem. Para além, disto, os autores do QABPBE, versão original do QABPBE-26 apresentam para esta escala o valor de coeficiente de alfa de Cronbach de $\alpha=0,74$ (McKenna, et al., 2002). No caso deste estudo em específico, foi obtido um alfa de Cronbach= $0,61$ para a escala global. De referir que se o item 14 fosse excluído o valor do alfa de Cronbach aumentava para $0,68$, no entanto este é um item importante atendendo aos objetivos do estudo.

Perfil demográfico dos participantes

Analisando a amostra, a idade dos participantes, e num total de 34 inquiridos, estes apresentam uma média de idades de 38 anos, um mínimo de 28 anos e um máximo de 52 anos. Relativamente ao género e fazendo a respetiva distinção, observamos que a nossa amostra atinge uma percentagem de 94,1% no género feminino e de 5,9 % no género

masculino. A distribuição dos inquiridos pelos diferentes graus académicos, mostra-nos que, com o grau de bacharel e doutor temos zero (0) inquiridos, com o grau de licenciado temos 31 e com o de mestre temos 3. Relativamente à variável habilitações profissionais, efetuamos a sua especificação entre quem tem formação a nível do curso de pós-licenciatura de especialização em enfermagem de saúde infantil e pediatria (CPLEESIP). De entre os 34 inquiridos, 22 (64,7%) apresentam formação no CPLEESIP e 12 (35,3%) não apresentam. Analisando o tempo de exercício profissional da população estudada, e num total de 34 inquiridos, estes apresentam uma média de tempo de 14,7 anos, um mínimo de 4 anos e um máximo de 30,25 anos. Mais especificamente no tempo de exercício profissional no serviço da população inquirida, apresentam uma média de tempo de 11,89 anos no serviço, um mínimo de 2 anos e um máximo de 29 anos. Quanto ao cargo que ocupa, o de enfermeiro especialistas dentro da população inquirida é de 44,1%, inferior à categoria de enfermeiro que se situa nos 55,9%.

A Variável Formação continua, foi analisada tendo em atenção quatro componentes diferentes: a PBE, Metodologia e implementação de projeto, Investigação e Gestão. Estas componentes são importantes para mais à frente, caso seja pertinente, se poderem discutir com outras variáveis. Estas 4 componentes foram estatisticamente analisadas em cada inquirido, atendendo à frequência ou não em formações em cada uma das 4 áreas. Atendendo às áreas de formação que foram questionadas, a formação em PBE é a área de formação mais frequentada pelos inquiridos, onde 23,5% refere ter frequentado formação nesta área, ao contrário de 76,5% que admite não ter frequentado. Metodologias e implementação de projetos foi frequentada por 8,8% dos inquiridos, contra 91,2 que não frequentou. Quando questionamos acerca da formação em investigação, 94,1% não frequentaram formações nesta área e apenas 5,9% frequentou. Percebemos que relativamente a terem frequentado formação em gestão 97,1% dos inquiridos admite que não, apenas 2,9% admite que frequentou. Podemos observar estes dados na Tabela 5. abaixo apresentada.

	n	n %	M
Idade (em anos)	34		37
Género	34		
Feminino		94,1	
Masculino		5,9	
Grau académico	34		
Bacharel		0	
Licenciado		91,2	
Mestre		8,8	
Doutor		0	
Habilitações profissionais	34		
CPLEESIP		64,7	
Tempo de exercício profissional (anos)	34	14,7	
Tempo de exercício profissional no serviço (anos)	34	11,89	
Categoria profissional	34		
Enfermeiro especialista em Pediatria		44,1	
Formação Contínua	34		
PBE		23,5	
Metodologias de projeto		8,8	
Investigação		5,9	
Gestão		2,9	

Tabela 5. Descrição da amostra do Serviço de Pediatria

De seguida optamos por analisar cada um dos Itens da escala aplicada como variáveis independentes, pois, trata-se de uma escala unidimensional tal como podemos observar na Tabela 6.

Item	DT=1		D=2		NC=3		C=4		CT=5		Mn		Mm	
	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	n	n	n	n
1			5,9	2	20,6	7	67,6	23	5,9	2	2	5		
2			26,5	9	38,2	13	11,8	4	23,5	8	2	5		
3	5,9	2	14,7	5	20,6	7	38,2	13	20,6	7	1	5		
4	5,9	2	14,7	5	20,6	7	38,2	13	20,6	7	1	5		
5	2,9	1	17,6	6	26,5	9	50	17	2,9	1	1	5		
6	5,9	2	58,8	20	11,8	4	17,6	6	5,9	2	1	5		
7	5,9	2	64,7	22	17,6	6	8,8	3	2,9	1	1	5		
8			2,9	1	5,9	2	58,8	20	32,4	11	2	5		
9			2,9	1	23,5	8	55,9	19	17,6	6	2	5		
10	2,9	1	23,5	8	29,4	10	41,2	14	2,9	1	1	5		
11			8,8	3	20,6	7	61,8	21	8,8	3	2	5		
12			8,8	3	14,7	5	58,8	20	17,6	6	2	5		
13			38,2	13	23,5	8	38,2	13			2	4		
14			26,5	9	11,8	4	58,8	20	2,9	1	2	5		
15			2,9	1	20,6	7	55,9	19	20,6	7	2	5		
16	5,9	2	35,3	12	17,6	6	41,2	14			1	4		
17			26,5	9	35,3	12	29,4	10	8,8	3	2	5		
18			11,8	4	38,2	13	50,0	17			2	4		
19			8,8	3	14,7	5	70,6	24	5,9	2	2	5		
20	5,9	2			26,5	9	47,1	16	20,6	7	1	5		
21	2,9	1	2,9	1	8,8	1	64,7	22	20,6	7	1	5		
22			2,9	1	23,5	8	58,8	20	11,8	4	2	5		
23			2,9	1	14,7	5	70,6	24	11,8	4	2	5		
24			8,8	3	26,5	9	61,8	21	2,9	1	2	5		
25			11,8	4	23,5	8	58,8	20	5,9	2	2	5		
26					2,9	1	44,1	15	52,9	18	3	5		

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

Tabela 6. Tabela de frequências absolutas e relativas dos itens do QABPBE-26

Algumas variáveis são, como é visível muito apoiadas pelos inquiridos. Quanto ideia *“Deveria fazer formação sobre investigação”* (Item 19) e a *“Sinto-me mais confiante se alguém experiente em investigação me fornecesse informação relevante”* (Item 23), percebemos que 70,6% dos inquiridos responderam “concordo”. Estes resultados podem apoiar por um lado a ideia de que os inquiridos reconhecem a necessidade de precisarem de investir mais em formação na área da investigação, e por outra, esta falta de formação que apresentam leva a que se sintam mais confiantes e seguros quando a informação sobre investigação lhes é transmitida e disponibilizada pelos seus pares mais experientes nesta área.

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

Quando questionamos: *“Acho que os artigos de investigação são de fácil compreensão”* (Item 7), 64,7% “discordam”. Os resultados do estudo nesta questão leva-nos a acreditar, que face à dificuldade, falta de formação e conhecimentos em investigação, referido pelos enfermeiros, já prevíamos que a análise dos artigos de investigação não fosse para eles de fácil compreensão. No entanto, é de difícil explicação que 67,6% manifestem confiança na sua capacidade de avaliar a qualidade dos artigos de investigação. De acordo com a resposta dada, 67,6% responderam “concordo” relativamente a *“Sinto-me confiante na minha capacidade para avaliar a qualidade dos artigos de investigação”*.

Se analisarmos as questões anteriores, que nos indicam a dificuldade que os participantes do estudo revelam acerca da investigação, e atendendo que consideraram os artigos científicos como não sendo de fácil compreensão, torna-se difícil explicar a confiança que revelam ter na capacidade de avaliar a qualidade da investigação. Pelos resultados, percebemos ainda, que *“Implementar práticas baseadas na evidência trará benefícios para o meu desenvolvimento profissional”* (Item 26), é muito apoiada, uma vez que, apenas 2,9% dos enfermeiros responderam “não concordo”, 41,1% responderam “concordo” e 52,9% responderam “concordo totalmente”. Não há dúvidas, que estes resultados vão de encontro ao que foi abordado no primeiro Capítulo deste trabalho, onde a ideia que se retira é de que a PBE, quer pelo seu contributo no desenvolvimento profissional do enfermeiro, quer pelos potenciais ganhos em saúde, se revela extremamente importante para sustentar a tomada de decisão na prática dos enfermeiros.

De seguida, através do coeficiente de correlação Spearman medimos a intensidade da relação entre as variáveis ordinais contínuas. Este teste em vez do valor observado, usa apenas a ordem das observações. Deste modo, este coeficiente não é sensível a assimetrias na distribuição, não exigindo desta forma que os dados provenham de duas populações normais (Vilela, 2017). Neste contexto, e atendendo que a amostra não segue uma distribuição normal utilizamos o coeficiente de correlação de Spearman. Através da análise de correlações podemos avaliar as associações existentes entre Idade, Experiência Profissional e Experiência Profissional no Serviço, com os 26 itens que constituem o instrumento QABPBE-26.

Na Tabela 7. apresentamos os resultados da verificação da associação das variáveis Sócio demográficas e os itens (variáveis).

Item	Variável *	Idade*		Experiência*		Experiência*	
		valor	p	valor	p	valor	p
1	Sinto-me confiante na minha capacidade para avaliar a qualidade dos artigos de investigação.	- 0,148	0,402	- 0,017	0,925	- 0,058	0,746
2	Creio que a aplicação da investigação à prática depende, até certo ponto, de quanto é que isso vai custar.	- 0,168	0,342	- 0,227	0,196	- 0,261	0,136
3	Muita da investigação disponível não é relevante para a minha prática profissional.	- 0,050	0,779	-0,110	0,536	- 0,348*	0,044
4	Acho difícil aceder regularmente à biblioteca mais próxima.	- 0,347*	0,045	- 0,318	0,067	- 0,420*	0,013
5	Acho que as chefias apoiam a utilização de Prática Baseada na Evidência.	0,487*	0,003	0,473**	0,005	0,380*	0,027
6	Acho que a investigação disponível específica para a minha área de trabalho é de fraca qualidade.	0,219	0,214	0,176	0,318	- 0,067	0,705
7	Acho que os artigos de investigação são de fácil compreensão.	0,348*	0,044	0,340*	0,049	0,076	0,671
8	Sinto que há benefícios em alterar a minha prática, com base na investigação.	0,206	0,242	0,273	0,119	0,114	0,521
9	Não há incentivos para desenvolver as minhas competências de investigação, para utilização na prática clínica.	0,143	0,419	0,199	0,258	0,120	0,500
10	Tenho dificuldade em contactar colegas com conhecimentos, para discutir resultados da investigação.	- 0,024	0,891	- 0,050	0,777	- 0,048	0,789
11	Acho que a adesão dos clientes é um fator fundamental na utilização da evidência.	- 0,081	0,650	- 0,147	0,408	- 0,067	0,706
12	Sinto confiança em utilizar o computador para pesquisar informação baseada na evidência.	- 0,90	0,614	- 0,049	0,785	-0,009	0,960
13	Acho avassaladora a quantidade de literatura de investigação.	0,115	0,517	0,067	0,707	- 0,108	0,543
14	Acho difícil manter-me a par de todas as mudanças que acontecem presentemente no meu contexto de trabalho.	0,138	0,437	0,116	0,512	0,164	0,354
15	Sei como pesquisar informação baseada na evidência.	0,132	0,457	0,018	0,919	- 0,050	0,779
16	Os recursos informáticos de que disponho no local de trabalho são adequados para pesquisar literatura baseada na evidência	0,153	0,388	0,217	0,218	0,353*	0,041

17	Acho difícil influenciar a mudança na prática clínica no meu contexto de trabalho.	- 0,081	0,647	- 0,019	0,913	- 0,282	0,106
18	Tenho constatado que a literatura de investigação por vezes reporta resultados contraditórios.	- 0,017	0,926	0,043	0,811	0,087	0,624
19	Creio que deveria fazer formação para me ajudar a utilizar a investigação eficazmente.	0,014	0,937	- 0,022	0,903	0,094	0,598
20	Não há dinheiro suficiente para financiar investigação sobre cuidados de saúde	- 0,049	0,785	0,027	0,880	- 0,153	0,389
21	Constató que as limitações de tempo impedem que a prática baseada na evidência, seja usada eficazmente no meu exercício clínico.	-0,036	0,842	0,100	0,575	0,166	0,347
22	Sentir-me-ia mais confiante se alguém experiente em investigação me fornecesse investigação relevante.	- 0,192	0,284	- 0,185	0,304	-0,043	0,812
23	Sentir-me-ia mais confiante se alguém experiente em investigação me fornecesse informação relevante.	0,219	0,095	0,335*	0,040	0,260	0,138
24	Os meus colegas apoiam a aplicação da investigação relevante na prática.	- 0,153	0,389	- 0,163	0,358	0,035	0,843
25	Frequentemente, os resultados da investigação não são facilmente transferíveis para a minha prática clínica.	0,144	0,415	0,169	0,339	0,018	0,920
26	Implementar práticas baseadas na evidência trará benefícios para o meu desenvolvimento profissional.	0,198	0,262	0,221	0,210	0,281	0,108

* Coeficiente de correlação de Spearman

Tabela 7. Correlação entre variáveis sociodemográficas e itens do QABPBE-26

Ainda relativamente às variáveis Sociodemográficas e às variáveis independentes, vamos analisar o grau de associação entre elas.

Variável Idade

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

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

* Coeficiente de correlação de Spearman

Tabela 8. Associação entre a variável idade e os itens do QABPBE-26

Na Tabela 8 podemos perceber que existe uma correlação negativa entre a variável idade e a “*difficuldade em aceder regularmente à biblioteca*”, o que significa que quanto menor a idade do participante no estudo, menor é a associação com esta variável. Da totalidade da amostra utilizada, verificamos que quanto menor é a idade do participante menos dificuldade manifesta em aceder à biblioteca. Poderá estar relacionado com a menor distancia temporal ao “banco da escola” (Formação de base), ou mesmo a uma vida mais descomplicada a nível pessoal, como ausência de filhos, ou outros encargos.

Existe ainda, uma correlação positiva entre a idade e o reconhecimento que atribuem ao apoio das chefias na utilização de um PBE. Quanto maior a idade maior a associação entre as 2 variáveis. Os dados recolhidos indicam-nos que os participantes do estudo com mais idade acham que as chefias apoiam mais a utilização da PBE do que os participantes mais novos. Os enfermeiros com mais idade, de uma forma geral têm mais anos de experiência profissional, desta forma a maior maturidade profissional e pessoal permite-lhes reconhecer na chefia mais apoio à PBE.

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

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

Variável Tempo de Experiência Profissional

A variável Tempo de experiência profissional apresenta uma correlação positiva de ($r=0,473$; $p=0,005$) com “Acho que as chefias apoiam a PBE” (Item 5), com variável “Acho que os artigos de investigação são de fácil compreensão” (Item 7) de ($r= 0,340$; $p=0,049$) e “Sentir-me-ia mais confiante se alguém experiente em investigação me fornecesse informação relevante” (Item 23) de ($r= 0,335$; $p=0,040$). (Tabela 9).

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

* Coeficiente de correlação de Spearman

Tabela 9. Associação entre a Variável Tempo de Experiência Profissional e os itens do QABPBE-26

Pelos resultados apresentados, a associação existente entre a variável Tempo de Experiência Profissional e estas três variáveis independentes são associações positivas, o que vai de encontro ao que foi descrito e analisado na Variável Idade. Os resultados indicam que conforme o tempo de experiência profissional aumenta, cada uma das três variáveis apresentadas na tabela 9. também aumentam, visto tratar-se da existência de uma correlação positiva entre elas.

Tempo de experiência profissional no serviço

A variável Tempo de experiência profissional no serviço apresenta uma correlação negativa de ($r= -0,348$; $p=0,044$) com “Muita da investigação disponível não é relevante para a minha prática profissional.” (Item 3) e com “Acho difícil aceder regularmente à biblioteca mais próxima” (Item 4) com um de ($r= -0,420$; $p=0,013$). Apresenta uma correlação positiva com a variável “Acho que as chefias apoiam a utilização de Prática Baseada na Evidência.” (Item 5) de ($r= 0,380$; $p=0,027$) e “Os recursos informáticos de que disponho no local de trabalho são adequados para pesquisar literatura baseada na evidência” (Item 16) de ($r= 0,353$; $p=0,041$) (Tabela 10.).

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

* Coeficiente de correlação de Spearman

Tabela 10. Associação entre a Variável Tempo de Experiência Profissional no serviço e os itens do QABPBE-26

Relativamente às restantes variáveis que nos propusemos investigar, falta analisar a relação entre as variáveis Sociodemográficas: Género, Habilitações literárias, Cargo que ocupa e Formação contínua e os itens do QABPBE-26. Para perceber o comportamento estatístico dessas variáveis independentes será utilizado o teste de Mann-Whitney. Este teste é utilizado quando estão em comparação dois grupos independentes. Na variável estado civil optamos por utilizar o teste Kruskal-Wallis, já que se pretende comparar três ou mais grupos independentes (Vilela, 2017). Através do teste de Mann-Whitney, podemos verificar que existem diferenças significativas entre a variável género (masculino e o feminino) no Item 6. O género masculino concorda mais com esta afirmação do que o género feminino ($U=511,500; p=0,034$) (Tabela 11).

Variável Género

Item 6		N	Mean ranks	Sum ranks	Mann-Whitney U	p
	Género*				15,50	0,034
Acho que a investigação disponível especifica para a minha área de trabalho é de fraca qualidade.	Masculino	4	27,83	83,50		
	Feminino	30	16,50	511,50		

* teste Mann-Whitney

Tabela 11. Associação entre a Variável Género e os itens do QABPBE-26

Variável Estado Civil

Para comparar a variável Estado Civil com as restantes variáveis independentes aplicou-se o teste de Kruskal-Wallis. Este é aplicado quando estão em comparação três ou mais grupos independentes (Vilela, 2017), como é o caso do grupo dos Solteiros, Casados/União de facto ou separados. Na Tabela 12. está representado a comparação entre as variáveis sociodemográficas: Solteiro; Casado/União de facto, Separado e os Itens que apresentam maiores diferenças estatísticas. São eles o 7, 12, 14, 25.

Item		Estado Civil*	N	Mean ranks	Krushkal-wallis	p
7	Acho que os artigos de investigação são de fácil compreensão.	Solteiro	13	13,65	9,65	0,008
		Casado/União de facto	19	18,50		
		Separado	2	33,00		
12	Sinto confiança em utilizar o computador para pesquisar informação baseada na evidência.	Solteiro	13	21,50	7,13	0,003
		Casado/União de facto	19	13,97		
		Separado	2	25,00		
14	Acho difícil manter-me a par de todas as mudanças que acontecem presentemente no meu contexto de trabalho.	Solteiro	13	12,19	7,90	0,019
		Casado/União de facto	19	20,50		
		Separado	2	23,50		
25	Frequentemente, os resultados da investigação não são facilmente transferíveis para a minha prática clínica.	Solteiro	13	12,50	9,65	0,008
		Casado/União de facto	19	21,45		
		Separado	2	12,50		

*Teste de Kruskal-Wallis

Tabela 12. Associação entre a Variável estado civil e os itens do QABPBE-26

Quando analisamos o Item 7, verificamos que as maiores diferenças surgem entre os solteiros ($F=13,65$; $p=0,08$) e os separados e entre os casados/união de facto e os separados. Os separados apresentam valores mais altos e os solteiros menores valores, portanto os separados são os que consideram que os artigos de investigação são de mais fácil compreensão, por outro lado, os solteiros consideram o contrário.

No Item 12, as maiores diferenças surgem entre os casados/união de facto e os separados. Os Separados concordam mais com este item do que os casados/união de facto. Podemos então, perceber que os Separados são os que apresentam maior confiança em utilizar o computador para pesquisar acerca da PBE, ao contrário dos casados/união de facto que apresentam mais dificuldade de entre todos. Já relativamente ao Item 14, a maior diferença verifica-se entre os Solteiros e os separados. Os Separados consideram ser mais difícil manterem-se a par das mudanças existentes no serviço, enquanto os Solteiros consideram

mais fácil. No Item 25, as mais diferenças surgem entre solteiro e os casados/união de facto e os separados com os casados/união de facto. De entre as três variáveis, os casados/união de facto são os que concordam mais com este item, concordando mais que frequentemente os resultados da investigação não são facilmente transferíveis para a minha prática clínica.

Variável Habilitações Profissionais – CPLEESIP

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

CPLEESIP: Tem formação; Não tem formação. Na Tabela 13, iremos comparar as Habilitações profissionais relativamente ao CPLEESIP.

	CPLEESI*	N	Mean Rank	Sum of Ranks	Mann-Whitney U	p
Item 1 - Sinto-me confiante na minha capacidade para avaliar a qualidade dos artigos de investigação.	Não tem Formação	12	13,13	157,50	79,50	0,022
	Tem Formação	22	19,89	437,50		
Item 3 - Muita da investigação disponível não é relevante para a minha prática profissional.	Não tem Formação	12	23,67	284,00	58,00	0,005
	Tem Formação	22	14,14	311,00		
Item 9 - Não há incentivos para desenvolver as minhas competências de investigação, para utilização na prática clínica.	Não tem Formação	12	11,88	142,50	64,50	0,007
	Tem Formação	22	20,57	452,50		
Item 15 - Sei como pesquisar informação baseada na evidência.	Não tem Formação	12	12,25	147,00	69,00	0,012
	Tem Formação	22	20,36	448,00		
Item 26 - Implementar práticas baseadas na evidência trará benefícios para o meu desenvolvimento profissional.	Não tem Formação	12	9,71	116,50	38,50	0,000
	Tem Formação	22	21,75	478,50		

* teste Mann-Whitney

Tabela 13. Associação entre a Variável Habilitações profissionais – CPLEESIP e os itens do QABPBE-26

Através do teste de Mann-Whitney, quando comparamos os grupos independentes com cada uma das variáveis, podemos verificar que existem diferenças significativas entre **Ter realizado a formação no CPLEESIP** ou **Não ter realizado a formação no CPLEESIP** nos Itens 1, 3, 9, 15 e 26. No Item 1, “*Sinto-me confiante na minha capacidade para avaliar a qualidade dos artigos de investigação*”, quem tem o CPLEESIP tem melhor score que é o mesmo que dizer que apoia mais esta ideia. Quando analisamos o Item 3, percebemos que quem não tem o CPLEESIP tem melhor score. Este resultado está de acordo com os anteriormente já analisados, pois os participantes do estudo que não têm o CPLEESIP não

estão de acordo com este item, que afirma que *“A investigação disponível não é relevante para a minha prática profissional”*. Será o mesmo que dizer que atribuem relevância à investigação na sua prática profissional, ao contrário dos indivíduos que têm o CPLEESIP e que não lhe atribuem tanta relevância, tal como se pode verificar pelo score que é mais elevado.

No Item 9, tem um score mais elevado os participantes que detêm o CPLEESIP comparativamente com os que não detêm. Um score mais elevado, significa que admitem que não há incentivos para desenvolver as suas competências de investigação, para aplicação na prática clínica, logo os participantes com o CPLEESIP concordam com esta afirmação, não reconhecendo haver incentivos nesta área. *“Sei como pesquisar informação baseada na evidência”* é o Item 15, e apresenta diferenças significativas entre quem tem ou não o CPLEESIP. Os participantes do estudo que têm o CPLEESIP têm um score mais alto comparativamente com os que não têm. O último item que apresenta diferenças significativas entre os grupos é o 26. Relativamente à ideia que *“implementar práticas baseadas na evidência trará benefícios para o meu desenvolvimento profissional”*, quem tem o CPLEESIP tem um score mais alto do que o outro grupo que não tem.

Cargo que ocupa

O cargo que ocupa cada um dos inquiridos foi comparado com os 26 itens apresentados no questionário. Dividimos esta variável em 2 grupos independentes: enfermeiro e enfermeiro especialista. Foi considerado cargo de enfermeiro especialista, a todos os que viram reconhecidas as suas funções de especialista e com respetiva atribuição do suplemento remuneratório em 2018. Na Tabela 14 apresentamos os itens que quando comparados com os 2 grupos independentes, mais diferenças significativas apresentaram.

	Cargo que Ocupa	N	Mean Rank	Sum of Ranks	Mann-Whitney U	p
Item 3 - Muita da investigação disponível não é relevante para a minha prática profissional.	Enfermeiro	12	12,92	155,00	112,0	0,038
	Especialista					
	Enfermeiro	22	20,00	440,00		
Item 15 - Sei como pesquisar informação baseada na evidência.	Enfermeiro	12	22,33	268,00	74,0	0,020
	Especialista					
	Enfermeiro	22	14,86	327,00		

* teste Mann-Whitney

Tabela 14. Associação entre o cargo que ocupa e os itens do QABPBE-26

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

O oposto se passa com o grupo dos Enfermeiros, que não valorizam a investigação disponível para a prática, daí apresentarem um score mais alto e referem mais dificuldade na pesquisa de informação baseada na evidência, apresentando neste ponto um score mais baixo. Quando analisamos as diferenças estatisticamente significativas entre o grupo dos Enfermeiros versus grupo dos Enfermeiros especialistas e os 26 itens, verificamos que se evidenciou o Item 3 e o Item 15.

Discussão

Começando por analisar a estatística descritiva das variáveis sociodemográficas do nosso estudo, temos de fazer referência aos dados da Ordem dos Enfermeiros Portuguesa (OE), para perceber se a nossa amostra se aproxima ou não das características da globalidade dos Enfermeiros portugueses inscritos na OE (Ordem dos Enfermeiros, 2022). Em 2022 encontravam-se inscritos na OE 81799 enfermeiros, sendo que 14300 (17,5%) são do género masculino e 67499 (82,5%) do género feminino. A amostra do nosso estudo apresenta 94,1% do género feminino e 5,9% do género masculino, o que demonstra uma clara tendência para o género feminino estando este ponto de acordo com os dados da OE. A profissão de Enfermagem, desde a sua origem, sempre foi constituída por mais elementos do género feminino.

A idade dos Enfermeiros portugueses concentra-se entre os 32 e os 34 anos e a média de idades da nossa amostra é de 37,8, podendo perceber-se que se encontra muito próximo dos valores da OE. Se formos comparar o número de enfermeiros de cuidados gerais com o número de enfermeiros especialistas, percebemos que em Portugal existem 58197 enfermeiros (71,4%) e 24353 enfermeiros especialistas (28,6%). Os enfermeiros especialistas em saúde infantil e pediátrica são 3210, representando 3,9% dos enfermeiros inscritos na OE. A amostra do nosso estudo apresenta 65% de enfermeiros especialistas em saúde infantil e pediátrica e 35% de Enfermeiros de cuidados gerais. Comparando os dados da amostra com os da OE, percebemos que o serviço onde foi realizado o estudo apresenta um score elevado relativamente ao número de especialistas. De 28,6% a nível nacional para 65% existentes no serviço do estudo. Relativamente aos dados

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

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

Para discussão dos restantes resultados começamos por procurar e analisar investigação já realizada em estudos onde tivessem utilizado instrumentos semelhantes. Analisando as frequências relativas e absolutas dos 26 Itens do QABPBE – 26, podemos salientar os mais apoiados pelos nossos participantes. O item 19 *“Deveria fazer mais formação sobre investigação”* e o item 23 *“Sinto-me mais confiante se alguém experiente em investigação me fornecesse informação relevante”*, ambos com uma percentagem de resposta de 70,6% no score 4 (Concordo) da escala de likert de 1 a 5 e o item 1 *“Sinto-me confiante na minha capacidade para avaliar a qualidade dos artigos de investigação”* com 67,7 dos inquiridos a responder no score 4 (Concordo).

Nos EUA foi realizado um estudo por Hart, Eaton, Buckner, Morrow, Barrett, Fraser, Hooks & Sharrer (2008), com a finalidade de avaliar as perceções face aos conhecimentos, atitudes e competência dos enfermeiros face à PBE e a utilização da investigação, os principais resultados vão de encontro aos obtidos no nosso estudo. Os autores referem que 58% dos enfermeiros manifestaram confiança na capacidade de avaliar e obter informações através da pesquisa, e no nosso estudo 67,7% dos inquiridos também referem esta confiança (Item 1). No mesmo estudo 59,8% referiam precisar de mais competências face à avaliação da sua pesquisa e através dos nossos resultados podemos perceber que esta ideia também é apoiada por 70,6% dos enfermeiros (Item19). Relativamente à confiança sentida pelos enfermeiros na utilização do computador, apesar desta ideia não ser das mais apoiadas pelos participantes do nosso estudo (Item 12 com 58,8% no score 4), os nossos dados estão próximos com os do estudo que estamos a analisar onde 63,4%

dos enfermeiros referiram estar confiantes de que tinham habilidades necessárias para realizar uma pesquisa de literatura com recurso a computador.

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

Quando associamos as variáveis sociodemográficas (Idade, Experiência Profissional e Experiência Profissional no serviço) do estudo com cada um dos itens do QABPBE-26 podemos perceber qual o grau de associação que existe entre elas. A variável Idade apresenta uma associação positiva com o item 5 “Acho que as chefias apoiam a utilização de uma PBE” ($r=0,487$, $p=0,03$). Este resultado demonstra que os enfermeiros com mais idade apoiam mais esta afirmação. Se analisarmos a tabela de frequências relativas e absolutas relativamente a este item, verificamos que 50% dos enfermeiros concordam (score 4) com esta ideia. Num estudo realizado por Koehn & Lehman (2008), onde se propuseram identificar preditores das barreiras auto reportadas pelos enfermeiros à utilização de investigação na prática clínica, verificamos que ao contrário do nosso estudo onde 50% concorda que as chefias apoiam a PBE, os resultados que obtiveram demonstraram a insatisfação dos enfermeiros com o apoio das chefias na participação e envolvimento em projetos de PBE. Os dados que obtivemos no nosso estudo são apoiados por outros autores (Thompson, Chau & Lopez, 2006), onde num estudo realizado em Hong Kong com a finalidade de analisar as associações entre as barreiras percecionadas e as características dos enfermeiros, foi concluído que como aspeto facilitador identificado para a utilização da PBE estava no encorajamento e suporte que tinham por parte dos gestores da sua organização.

Ainda relativamente à idade podemos realçar que esta variável apresenta uma associação negativa com o item 4, ou seja os enfermeiros mais novos apoiam mais a ideia de que é difícil aceder regularmente à biblioteca ($r= -0,347$, $p=0,045$). Mills & Field (2009), concluíram com o seu estudo realizado na Austrália, com o propósito de determinar a valorização das evidências e do conhecimento para a prática clínica entre enfermeiros, que os mais jovens eram mais propensos para se avaliarem como mais frequentadores e competentes no uso da biblioteca, internet para localizar evidências do que os enfermeiros mais velhos. Este estudo não apoia totalmente os resultados que obtivemos.

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

O Tempo de experiência profissional no serviço foi outra variável estudada em associação com os itens do QABPBE-26. Aqui encontramos uma correlação negativa com o item 3 ($r=-0,348$, $p=0,044$) onde os enfermeiros mais novos apoiam mais a ideia de que muita da informação disponível não é relevante para a sua prática profissional e com o item 4 ($r=-0,420$, $p=0,013$) onde se remete para a dificuldade em aceder regularmente à biblioteca. Encontramos uma associação positiva entre o Tempo de experiência profissional no serviço e o item 16 ($r=0,353$, $p=0,041$), logo os enfermeiros com mais tempo de serviço concordam mais com a afirmação *“os recursos informáticos que dispõem no local de trabalho são adequados para pesquisa da literatura baseada na evidência”*. Os mais velhos no serviço também defendem mais a ideia de que as chefias apoiam a utilização da PBE – item 5 ($r=0,380$, $p=0,027$).

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

Para percebermos o comportamento das variáveis Habilitações Profissionais e Cargo ocupado no tratamento de dados dividimos os participantes em grupos independentes, tal como constava no questionário fornecido aos enfermeiros e é da mesma forma que iremos discutir os dados. Na Variável Habilitações Profissionais: CPLEESIP, 64% dos enfermeiros da nossa amostra apresentam esta formação e existem diferenças significativas em alguns itens do QABPBE-26 e o ter ou não ter formação a nível do CPLEESIP. Os itens 1, 9, 15 e 16 apresentam diferenças significativas quando comparamos os grupos tem formação ou não tem formação no CPLESIP, os que têm formação apresentam em todos os itens referidos scores superiores. A maioria destes itens (1, 15 e 26) referem-se a afirmações

facilitadoras de uma PBE, o que torna evidente que os enfermeiros que fazem formação na área da pediatria estão mais motivados para a implementação de uma PBE. No entanto no Item 9 os enfermeiros do grupo que tem formação em CPLEESIP têm scores mais elevados neste item, reconhecem que é uma barreira à PBE a inexistência de incentivos para desenvolver as suas competências de investigação. Relativamente ao item 3, também existe diferença significativa entre os grupos, mas o grupo que apresenta maior score é o que não tem formação em CPLEESIP. Este grupo admite que muita da investigação disponível não é relevante para a sua prática, encontrando aqui uma barreira à implementação da PBE. Neste ponto podemos perceber que a formação no CPLEESIP faz toda a diferença na maneira como os enfermeiros percecionam a importância da investigação como promotora de uma PBE quando comparados os 2 grupos.

No estudo já referido anteriormente (Chien et al., 2012), os resultados encontrados estão também de acordo com os nossos, onde é identificado como maior barreira a uma PBE o suporte organizacional diminuído, sendo esta barreira também identificada no nosso estudo pela análise dos resultados obtidos no grupo dos enfermeiros com CPLEESIP (Item 9). No mesmo estudo os autores também identificaram que níveis académicos inferiores percecionam níveis mais elevados e um maior número de barreiras à PBE. O grupo de Enfermeiros com o CPLEESIP entendem existir mais aspetos facilitadores da PBE quando comparados com o grupo que não tem o CPLEESIP. Antes de analisarmos e discutirmos a variável cargo que ocupa, salientamos que foi considerado como exercendo cargo de Enfermeiro Especialista a todos os que viram reconhecidas as suas funções em janeiro de 2018.

Na variável “cargo que ocupa” consideramos 2 grupos independentes: Enfermeiro e Enfermeiro Especialista e encontramos diferenças significativas entre estes 2 grupos nos itens 1 e 15. Quando comparamos o grupo dos Enfermeiros com o grupo dos Enfermeiros especialistas percebemos que os especialistas apoiam mais a ideia de que sabem pesquisar informação baseada na evidência (Item 15), o que também já era apoiado no grupo dos Enfermeiros que tinham formação em CPLEESIP. Por outro lado, o grupo dos Enfermeiros defendem mais que o grupo dos especialistas que muita da investigação disponível não é relevante para a sua prática (Item 3).

Tal como demonstrado em outros estudos, também nós percecionamos que os Enfermeiros têm uma atitude positiva face à PBE, mas a sua implementação e adoção na prática ocorre muito lentamente não refletindo o positivismo e a vontade demonstrada pelos Enfermeiros. Este fenómeno leva uma necessidade de mudança de modelos/paradigmas e um maior investimento por parte dos Enfermeiros e das organizações onde estão inseridos. Para estes autores, verificou-se que para além dos conhecimentos exigidos em

termos de PBE, também o investimento em grupos de trabalho sobre esta temática se assume como fundamental (Stokke, Olsen, Espehaug & Nortvedt, 2014). Para além desta ideia ser defendida por vários autores, também nós estamos totalmente de acordo atendendo aos resultados que obtivemos com este estudo. Torna-se também fundamental após se ter identificado as maiores barreiras à PBE no contexto do estudo que sejam adotadas medidas promotoras e facilitadores de cuidados de enfermagem baseados na evidência.

Conclusão

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

Com os resultados da investigação, apercebemo-nos ainda da necessidade existente de um melhor suporte organizacional para a prática no sentido de criar um ambiente promotor de uma EBE. As escolas de Enfermagem poderão ter um papel importante neste sentido, dado que, pelos dados que obtivemos no estudo a formação especializada e pós-graduada sensibiliza os enfermeiros para a necessidade da implementação desta prática e ao mesmo tempo fornece conhecimentos e ferramentas para a sua utilização. É também fundamental que ao nível das instituições governamentais, gestores das organizações, chefias de topo ou intermédias ofereçam as condições necessárias para apoiar e promover a PBE.

1.2. Estudo 2 – Perceção dos Enfermeiros acerca dos Facilitadores e Barreiras para a Implementação da Prática Baseada na Evidência em Contexto Hospitalar²

Esta parte do estudo de investigação foi submetida sob a forma de artigo. A metodologia, bem como os dados a que se refere esta publicação, encontram-se explanados de seguida.

Métodos

Trata-se de um estudo exploratório descritivo, qualitativo, desenvolvido de acordo com os critérios preconizados pelo *Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Studies* (COREQ) para pesquisa qualitativa. O local do estudo foi o Serviço de Pediatria de um hospital do Norte de Portugal. A população do estudo constitui-se na totalidade por enfermeiros, que integram a equipa do serviço de Internamento da Pediatria do Hospital onde foi realizado o estudo, sendo este o único critério de inclusão definido para a seleção dos participantes do estudo. Para a colheita de dados, fevereiro de 2021, foram aplicados dois instrumentos: um formulário individual para a caracterização sociodemográfica dos participantes do estudo e um roteiro de entrevista semiestruturada, utilizado como guia de orientação e condução do grupo focal. No formulário de caracterização sociodemográfica, os variáveis identificadas foram: idade; género; habilitações académicas e profissionais; tempo de exercício profissional; e informações relacionadas a experiência com PBE, metodologia e aplicação de projetos, investigação e gestão.

O plano orientador de sessões de grupo focal (anexo VI), para condução do grupo, centrou-se em questões norteadoras com foco nos facilitadores e barreiras à implementação da PBE, tais como: (1) *“Quais os principais desafios que vos ocorrem quando falamos em Enfermagem Baseada na Evidência e Cuidados Centrados na Família?”*; (2) *Quais as barreiras que consideram existirem à Enfermagem Baseada na Evidência? E especificamente no vosso contexto clínico?* (3) *Quais os facilitadores que consideram importantes para Enfermagem Baseada na Evidência? E especificamente no vosso contexto clínico?* (4) *Qual vos parece ser o papel da organização onde estão inseridos para o sucesso da implementação desta prática (PBE).*

O roteiro que serviu de guia para o grupo focal (Anexo VI), continha questões abertas, tendo por objetivo identificar as barreiras percecionadas pelos enfermeiros para a implementação da PBE nos cuidados prestados à criança e família. Na sequência das restrições impostas pela Direção Geral da Saúde (DGS) de Portugal, atendendo ao

² Torres, C.P., Mendes, F.J., Vilaça, S.P., Duarte, A.M., & Barbieri-Figueiredo, M.C. (2023). Implementation of Evidence-Based Practice in Paediatric Nursing Care: Facilitators and Barriers. Sage Open Nursing, ID:SON-22-0378. (Submetido, em fase de revisão) (Anexo VII)

momento pandémico vivido, a recolha de dados não foi presencial. Os grupos focais realizaram-se por videoconferência, em horário conveniente para os participantes e foram gravados na íntegra, para posterior transcrição integral dos dados obtidos. Os enfermeiros participantes foram codificados nos trechos de fala pela letra “E”, seguida de um algarismo arábico.

Para a análise e interpretação dos dados das entrevistas realizadas, recorreu-se à técnica de Bardin, que consistiu inicialmente na “leitura flutuante” do conteúdo recolhido para a elaboração de hipóteses, ou seja, uma explicação prévia do observado. Em seguida, procedeu-se à exploração do material para codificação dos dados e construção das unidades de registo. A análise e tratamento dos resultados, foi efetuado com recurso ao *MAXQDA Plus 2020* e, compreendeu a codificação e a inferência. As categorias e subcategorias emergiram como rubricas que agruparam elementos com características comuns. No processo de escolha de categorias, atendemos aos critérios semânticos, sintáticos, léxicos e expressivo. As características sociodemográficas dos participantes do estudo serão apresentadas de forma descritiva. O estudo foi aprovado pela Comissão de Ética para a Saúde e Unidade de Investigação da Instituição onde se realizou, com número de Parecer de aprovação 93/2021.

Participantes

Os participantes do estudo foram selecionados partindo de uma amostra de conveniência. A amostra respeitou e seguintes critérios de inclusão que de seguida se enumeram:

- Ser enfermeiro no serviço de Pediatria Médica;
- Exercer funções no serviço há pelo menos 1 ano;
- Não se encontrar de licença prolongada (superior a 3 meses)

Foram realizados 2 grupos focais, nos dias 3 e 5 de fevereiro de 2021 onde participaram 32 participantes, a totalidade dos enfermeiros elegíveis pelos critérios definidos, do serviço onde se desenvolveu o estudo. Participaram no estudo menos dois enfermeiros que no estudo anterior (por ausência prolongada do serviço).

Resultados

O estudo incluiu a totalidade dos elementos da equipa de enfermagem do serviço, totalizando 32 enfermeiros. Das características sociodemográficas dos participantes do estudo, podemos salientar que se trata de uma amostra de enfermeiros maioritariamente do género feminino (94%), com Especialidade em Enfermagem Pediátrica (69%). Relativamente à formação em PBE, 75% dos participantes refere não ter realizado

qualquer formação nesta área. De forma ainda mais acentuada, na área da Investigação, 94% dos enfermeiros não realizaram qualquer formação específica. Na Tabela 15. podemos observar, mais pormenorizadamente, a caracterização socio demográfica dos participantes do estudo.

Características	n (%)
Idade em anos	
Entre 23 e 30 anos	5 (16%)
Entre 31 e 35 anos	13 (41%)
Entre 36 e 40	6 (18%)
Entre 41 e 50	8 (25%)
Género	
Feminino	30 (94%)
Masculino	2 (6%)
Habilitações Académicas	
Licenciatura	25 (78%)
Mestrado	7 (22%)
Doutoramento	0 (0%)
Habilitações Profissionais	
Especialidade em Enfermagem Pediátrica	
Sim	22 (69%)
Não	10 (31%)
Tempo de Exercício Profissional	
Entre 3 e 10 anos	10 (31%)
Entre 11 e 15 anos	7 (22%)
Entre 16 e 20 anos	9 (28%)
Mais de 20 anos	6 (19%)
Formação Contínua	n (%)
Prática Baseada em Evidências	
Sim	8 (25%)
Não	24 (75%)
Metodologia e Implementação de projetos	
Sim	3 (9%)
Não	29 (91%)
Investigação	
Sim	2 (6%)
Não	30 (94%)
Gestão	
Sim	1(3%)
Não	31(97%)

Tabela 15. Características sociodemográficas, dos enfermeiros que participaram no estudo no grupo focal.

Às respostas obtidas foi efetuada análise de conteúdo temática, tal como propõe Bardin (2016), tendo em consideração as seguintes fases para a sua condução: a) organização da análise; b) codificação; c) categorização; e, d) tratamento dos resultados, inferência e a interpretação dos resultados. O material empírico obtido foi alvo de exploração e análise, tendo em consideração os critérios de representatividade, homogeneidade, reclassificação e agregação dos elementos do conjunto. Foram realizados dois grupos focais, com 16 participantes em cada grupo, e duração média de 60 minutos. Após a transcrição e análise

do conteúdo das entrevistas, emergiram três categorias analíticas: Facilitadores à Implementação da PBE (1); Barreiras à Implementação da PBE (2) e Cuidado Centrado na Família e Criança (CCFC) na Prática Clínica (3). As categorias de análise e as subcategorias estão apresentadas na Figura 11.

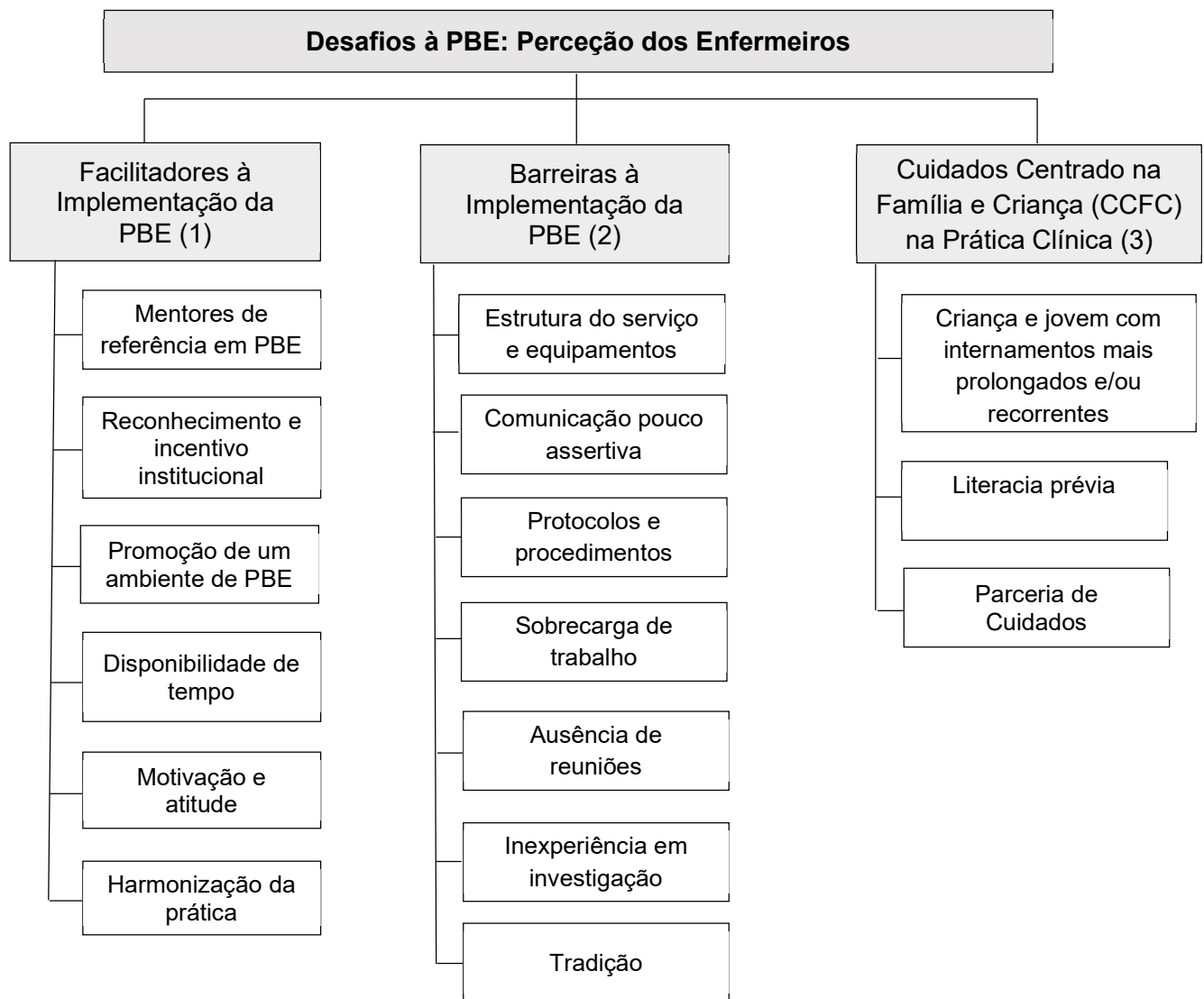


Figura 11. Categorias e subcategorias da percepção dos enfermeiros aos desafios da implementação da PBE

Na Tabela 16 encontramos exemplos de unidades de registro (Anexo VIII).

Categorias	Subcategorias	Unidades de Registro
Facilitadores à implementação da PBE	Mentores de referência em PBE	Sem dúvida que o mentor nesta área poderá ajudar neste processo. Ajuda muito alguém nos oriente neste caminho. Fazer formação nesta área para depois termos quem nos oriente (E11).
	Reconhecimento e incentivo institucional	No fundo é termos algum reconhecimento por parte da instituição e por parte dos nossos pares. Para sabermos que aquilo que vamos fazendo muda alguma coisa, é um processo de mudança de algo que pretendemos que dê frutos, à partida viáveis e importantes (E24).
	Promoção de um ambiente de PBE	É sem dúvida um grande facilitador o interesse da instituição para que se faça esse caminho. É preciso darem condições na prática para chegarmos a isso. Para além do nosso interesse, acho que a instituição também deveria ter interesse e, criar condições para a implementação dessa prática (E15).
	Disponibilidade de tempo	Na minha forma de ver, as horas que nos foram disponibilizadas para fazer formação são muito importantes e levam-me a acreditar que o projeto se possa mesmo concretizar (E25).
	Motivação e atitude	Eu acho que toda a equipa estar envolvida e comprometida com esta prática, já é um aspeto positivo e muito importante para que esta prática seja uma realidade (E17).
	Harmonização da prática	Haver uniformização através de normas e protocolos que consigam orientar os nossos procedimentos, ainda que cada um tente adaptar à sua personalidade, deveria haver uma norma por onde todos os enfermeiros se consigam reger. Acho que isso é super importante (E2).

Barreiras à implementação da PBE	Estrutura do serviço e equipamentos	Não temos uma sala para reunir, passamos o turno e no mesmo local prepara-se medicação e faz-se os registos (E16)
	Comunicação pouco assertiva	Noto que talvez nos devêssemos empenhar mais em comunicar bem, às vezes falamos muito e perdemos a informação e assim não falamos todos a mesma linguagem (E2).
	Protocolos e procedimentos	Há uma falta de estruturação de procedimentos, protocolos que é uma coisa que nós falamos e acabamos todos por concordar: nós não temos o suporte, sabemos as coisas, mas não temos aquele suporte, até mesmo para integrar elementos novos, alunos e não temos isso (E4).
	Sobrecarga de trabalho	A falta de tempo pode ser uma barreira, o número de doentes, ou excessivo nº de doentes pode implicar a capacidade de chegarmos onde pretendemos (...) e de fazer tão bem quanto queríamos e de acordo com a evidência científica (E3).
	Ausência de reuniões sistemáticas	(...) faz-nos também falta fazer sistematicamente pontos de situação, como o género do que estamos a fazer hoje, mas uma coisa mais sistemática para debatermos determinado assunto (E14).
	Inexperiência em investigação	(...) o que me deixa triste é que nós somos um hospital conceituado e não produzimos conhecimento para o exterior, baseamo-nos nos em artigos de outros países, fazemos como em outros países, quando nós temos conhecimento, experiência e não a conseguimos traduzir em artigos científicos (E1).
	Tradição	Acho que há uma resistência individual de cada um à mudança. Muitas vezes surgem novos dados de várias coisas que até já se pratica de maneira diferente, mas nós continuamos a fazer o que já fazíamos(...) porque se torna mais confortável (E17).

Cuidados Centrado na Família e Criança (CCFC) na Prática Clínica (3)	Criança e jovem com internamentos mais prolongados e/ou recorrentes	(...) mas o que é certo é que famílias crônicas têm muitas vezes dúvidas crônicas e fazem procedimentos que acham corretos há determinados anos e não aceitam bem que o enfermeiro coloque em causa os seus cuidados e ficam chateados e zangados (E5).
	Literacia prévia	Pode haver alguma dificuldade no sentido daquilo que as famílias trazem como certezas e que nos vamos ter que confrontar os dados que temos da evidencia científica com aquilo que os pais acreditam que é. Isto pode ser um bocadinho difícil (E17).
	Parceria de cuidados	A parceria de cuidados torna a coisa mais complexa e envolve mais variáveis, que é o bem-estar da família, os casos individuais de cada família e a evidencia científica, que se calhar vai ter de se ajustar ou adaptar a cada caso, o que vai tornar as coisas mais complicadas, e nos sabemos disso (E12).

Tabela 16. Descrição das categorias temáticas sobre análise das barreiras e facilitadores a implementação da PBE

A análise das três categorias permitiu analisar os desafios identificados pelos enfermeiros face à implementação da PBE nos cuidados prestados à criança e família. Na categoria Facilitadores à Implementação da PBE (1), emergiram seis subcategorias; na categoria *Barreiras à Implementação da PBE* (2), emergiram sete e na categoria *CCFC na Prática Clínica* (3), emergiram três. Os tópicos que mais vezes foram repetidos, relativamente à categoria (1) foram: a *Promoção de um ambiente de PBE* (40%) e a *Harmonização da Prática* (60%); na categoria (2): *Comunicação Pouco Assertiva* (70%) e na categoria (3): a *Tradição* (52%) foi o mais referido, seguido de *Literacia Prévia* (35%).

Facilitadores à Implementação da PBE (1)

Relativamente à categoria “Facilitadores à Implementação da PBE” (1), ficou evidente que os enfermeiros consideravam que os mentores assumem um papel de relevo, como: (...) *um elemento na equipe que nos ajudasse, com experiência em PBE era importante, porque existem imensos estudos e tem que haver a capacidade de analisar a sua qualidade,*

verificar se eles de facto são adequados ao nosso contexto (E4); (...) não basta pegar num estudo e implementar a sua evidência, é preciso organizar a informação por temas e escolher aqueles que são mais pertinentes e um mentor com conhecimentos em PBE na equipe seria fundamental (E9).

Os cenários de prática clínica tomam especial importância porque: (...) *a preparação de um ambiente favorável à investigação, ao desenvolvimento de estudos é essencial, bem como a promoção de implementação de modelos de PBE nos contextos clínicos (E8); (...) a formação académica, nomeadamente a nível da especialidade e mestrado ajudam a preparar os contextos clínicos, favorecendo muito a PBE (E18); (...) por outro lado “é importante salientar que o caminho é a PBE, no entanto, é muito complexa a sua implementação (E29). De realçar ainda que: (...) o apoio institucional, reduz a desmotivação do trabalhador e aumenta o compromisso de qualidade dos cuidados que presta (E15); Este reconhecimento e incentivo institucional é referido como: (...) um governar virado para a mudança e incentivo aos profissionais” (E12); Onde grande parte das ideias apresentadas pelos enfermeiros, começam com pequenas modificações na organização e nos processos de trabalho, enfatizando: (...) a necessidade de reconhecimento pela gestão hospitalar das dificuldades que vivenciam diariamente (E19).*

Realçamos ainda a disponibilidade de tempo como facilitador e fator de impacto, na perspetiva dos enfermeiros, para o sucesso da PBE, onde: (...) *deveria estar incluído aquando da contratualização, horas de trabalho dedicadas à investigação em cenário prático (E30); (...) assim, era possível haver mais exequibilidade desta prática (E32).*

Barreiras à Implementação da PBE (2)

A segunda categoria analisou as “Barreiras à Implementação da PBE” (2), na perspetiva dos enfermeiros. É referido encontrar no seu contexto de prática clínica, inúmeras barreiras, que dificultam este processo, como: a estrutura física do cenário da prática e os equipamentos existentes, levam: (...) *à percepção é de que o serviço não está adequado, existe muito barulho e nenhum espaço para reuniões com tranquilidade desejada (E10); (...) a disponibilidade dos recursos de informação também é desajustada (E14); (...) os computadores no nosso local de trabalho são escassos para tanta gente (E19) e (...) a limitação no acesso a bases de dados e plataformas digitais, também são muito dificultadoras (E22).*

Quanto a ausência ou desatualização de “Protocolos e Procedimentos”, esta ideia emerge em afirmações como: (...) *desatualização de protocolos é uma barreira à PBE (E20); (...) uma linha de orientação científica baseada na prática, com coerência, em que cada elemento da equipe, com a comunicação e interação entre pares, procurará a adequação*

ao contexto (E20); ou (...) os protocolos, desde que válidos e atualizados, são um documento que fundamenta a nossa tomada de decisão (...), como muitas vezes estes documentos não existem, tornam-se uma dificuldade para a PBE de toda a equipe (E31).

A “tradição” é outro eixo que emergiu nas barreiras à PBE, onde é referido que: (...) há algum conhecimento novo, mas há sempre resistência à mudança por parte da equipe e essa também acaba por ser uma barreira (E5); (...) acho que há uma resistência individual de cada um à mudança. Muitas vezes surgem novos dados de várias coisas que até já se pratica de maneira diferente, mas nós continuamos a fazer o que já fazíamos. Porque se torna mais confortável (E17); e (...) há uma componente de observação e de experiência do dia a dia que pode levar-nos a aprofundar determinado assunto e fazer estas revisões teóricas do que está para trás e tentar até inovar e mudar alguma coisa e quebrar a barreira dos conformismos e da tradição (E26).

Outra das dificuldades mencionadas pela equipe é a comunicação: (...) a comunicação...acho que é um problema transversal a todos os grupos, a todas as equipes, a todas as pessoas (E5); (...) se não for assertiva e sem falhas, é também, uma barreira muito grande para a implementação da PBE (E9). Através dos depoimentos anteriores percebe-se que a comunicação intra e interdisciplinar é uma barreira bem presente na equipe e se não for bem trabalhada poderá colocar em causa o processo de implementação desta prática.

Cuidado Centrado na Família e Criança (CCFC) na Prática Clínica (3)

Destacamos que atendendo ao método indutivo de análise de dados a categoria “Cuidado Centrado na Família e Criança (CCFC) na Prática Clínica” (3) emergiu, não se podendo incluir nas anteriores, pois tratando-se de um Serviço de Pediatria, esta prática está muito latente. Relativamente ao modelo de prestação de cuidados adotado pelos enfermeiros, o CCFC, a PBE tem contornos muito particulares e está muito dependente de cada família e criança, tal como é relatado de seguida: (...) para algumas das famílias o tipo de cuidados que temos no serviço (CCFC) vai ser positivo para este processo (E3); (...) famílias mais resistentes a mudanças e à intervenção do enfermeiro, este método de trabalho que utilizamos, de parceria e centrado na família, pode ser muito difícil de ajustar (E13); (...) a preparação para a alta, das crianças com internamentos mais prolongados, ou doença crónica complexa, pode ser um desafio a este processo de implementação de uma PBE (E1); (...) o maior contato das famílias com os cuidados de saúde, leva à existência de barreiras difíceis de ultrapassar, como as tradições que trazem, a literacia que apresentam (E11); (...) requer estratégias muito bem definidas e centradas em cada família e criança, sendo este um dos aspetos da PBE (...) a preferência da família e criança (E26).

Por outro lado, a categoria (3) pode funcionar também como um facilitador da PBE porque: (...) *por vezes os pais das crianças com doença crónica, que têm internamentos mais recorrentes, disponibilizam informação mais atualizadas acerca da criança e dos seus gostos e preferências, o que permite à equipe ajustar e personalizar os cuidados* (E19); (...) *a parceria de cuidados que realizamos, permite-nos visualizar os cuidados que os familiares prestam e, caso seja necessário, propor-lhes alteração das práticas em função da melhor evidência* (E31). As oportunidades prévias de aprendizagem de literacia acontecem em cada família, de maneira formal ou informal, em contexto família ou social, assim o tipo de literacia prévia de cada família: (...) *é um fator dificultador, nomeadamente, o ter uma literacia mais baixa*” (E9).

Discussão

Os enfermeiros que participaram no grupo focal, são na sua maioria do género feminino (94%) tendência que se verifica à escala nacional, onde 82,2% dos enfermeiros portugueses são do género feminino (Ordem do Enfermeiros, 2021). Em relação à formação especializada, neste caso, em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica e, comparativamente ao panorama geral português, os participantes do estudo estão muito acima da média com 69% de especialistas. Pelos dados da Ordem dos Enfermeiros (OE) Portugueses, a percentagem de enfermeiros especialistas inscritos, situa-se nos 28%, muito inferior ao contexto onde decorreu este estudo (Ordem do Enfermeiros, 2021). Salientamos ainda, que relativamente à formação contínua realizada pelos enfermeiros, em áreas tão importantes para a temática em estudo, como a Investigação (6%), PBE (25%), Metodologias e Implementação de Projetos (9%) e Gestão (3%), a percentagem de frequência é muito reduzida, estando situada entre 3% e 25%. Os resultados obtidos através da caracterização sociodemográfica dos enfermeiros, relativamente à formação contínua realizada, poderão estar relacionados com o enfoque predominantemente biomédico atribuído ao ensino e à prática das Ciências da Saúde, o que contribui para a desvalorização dos aspetos conceptuais da prática de enfermagem (Cardoso, Rodrigues, Pereira, Parola, Coelho, & Ferraz, 2021). Estes dados sociodemográficos apresentados, podem ajudar a interpretar alguns dos resultados obtidos através da análise do conteúdo realizada.

Na literatura muitos são os estudos nos quais se identifica que a implementação da PBE é crucial para melhorar a qualidade da assistência em saúde, o desenvolvimento profissional dos enfermeiros e a componente socioeconómica dos serviços de saúde (Benedetto, & Gallian, 2018). No entanto, muitos fatores influenciam a implementação de PBE, daí a necessidade de se explorar, nomeadamente as barreiras e os facilitadores à

implementação desta prática. Os resultados do presente estudo corroboram com a literatura, no que diz respeito aos Facilitadores (1) e Barreiras (2) à implementação da PBE. No entanto, há a salientar que o estudo foi desenvolvido num Serviço de Pediatria, onde o foco dos cuidados é a criança e família. Atendendo às particularidades dos contextos de prática clínica pediátricos, o CCFC na Prática Clínica (3) e, a parceria e negociação de cuidados são o foco dos enfermeiros (Fonseca, Silveira, Franzoi, Motta, Fonseca, & Silveira, 2020). A categoria (3) que emergiu, direcionada para o CCFC, é justificada pelo ambiente clínico onde os dados do estudo foram colhidos. De acordo com os entrevistados, há a perceção de que os internamentos mais prolongados e/ou recorrentes das famílias e crianças, a literacia prévia e a parceria de cuidados são subcategorias que se devem ter em conta quando se pretende a implementação de um Modelo de PBE.

Os cenários de Prática Clínica em Portugal têm vindo a aumentar o seu grau de complexidade e exigência, permitindo dar resposta à melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados, exigindo aos profissionais de saúde a sustentação da sua PBE, flexibilidade e adaptabilidade a novas situações, aliadas à inovação, capacidade de mudança e modificação de comportamentos (Teixeira, 2022). Os entrevistados deste estudo identificaram que um ambiente de prática clínica que esteja adaptado estruturalmente, com envolvimento das chefias e com a presença de mentores em PBE, capazes de disseminar este conhecimento, são facilitadores importantes da implementação da PBE. Dessa forma, torna-se evidente que a prática dos enfermeiros seja validada através de estudos de valor científico, realizados no próprio contexto clínico, para que seja possível incluir atividades de intervenção de enfermagem adequadas, permitindo que a prática clínica destes profissionais seja baseada em evidências científicas e garantindo, por um lado, ao cliente uma assistência qualificada e eficaz e, por outro, a motivação e satisfação do profissional (Ferreira, & Cruz, 2020).

Outro dos principais elementos facilitadores foi a atitude e motivação da equipe para a mudança, que estão de certa forma relacionadas com as práticas organizacionais, podendo ser facilitadores da PBE, se hierarquizadas de forma dinâmica, ao invés de rígida. Uma cultura organizacional inovadora, que evite a fragmentação dos cuidados, e abandonando o modelo tradicional de gestão, individualista, competitivo, promove e incentiva de forma positiva a atitude dos enfermeiros para uma PBE (Rocha, Marziale, Carvalho, Cardeal, & Campos, 2014). O reconhecimento e incentivo institucional foi considerado fundamental para o sucesso de qualquer mudança, mas especificamente quando se aborda a questão da implementação da PBE.

Várias são as barreiras que dificultam o processo de PBE na enfermagem, tal como a dificuldade e in experiência no desenvolvimento de projetos de investigação. O caminho

poderá ser a integração da PBE nos currículos de enfermagem para educar os enfermeiros ainda no decorrer do seu processo formativo a incorporar a PBE na sua futura prática clínica (Cardoso, et. al., 2019).

A comunicação pouco assertiva, que emergiu no presente estudo, foi considerada como uma barreira à implementação da PBE. As perturbações e/ou falhas na comunicação entre e intra equipes de saúde podem ser causa de diminuição da qualidade dos cuidados, de erros no tratamento e de danos potenciais para os doentes. A importância da comunicação é igualmente realçada nas dez áreas de intervenção identificadas pela "The global Patient Safety Challenge" (Dagne, Beshah, Kassa, & Dagnaw, 2021).

Apesar do investimento em formação, principalmente a nível da especialização em saúde infantil e pediátrica e, da disseminação de descobertas de pesquisa de alta qualidade, a tradução destas evidências nas novas práticas permanece sub-ideal. A opção por favorecer a tradição nas práticas já existentes nos contextos clínicos, são muitas vezes difíceis de ultrapassar (Cerqueira, & Barbieri-Figueiredo, 2020).

Quando o assunto se centra na PBE nos CCFC, mais desafiante se torna este processo. No nosso estudo, emergiram três subcategorias que se enquadram na categoria (3). A criança e Jovem com Internamento mais prolongado e/ou recorrente; a Literacia Prévia da Família e a Parceria de Cuidados são aspetos que mereceram ser realçados após a análise dos dados. A filosofia do CCFC requer dos enfermeiros o atendimento das necessidades não apenas clínicas, mas também emocionais, afetivas e sociais, de modo a desenvolver com as famílias e crianças uma relação que vai muito além de terapêutica, baseada no respeito e na dignidade. Esta perspetiva do cuidado incorpora assim o saber ouvir o paciente e os familiares, o acesso irrestrito ao filho, a informação, a escolha, flexibilidade de atendimento, autonomia dos sujeitos envolvidos, colaboração e apoio em todos os níveis de prestação de serviços. Um elemento-chave no cuidado centrado na família é a parceria (De Leo, Bayes, Butt, Bloxsome, & Geraghty, 2020). Estes são dois conceitos relativamente comuns em contexto de cuidados à criança em situação de doença. A sua origem resulta de um conjunto de circunstâncias, que levam à necessidade de reformulação das estruturas dos serviços e práticas profissionais (Cerqueira, & Barbieri-Figueiredo, 2020). Tais parcerias são caracterizadas por complexas relações interpessoais e interações entre enfermeiros e pais/famílias. As parcerias parecem, portanto, apresentar um desafio significativo, no entanto, este desafio pode tornar-se muito vantajoso, para o enfermeiro, família e criança (Brødsgaard, Pedersen, Larsen, & Weis, 2019). Uma relação bem-sucedida entre pais e enfermeiros pode ser alcançada através da cocriação de conhecimento mútuo, desenvolvimento de competências e negociação de papéis, onde na

perspectiva dos enfermeiros, se deve atender à literacia, preferências da família e às suas experiências prévias.

Conclusão

Os resultados obtidos nesta etapa inicial, que integra o estudo major, refere-se às atitudes e facilitadores identificados pelos enfermeiros no seu cenário clínico, face à PBE. A investigação contribuiu para fazer um diagnóstico situacional, permitindo orientar e planear a fase seguinte do estudo, ou seja, a implementação de um modelo de PBE. A existência de mentores na equipe de enfermagem, reconhecimento e apoio institucional e a criação de ambientes promotores da PBE foram identificados como eixos temáticos relacionados a facilitadores do processo. Como principais barreiras, emergiram as dificuldades na estrutura do serviço e seus equipamentos de apoio, a comunicação pouco assertiva entre a equipa e a inexperiência em investigação, aliada a alguma falta de formação na área. Os diversos facilitadores e barreiras à PBE, aliados à complexidade CCFC na prática clínica, foram temas centrais deste estudo.

Será importante salientar, para que seja possível o sucesso na implementação de conhecimento novo, é fundamental estarmos cientes que a mudança pode ser um processo confuso, demorado e acarretar consequências imprevisíveis. Porém, esta pode ser, simultaneamente, estimulante e motivadora. Torna-se, portanto, fundamental compreender e planear rigorosamente a estratégia que melhor permite tornar a evidência em prática, isto é, acionar o conhecimento.

1.3. Estudo 3 – Avaliação da Satisfação e Percepção do Suporte Familiar dos Pais das Crianças Internadas com os Cuidados de Enfermagem Prestados: Pré Intervenção

A necessidade de recurso a serviços de saúde na infância, quer seja consultas de vigilância ou internamentos, oferece aos enfermeiros uma oportunidade única de identificar necessidades e preferências dos cuidadores/pais e intervir de acordo (Im & Kim, 2021). Os enfermeiros geralmente acreditam que todas as intervenções que realizam atendem às necessidades das famílias, no entanto, este julgamento, beneficia com uma avaliação precisa de percepção dos pais/cuidadores sobre o apoio que recebem e a satisfação com os cuidados de enfermagem (Shajani & Snell, 2019). Para este fim, e atendendo às variáveis que se pretende analisar, recorreremos a escalas para avaliar a percepção dos familiares sobre o apoio dos enfermeiros (1) e a satisfação com os cuidados de enfermagem prestados (2): *Questionário de percepção do Suporte Familiar (QPSF)* de Gouveia et al., e a *Escala de Satisfação do Cidadão com Cuidados de Enfermagem (ESCCE)* para pais de crianças hospitalizadas de Loureiro, et al.

Uma das variáveis que pretendemos analisar está relacionada com o conceito de “apoio percebido pela família”, teoricamente derivado de modelo de Intervenção Familiar de Calgary (CFIM). Usando o quando conceptual do CFIM, as intervenções de enfermagem à família oferecidos pelos enfermeiros, são direcionados para três domínios do funcionamento familiar: cognitivo, afetivo e comportamental. Os clientes e as famílias, recebem apoio dos enfermeiros, que promove, melhora e sustenta o funcionamento eficaz desses três domínios. Fornecer apoio através de conversas terapêuticas para melhorar o bem-estar, o funcionamento familiar e a saúde (Wright & Leahey, 2009). Os resultados obtidos no estudo serão discutidos e analisados tendo por base o CFIM, uma vez que os domínios do questionário QPFS, assentam em dois domínios deste modelo: emocional e cognitivo. As definições de apoio emocional que adotamos foi a de Wright & Leahey (2009) que refere que este é o apoio que os enfermeiros oferecem às famílias, na gestão das emoções em volta da doença de um membro da família. Relativamente ao suporte cognitivo, este, é considerado como um suporte que os enfermeiros oferecem à família, por forma a educar, ou ajudar a lidar com a experiência da doença (Wright & Leahey, 2009).

Relativamente à outra variável que pretendemos descrever, a satisfação dos pais/cuidadores das crianças internadas com os cuidados de enfermagem prestados, sabemos que a relação entre qualidade dos cuidados e satisfação é evidenciada na literatura (Folami, 2019). Um aumento na qualidade dos serviços resulta em maior satisfação, daí que este seja considerado um importante indicador da qualidade dos cuidados prestados (Tsironi & Koulirakis, 2019). A utilização de questionários para a

aferição da satisfação dos clientes é comum enquanto instrumento de avaliação (Grove & Gray, 2019). Sabemos que a satisfação é um conceito relativamente abstrato, daí que não pode ser diretamente observado, sendo a utilização de escalas o método que permite a exploração do conceito.

O estudo foi realizado em 2 momentos do desenvolvimento deste projeto, o primeiro momento foi na etapa 1 do estudo, para um diagnóstico de situação pré implementação e identificação do problema. O objetivo foi avaliar a satisfação e perceção do suporte familiar dos pais/cuidadores das crianças internadas, relativamente à sua experiência com os cuidados de enfermagem. Desta forma, foi possível a identificação de áreas a melhorar, aspetos a modificar e facetas dos cuidados a destacar como particularmente satisfatórias para as pessoas. Após a implementação do modelo de PBE, na última etapa do estudo (etapa 3 – avaliação e sustentação), serão avaliados novamente os mesmos aspetos.

Métodos

População e amostra

Foi realizado um estudo descritivo, com recurso a questionários. Os participantes do estudo, são todos os pais/cuidadores de crianças internadas no serviço de pediatria da Instituição Hospitalar onde se desenvolveu o estudo, no eixo temporal em que se recolheu os dados. O procedimento de amostragem foi inclusivo, uma vez que todos os pais e cuidadores que se encontravam no serviço, no momento da recolha de dados, foram convidados a participar no estudo. Não se verificaram critérios de exclusão. Foi obtida uma amostra de 88 pais/cuidadores (taxa de resposta de 100%). Adotou-se medidas que protegessem a identidade dos participantes: entrega realizada pelo investigador principal; leitura do consentimento informado a todos os participantes e documento preenchido e devolvido num envelope destinado para o efeito e separadamente.

Instrumentos de recolha de dados

Neste estudo foram utilizados 2 instrumentos: *Escala de Satisfação do Cidadão com Cuidados de Enfermagem (ESCCE)* para pais de crianças hospitalizadas e o *Questionário de perceção do Suporte Familiar (QPSF)*.

O instrumento **ESCCE** foi adaptado e validado para pais de crianças hospitalizadas (Loureiro et al, 2020), tendo por base dois instrumentos já existentes: a *Newcastle Satisfaction with Nursing Scale* (Thomas, McColl, Priest, Bond, & Boys, 1996) e a *La Mónica - Oberst Patient Satisfaction Scale* (Monica, Oberst, Madea, & Wolf, 1986). É um instrumento que representa os comportamentos de Enfermagem e classifica o nível de

percepção da Satisfação dos pais das crianças hospitalizadas face aos Cuidados de Enfermagem de acordo com duas dimensões: a dimensão experiência e a dimensão opinião. A ESCCE, consiste em avaliar a satisfação do utente para com os Cuidados de Enfermagem recebidos, está dividida e é composta por duas dimensões: Experiências dos cuidados de enfermagem, que integra experiências positivas/Satisfação (18 itens) e experiências negativas/Insatisfação (10 itens) e Opiniões sobre os cuidados de enfermagem (19 itens).

Na dimensão experiências, com 28 itens, que descrevem os comportamentos de Enfermagem, foi realizada uma inversão do escalonamento das pontuações nos itens negativos (insatisfação) e depois adicionando todas as pontuações dos itens para produzir uma pontuação total da satisfação. Esta dimensão possui 28 itens distribuídos por 18 afirmações positivas (1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18) que expressam satisfação e 10 negativas que revelam insatisfação (19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28). Os itens são respondidos numa escala de Likert de 7 pontos, utilizando o conceito de discordância total (1) até à concordância total (7). Nos itens negativos as pontuações são convertidas, procedendo à inversão na ordem das pontuações. As pontuações encontram-se compreendidas entre 28 e 196. A dimensão opinião, é constituída por 19 itens que revelam as opiniões que os utentes possuem relativamente aos cuidados recebidos. Os itens são respondidos, de igual forma, numa escala de Likert, através de cinco pontos, utilizando os conceitos insatisfeito até ao oposto, completamente satisfeito. As pontuações encontram-se compreendidas entre o mínimo de 19 e o máximo de 95. A Satisfação Total dos utentes questionados resulta da totalidade de todos os itens das duas sub-escalas e no seu total podem atingir uma pontuação máxima de 291 e uma pontuação mínima de 47, sendo que quanto mais elevado o valor obtido maior é o nível de satisfação dos utentes.

O outro instrumento a que recorremos, foi o **Questionário de percepção do Suporte Familiar (QPSF)** de Gouveia, et al. (2019). A escala original *Iceland-Family Perceived Support Questionnaire* (ICE-FPSQ) de Sveinbjarnardottir, Svavarsdottir & Hrafnkelsson (2012), é islandesa e contém 14 itens, que avalia a percepção de apoio das famílias perante os cuidados dos enfermeiros. Especificamente, considera, o suporte cognitivo (cinco itens) e o suporte emocional (nove itens). A pontuação total do ICE-FPSQ varia de 5 a 70. O suporte cognitivo a subescala varia de 5 a 25, e a subescala de suporte emocional de 9 a 45 pontos. Um score mais alto reflete uma percepção de maior suporte oferecido pelo enfermeiro. A confiabilidade da pontuação total do ICEFPSQ e cada um de seus dois fatores foram de muito bom a excelente ($\alpha = 0,96$ para o total da escala; subescala de suporte cognitivo, $\alpha = 0,88$; e para a subescala de suporte emocional, $\alpha =$

0,95). Em Portugal, a escala QPSF foi traduzida e adaptada para a população portuguesa por Gouveia et al, na sua versão em Português Europeu, sendo constituída por 2 dimensões: Emocional, com 8 itens; e cognitivo, com 5 itens. Onde quase nunca foi atribuída pontuação de 1 e no outro extremo, quase sempre, 5. Utilizada em cada um dos itens uma escala de concordância de Likert, com cinco níveis (quase sempre, geralmente, às vezes, raramente, quase nunca). Também neste instrumento, procedemos à inversão na ordem das pontuações, sendo que em vez de “quase sempre” corresponder ao 1, passou a corresponder ao 5, o mesmo se verificou até ao outro extremo, onde o “quase nunca”, foi reconvertido de 5 para 1.

Recolha de dados e procedimentos

A ESCCE e o QPSF foram aplicados em simultâneo, entre abril e junho de 2021 (**fase pré implementação**) e entre janeiro e fevereiro de 2023 (**fase pós implementação**) em aos pais/cuidadores de crianças internadas no internamento de pediatria da instituição hospitalar onde se desenvolveu o estudo. O estudo foi aprovado pela Comissão de Ética para a Saúde e Unidade de Investigação da Instituição onde se realizou, com número de Parecer de aprovação 93/2021. Os participantes responderam simultaneamente aos dois questionários, tendo sido fornecido o consentimento livre e esclarecido, bem como explicado o objetivo do estudo e a salvaguarda do anonimato e confidencialidade dos intervenientes. Os dados recolhidos através dos instrumentos selecionados, foram submetidos a tratamento estatístico, atitude esta fundamental na organização e análise da informação, bem como da apresentação, interpretação e discussão dos resultados.

Análise de dados

Os dados foram processados e analisados com recurso ao IBM SPSS Statistics (versão 27.0). Estatísticas descritivas incluindo frequência, média e desvio padrão foram analisadas para as características demográficas dos participantes e respetivas dimensões das escalas. Por forma a fazer esta verificação, foi realizado a determinação do coeficiente de Pearson e do Alfa de Cronbach.

A descrição das dimensões e escala total, foi efetuada com recurso às medidas de tendência central e de dispersão. A descrição das características sociodemográficas da amostra foi realizada usando medidas de tendência central e dispersão (para variáveis quantitativas) e frequências absolutas e relativas (para variáveis qualitativas). A descrição dos resultados (dimensões e escala total) foi conduzido com recurso a média e padrão desvio (dp). A avaliação da associação entre as dimensões e escala total e as variáveis sociodemográficas foi efetuada com recurso ao teste de t de Student, para a comparação

de médias em dois grupos, ou seja, para comparação de médias de uma variável quantitativa em dois grupos diferentes de sujeitos e quando se desconhecem as respetivas variâncias populacionais. E o one way ANOVA (variáveis qualitativas) e coeficiente de correlação de Pearson (variáveis quantitativas). Foram considerados como valores de referência os seguintes níveis de significância: $p \geq 0,05$ - não significativo; $p < 0,05$ - ligeiramente significativo; $p < 0,01$ - muito significativo e $p > 0,001$ - muitíssimo significativo (Pestana & Gageiro, 2003).

Resultados

Todos os questionários foram considerados adequados e válidos para incluir na análise. Procedendo à caracterização sociodemográfica dos participantes, podemos referir que é comum para ambos os instrumentos que foram aplicados, uma vez que, foram entregues aos pais/cuidadores em simultâneo. Apresentamos na Tabela 17. a descrição da amostra do estudo.

	n	%	M(DP)
Idade (em anos)	88		38,3 (8,2)
Género	88		
Feminino	78	88,6	
Masculino	10	11,4	
Grau académico	88		
Até à 4ª classe	2	2,3	
5º ao 9º ano	32	36,4	
12º anos	27	30,7	
Bacharelato	2	2,3	
Licenciatura	21	23,9	
Mestrado	4	4,5	
Número de filhos	88		1,7 (0,8)
Idade da Criança internada (em anos)	88		7,2 (6,0)
Tempo de internamento (em dias)	88		3,4 (0,8)
No último ano quantas vezes esteve internado no serviço	88		1,7 (0,5)

Tabela 17. Descrição da amostra do estudo QPFS e ESCCE

A média de idades dos pais/cuidadores de crianças internadas no serviço de pediatria, situa-se nos 38 anos (DP=8,2), sendo maioritariamente do género feminino ($n=78$; 88,6%). Relativamente à escolaridade, salienta-se que é entre o 5º e o 9º ano que obtivemos maior valor, representando 36,4% ($n=32$) dos inquiridos. A idade média das crianças internadas, cujos pais/cuidadores responderam ao inquérito, situa-se nos 7,2 anos (DP=6) e com um tempo médio de internamento de 3,4 dias (DP =0,8).

Questionário de percepção do Suporte Familiar (QPSF)

A consistência interna do instrumento QPSF, versão em Português Europeu do ICE-FPSQ, situa-se nos 0,94 (Gouveia, et al., 2019). Após verificação da confiabilidade dos dados recolhidos no nosso estudo, percebemos que o Alfa de Cronbach para os 13 itens, também se situa nos 0,94.

A análise descritiva da amostra com base na pontuação do instrumento e as respetivas dimensões: Emocional e Cognitiva, foram avaliadas e resumidas na Tabela 18.

Resultados n (%)						
Suporte Emocional	Quase sempre	Geralmente	Às vezes	Raramente	Quase nunca	Total
Na unidade de cuidados de saúde os enfermeiros têm...						
...proporcionadas reuniões de família. (1)	12 (13,6)	9 (10,2)	16 (18,2)	9 (10,2)	41 (46,6)	88
...ajudado os membros da família, a reconhecerem que a nossa resposta emocional é normal e a aceitarem a expressão das emoções dos membros da família. (2)	19 (21,6)	18 (20,5)	20 (22,7)	3 (3,4)	28 (31,8)	88
...encorajado os membros da família, a partilharem as suas histórias de doença – não só histórias de doenças e de sofrimento, mas também histórias de força e de capacidades. (3)	12 (13,6)	18 (20,5)	23 (26,1)	8 (9,1)	27 (30,7)	88
...valorizado os pontos fortes da família. (4)	18 (20,5)	23 (26,1)	16 (18,2)	8 (9,1)	23 (26,1)	88
...ajudado os membros da família, a compreenderem como a nossa resposta emocional, está relacionada com a doença familiar. (5)	11(12,5)	31 (35,2)	11 (12,5)	10 (11,4)	25 (28,4)	88
...encorajado a minha família a fazer uma pausa na prestação de cuidados. (6)	9 (10,2)	26 (29,5)	12 (13,6)	11 (12,5)	29 (33)	88
...prestado atenção, à influência que os membros da família podem ter uns nos outros, no bem-estar de um membro e na própria doença. (7)	18 (20,5)	24 (27,3)	19 (21,6)	5 (5,7)	22 (25)	88
...procurado os pontos fortes e as possibilidades da família, para elogiar os familiares quando os pontos fortes são revelados. (8)	14 (15,9)	27 (30,7)	23 (26,1)	5 (5,7)	18 (20,5)	88
Suporte Cognitivo						
Na unidade de cuidados de saúde os enfermeiros têm...						
...proporcionada informação e a sua opinião profissional. (9)	29 (33,0)	28 (31,8)	23 (26,1)	6 (6,8)	2 (2,3)	88
...proporcionada documentação acessível e de fácil leitura, sobre o problema de saúde. (10)	14 (15,9)	17 (19,3)	18 (20,5)	12 (13,6)	27 (30,7)	88
...informado a família sobre os recursos disponíveis na comunidade, que têm sido úteis para famílias em situações semelhantes. (11)	16 (18,2)	23 (26,1)	16 (18,2)	11 (12,5)	22 (25)	88
...disponibilizado ideias e informações, que nos permitiram aprender e refletir, sobre essas ideias e informações. (12).	4 (4,5)	29 (33)	19 (21,6)	20 (22,7)	16 (18,2)	88
...realçado o uso de rituais/práticas familiares, para promover a saúde dos membros da família. (13)	2 (2,3)	11 (12,5)	18 (20,5)	28 (31,8)	29 (33)	88

5*= Quase sempre 4*=Geralmente 3*= Às vezes 2*= Raramente 1*= Quase nunca (***escala após inversão**)

Tabela 18. Descrição das frequências dos itens do estudo das Dimensões suporte Emocional e Cognitivo

Relativamente à dimensão de Suporte Emocional, as questões mais pontuadas com “**quase nunca**”, pelos pais, seguindo a escala de concordância de Likert, com cinco níveis, são:

- “na unidade de cuidados de saúde os enfermeiros têm proporcionado reuniões de família” (1), 46,6% dos pais/cuidadores referem que “**quase nunca**” aconteceu;
- “encorajado a minha família a fazer uma pausa na prestação de cuidados” (6), onde 33% dos pais/cuidadores referem que “**quase nunca**” aconteceu.

Ainda na dimensão Suporte Emocional, referimos a questão pontuada de forma mais favorável, com “Quase sempre”:

- “encorajado os membros da família, a partilharem as suas histórias de doença – não só histórias de doenças e de sofrimento, mas também histórias de força e de capacidades. (2) onde 21,6% dos pais/cuidadores referiram “**quase sempre**” ter acontecido.

Na dimensão de Suporte Cognitivo, as questões menos pontuadas pelos pais foram:

- “*Na unidade de cuidados de saúde os enfermeiros têm realçado o uso de rituais/práticas familiares, para promover a saúde dos membros da família. (13)*”, 33% dos pais/cuidadores referiram que “**quase nunca**” este suporte era oferecido;
- “*Na unidade de cuidados de saúde os enfermeiros têm proporcionado documentação acessível e de fácil leitura, sobre o problema de saúde. (10)*”, onde 30,7% dos pais/cuidadores referem que “**quase nunca**” este apoio foi oferecido.

Já no oposto, quando verificamos que “quase sempre” é “proporcionada informação e a opinião profissional” dos enfermeiros, na perspetiva de 33% dos pais/cuidadores inquiridos.

Na Tabela 19 apresenta-se a estatística descritiva (M; DP; S_k; K) de cada um dos itens que compõe o instrumento, nos domínios cognitivo e emocional.

Item	Na unidade de cuidados de saúde os enfermeiros têm...	M (DP)	S _k	K
1	...proporcionadas reuniões de família. (1)	2,3 (1,48)	-0,64	-1,05
2	...ajudado os membros da família, a reconhecerem que a nossa resposta emocional é normal e a aceitarem a expressão das emoções dos membros da família. (2)	2,9 (1,54)	-0,11	-1,47
3	...encorajado os membros da família, a partilharem as suas histórias de doença – não só histórias de doenças e de sofrimento, mas também histórias de força e de capacidades. (3)	2,8 (1,43)	-0,049	-1,31
4	...valorizado os pontos fortes da família. (4)	3,1 (1,50)	-0,204	-1,39
5	...ajudado os membros da família, a compreenderem como a nossa resposta emocional, está relacionada com a doença familiar. (5)	2,9 (1,46)	-0,179	-1,48
6	...encorajado a minha família a fazer uma pausa na prestação de cuidados. (6)	2,7 (1,45)	-0,054	-1,50
7	...prestado atenção, à influência que os membros da família podem ter uns nos outros, no bem-estar de um membro e na própria doença. (7)	3,1 (1,47)	-0,31	-1,27
8	...procurado os pontos fortes e as possibilidades da família, para elogiar os familiares quando os pontos fortes são revelados. (8)	3,1 (1,35)	-0,42	-0,95
9	...proporcionada informação e a sua opinião profissional. (9)	3,8 (1,03)	-0,62	-0,18
10	...proporcionada documentação acessível e de fácil leitura, sobre o problema de saúde. (10)	2,8 (1,47)	-0,14	-1,38
11	...informado a família sobre os recursos disponíveis na comunidade, que têm sido úteis para famílias em situações semelhantes. (11)	3,0 (1,46)	-0,14	-1,38
12	...disponibilizado ideias e informações, que nos permitiram aprender e refletir, sobre essas ideias e informações. (12).	2,8 (1,21)	-0,15	-1,17
13	...realçado o uso de rituais/práticas familiares, para promover a saúde dos membros da família. (13)	2,2 (1,10)	-0,61	-0,54

M = Média DP=Desvio padrão S_k= Assimetria K= Curtose

Tabela 19. Estatística descritiva dos itens do instrumento QPFS

Na globalidade dos itens (questões) que compõem as duas dimensões do instrumento, quando questionados os pais/cuidadores: Se na unidade de cuidados de saúde os enfermeiros têm realizado, um conjunto de ações que promovem o suporte emocional e cognitivo, percebemos que os menos pontuados são, claramente: “realçado o uso de rituais/práticas familiares, para promover a saúde dos membros da família” (M=2,2; DP=1,10); “proporcionadas reuniões de família” (M=2,3; DP=1,48). O mais pontuado é: “proporcionada informação e a sua opinião profissional” (M=3,8; DP=1,03). A pontuação máxima possível de obter pela escala de perceção do suporte familiar é 65, sendo que, relativamente à dimensão de suporte emocional o score máximo é 40 e na dimensão cognitiva é 25. Tal como podemos observar na Tabela 20, a pontuação média da amostra global para o total das duas dimensões, foi de 37,6, ficando um pouco longe do score total possível. Na dimensão suporte cognitivo o score médio foi 14,6 e na emocional 23. Percebendo que o score cognitivo foi pontuado com valores médios ligeiramente superiores ao suporte emocional.

	Mn	M	Mm	DP	Sk	K
Suporte cognitivo	5	14,6	25	4,7	0,03	-0,87
Suporte emocional	7	23,0	39	9,9	-0,29	-1,19
Suporte total	13	37,6	62	13,8	-0,22	-1,22

Tabela 20. Pontuação média global do instrumento(score) QPSF

Relativamente às variáveis sociodemográficas e o suporte emocional e cognitivo, podemos perceber que associação existe entre as diferentes variáveis. Na Tabela 21. apresenta-se as associações existentes, mais significativas.

Etapa 1		
	Suporte Emocional	Suporte Cognitivo
Idade*	0,088	0,015
<i>p</i>	0,414	0,891
Número de filhos*	0,099	0,015
<i>p</i>	0,357	0,892
Número de internamentos*	0,180	0,244*
<i>p</i>	0,093	0,022
Idade do filho internado*	0,151	0,073
<i>p</i>	0,161	0,501

*Correlação de pearson

Tabela 21. Valores de correlação entre as dimensões e as variáveis sociodemográficas

Procurando associações entre as dimensões da escala e as variáveis sociodemográficas, podemos perceber que, foi encontrada correlação significativa e positiva entre a dimensão

cognitiva e a variável “número de vezes internado na unidade” ($r= 0,244$; $p=0,022$). Verificando-se que quanto maior é o número de vezes internado, maior é a percepção dos pais ao suporte cognitivo dos enfermeiros.

Escala de Satisfação do Cidadão com Cuidados de Enfermagem (ESCCE)

Importa agora analisar os dados recolhidos através do instrumento ESCCE. Procedeu-se ao tratamento da informação obtida, à análise descritiva das variáveis de caracterização da amostra através de valores de frequência (no caso das variáveis de natureza qualitativa) e da análise da média, máximo, mínimo e desvio padrão (no caso das variáveis de natureza quantitativa). Todas as dimensões em estudo foram submetidas a uma análise de fiabilidade interna através do valor do coeficiente do Alpha de Cronbach (α). Após verificação da confiabilidade dos dados recolhidos no nosso estudo, percebemos que o Alfa de Cronbach para a escala de Experiência dos cuidados de enfermagem (28 itens) é 0,96 e na escala Opiniões sobre os cuidados de enfermagem (19 itens) é 0,98. Recorrendo à tabela 22, salienta-se a boa fiabilidade interna das dimensões, onde todos os valores de Alpha de Cronbach apresentam um mínimo de 0,918.

Item		M (DP)	S _k	K	Alpha de cronbach
Dimensão Experiência					0,958
Sub-Dimensão Satisfação					0,963
1	Os enfermeiros explicavam as coisas de forma que eu compreendia	6,00 (1,25)	-1,73	3,03	
2	Havia uma atmosfera agradável no serviço, graças aos enfermeiros	5,79 (1,30)	-1,67	2,74	
3	Os Enfermeiros sabiam fazer o melhor para a criança	6,22 (0,93)	-2,48	10,76	
4	Se tivesse o mesmo ou outro problema que necessitasse de cuidados de enfermagem, voltaria de bom grado a este serviço	6,27 (1,10)	-2,78	10,58	
5	Sentia-me seguro quando os Enfermeiros estavam a cuidar de mim	6,15 (1,14)	-1,97	4,71	
6	Os Enfermeiros compreendiam-me quando partilhava com eles os meus problemas	5,86 (1,14)	-1,41	2,91	
7	Os Enfermeiros tranquilizavam os meus familiares ou amigos	5,50 (1,40)	-1,15	1,26	
8	Médicos e Enfermeiros trabalhavam bem como uma equipa	5,85 (1,10)	-1,45	3,48	
9	Os Enfermeiros pareciam saber realmente o que diziam	6,01 (1,16)	-2,14	6,29	
10	Os Enfermeiros explicavam o que iam fazer antes de fazê-lo	5,98 (1,06)	-1,72	5,06	
11	Os Enfermeiros faziam coisas que me faziam sentir mais confortável	5,98 (1,21)	-2,40	7,74	
12	Eu via os Enfermeiros como amigos	5,97 (1,29)	-2,10	5,56	
13	Os Enfermeiros verificavam regularmente se eu estava bem	5,96 (1,25)	-1,82	4,34	
14	Os Enfermeiros certificavam-se de que as crianças tinham privacidade sempre que dela necessitavam	6,01 (1,10)	-1,21	0,84	
15	Sentia-me à vontade com os Enfermeiros	6,01 (1,25)	-2,23	6,59	
16	Os Enfermeiros explicavam-me o que se passava com a criança	6,04 (1,13)	-1,68	3,99	
17	Estivessem ou não muito ocupados, os Enfermeiros arranjavam tempo para mim	5,38 (1,46)	-1,08	0,70	
18	Os Enfermeiros informavam os outros colegas sobre a situação dos cuidados	5,84 (1,32)	-1,20	0,65	
Item		M (DP)	S _k	K	
Dimensão Experiência					
Sub-Dimensão Insatisfação					0,918
19	Os Enfermeiros pareciam não compreender o que eu estava a passar	5,47 (1,85)	-0,97	0,53	
20	Os Enfermeiros demoravam a atender-me quando eu pedia	5,15 (1,89)	-0,99	-0,26	
21	Os Enfermeiros obrigavam-me fazer coisas antes de eu estar preparado	6,15 (1,40)	-0,70	-0,85	
22	Os Enfermeiros não me disseram o suficiente sobre o tratamento	6,05 (1,45)	-2,01	3,77	
23	Os Enfermeiros favoreciam mais umas crianças do que outras	6,30 (1,25)	-1,65	1,85	

24	Os Enfermeiros pareciam não ter conhecimento sobre o que cada colega fazia	5,93 (1,40)	-2,00	4,00
25	Os Enfermeiros diziam-me coisas que não coincidia com o que o médico dizia	6,12 (1,42)	-1,19	0,44
26	Os Enfermeiros costumavam ir embora e esqueciam-se o que eu tinha pedido	5,96 (1,50)	-1,91	3,06
27	Os Enfermeiros pareciam ter pouca vontade de me ajudar quando precisava	6,17 (1,41)	-1,37	0,61
28	Os Enfermeiros falavam comigo com superioridade	6,05 (1,73)	-2,09	3,98
Item		M (DP)	S_k	K
Dimensão opinião				0,97
1	A boa vontade com que os Enfermeiros responderam aos seus pedidos	3,90 (0,96)	-0,20	-1,24
2	O quanto os Enfermeiros estiveram atentos às suas necessidades	3,82 (0,99)	-0,14	-1,24
3	Como os Enfermeiros o tratavam como pessoa	4,09 (1,01)	-0,86	0,18
4	A ajuda que recebeu dos Enfermeiros	4,09 (0,95)	-0,91	0,70
5	A privacidade que os Enfermeiros lhe deram	3,98 (1,09)	-1,09	1,28
6	O tipo de informações que os Enfermeiros lhe deram sobre o estado e tratamento/situação da criança	3,88 (0,92)	-0,56	-0,03
7	Como os Enfermeiros ouviram as suas preocupações	3,97 (0,98)	-0,54	-0,78
8	A frequência com que os Enfermeiros perguntavam se a criança estava bem	4,07 (1,00)	-1,05	1,26
9	A maneira como os Enfermeiros lhe explicaram as coisas	3,96 (0,91)	-0,76	0,36
10	O quanto os Enfermeiros sabiam sobre os cuidados que deviam prestar	4,10 (0,83)	-0,68	-0,03
11	A forma como os Enfermeiros fizeram o seu trabalho	4,03 (0,88)	-0,46	-0,74
12	A maneira como os Enfermeiros o fizeram sentir como se estivesse em sua casa	3,82 (1,10)	-0,80	0,08
13	A liberdade que lhe dera dentro do serviço	4,05 (1,00)	-0,87	0,26
14	A quantidade de informação que os Enfermeiros lhe deram sobre o estado e tratamento/situação do seu filho	3,94 (0,95)	-0,62	-0,11
15	Capacidade com que os Enfermeiros desempenharam as suas atividades	4,19 (0,89)	-0,59	-,553
16	A rapidez com que os Enfermeiros vieram quando os chamou	3,76 (1,14)	-0,45	-0,52
17	Estava sempre um Enfermeiro por perto quando dele precisou	3,87 (1,17)	-0,62	-0,48
18	A maneira como os Enfermeiros tranquilizaram os meus familiares e amigos	2,82 (1,21)	0,37	-0,71
19	O tempo que os Enfermeiros gastaram comigo	4,00 (1,05)	-0,97	0,53

	M = Média	DP=Desvio padrão	SK= Assimetria	K= Curtose
Dimensão experiência				Dimensão opinião
1*= Discordo completamente 2*=Discordo muito 3*=Discordo um pouco 4*=Nem discordo nem concordo 5*=Concordo um pouco 6*=Concordo muito 7*=Concordo completamente satisfeito				1*=Insatisfeito 2*=Pouco satisfeito 3*=Bastante satisfeito 4*=Muito satisfeito 5*=Completamente satisfeito
Invertida na sub dimensão "insatisfação"				

Tabela 22. Estatística descritiva dos itens do instrumento ESCCE

.

Em ambas as subdimensões da dimensão experiência: satisfação ($\alpha=0,963$) e insatisfação ($\alpha=0,918$), confirmou-se uma fiabilidade interna muito boa (Vilelas, 2020). Na sub-dimensão “Satisfação” os itens com maior contribuição foram “*Se tivesse o mesmo ou outro problema que necessitasse de cuidados de enfermagem, voltaria de bom grado a este serviço*” (M=6,27; DP=1,10), “*Sentia-me seguro quando os Enfermeiros estavam a cuidar de mim*” (M=6,15; DP=1,14), e “*Os Enfermeiros explicavam-me o que se passava com a criança*” (M=6,04; DP=1,13). Relativamente aos resultados da escala das opiniões sobre os cuidados de Enfermagem, observa-se que a sub-dimensão “opinião” apresenta uma fiabilidade interna muito boa ($\alpha=0,97$). Existem itens que se destaquem pela sua contribuição positiva para esta dimensão, “*O quanto os Enfermeiros sabiam sobre os cuidados que deviam prestar*” e “*O quanto os Enfermeiros sabiam sobre os cuidados que deviam prestar*” (M=4,10; DP=0,83). Pela negativa, nesta dimensão, temos a destacar, “*A maneira como os Enfermeiros tranquilizaram os meus familiares e amigos*” (M=2,82; DP=1,21), que se revela com um contributo muito desfavorável para o total da escala.

A pontuação máxima possível de obter pela escala de satisfação global é de 291, sendo que, relativamente às experiências o valor máximo atingível é de 196 e nas opiniões é de 95. Já os valores mínimos possíveis para a escala global são de 47 (na dimensão experiência 28 e na dimensão opinião 19). Tal como podemos observar na Tabela 21, a pontuação média da amostra global para o total das escalas (total de satisfação), foi de 240,6, obtendo-se na dimensão da experiência 160,7 e na opinião 74,4 considerado como médias altas de satisfação com os cuidados de enfermagem (Rodrigues & Dias, 2003) (Tabela 23).

	Mn	M	Mm	DP	Sk	K
Satisfação	94,0	240,6	288,0	40,5	-1,50	2,42
Total						
Opinião	31,0	74,4	94,0	15,9	-0,82	0,03
Experiência	47,0	106,8	126,0	16,6	-1,58	2,89
Positiva						
Experiência	16,0	59,2	70,0	11,9	-1,53	1,92
Negativa						
Experiência	62,0	160,7	188,0	26,0	-1,75	3,32
Total						

Tabela 23. Pontuação média global do instrumento(score) ESCCE

Relativamente aos scores das dimensões da subescala experiências, obtivemos na positiva um score médio de 106,9 (DP =16,62), onde o valor máximo atingido foi 126 e o

valor mínimo de 47. Na experiência negativa, um score médio de 59,27 (DP=11,98), sendo o valor máximo de 70 e o valor mínimo de 16. Em relação ao score total da dimensão experiência, verifica-se que o mínimo alcançado

A tabela 24 mostra a associação entre as dimensões da escala ESCCE (Experiência: satisfação (positiva) e insatisfação (negativa); Experiência total; Opinião; Satisfação total) e variáveis sociodemográficas. Uma associação significativa e positiva foi encontrada entre idade e a dimensão “opinião” ($r=0,215$, $p=0,044$). O mesmo se verifica com a variável “número de filhos” que apresenta uma associação significativa e positiva com a dimensão “experiência negativa” ($r=0,212$, $p=0,047$) e com a dimensão “experiência total” ($r=0,211$, $p=0,048$). Participantes do género masculino, apresentam uma pontuação média superior em todas as dimensões da escala (satisfação total $t=264,0$; DP=16,9), em comparação com os participantes do género feminino (satisfação total $t=237,6$; DP=41,8). Relativamente às habilitações académicas, na “satisfação total” da escala, os participantes com a 4ª classe, são os que apresentam uma pontuação média inferior ($F=133,0$; DP=55,2), já no oposto se encontram os participantes com bacharelato ($F=260$; DP=0,00).

	Experiência Positiva	<i>p</i>	Experiência negativa	<i>p</i>	Experiência total	<i>p</i>	Opinião	<i>p</i>	Satisfação Total	<i>p</i>
Idade*	0,123	0,252	0,033	0,761	0,072	0,503	0,215*	0,044	0,125	0,245
Género**		0,091		0,086		0,074		0,068		0,030
Masculino	115,0 (7,1)		65,8 (8,5)		174,0 (11,6)		83,2 (8,9)		264,0 (16,9)	
Feminino	105,9 (17,2)		58,4 (12,1)		158,9 (26,9)		73,3 (16,4)		237,6 (41,8)	
Estado Civil***		0,63		0,97		0,75		0,77		0,78
Solteiro	108,2 (15,8)		58,9 (12,9)		162,0 (25,9)		76,6 (13,2)		243,8 (36,7)	
Casado/União de facto	107,3 (16,5)		59,5 (11,7)		161,3 (25,6)		74,2 (16,9)		241,1 (41,3)	
Separado/Viúvo	98,3 (21,4)		57,1 (14,6)		149,5 (34,8)		68,8 (16,3)		224,3 (51,4)	
Habilitações		0,701		0,243		0,414		0,166		0,246
Académicas***										
Até à 4ª Classe	56,0 (12,7)		31,5 (21,9)		84,50 (31,8)		45,5 (20,5)		133,0 (55,2)	
5º Ano ao 9º Ano	107,1 (14,8)		57,2 (11,9)		158,9 (24,0)		73,2 (15,6)		237,6 (38,4)	
12º Ano	109,2 (13,1)		61,7 (9,7)		165,3 (19,9)		77,0 (12,1)		248,0 (30,8)	
Bacharelato	117,0 (5,7)		60,5 (4,9)		173,0 (4,2)		82,5 (0,70)		260,0 (0,00)	
Licenciatura	107,1 (17,7)		60,5(12,3)		162,1 (28,4)		74,4 (18,2)		242,0 (45,6)	
Mestrado	108,2 (15,3)		65,5 (4,8)		167,0 (15,3)		77,2 (15,8)		251,0 (26,9)	
Número de Filhos*	0,179	0,095	0,212*	0,047	0,211*	0,048	0,030	0,781	0,148	0,170
Idade dos filhos*	0,064	0,554	0,109	0,313	0,079	0,464	0,013	0,905	0,053	0,623
Número de vezes internado	0,067	0,535	0,110	0,307	0,091	0,397	0,014	0,900	0,055	0,614

*Coeficiente de correlação de Pearson; **Teste t de student (média; DP); ***Anova (média; DP)

Tabela 24. Associação entre as dimensões da ESCCE e variáveis sociodemográficas

Associando os dois instrumentos (QPSF e ESCCE) e as suas subescalas: experiências com os cuidados de enfermagem (2 dimensões: experiência positiva e experiência negativa), opiniões sobre os cuidados de enfermagem, percepção emocional e percepção cognitiva, podemos verificar na tabela 25 as associações existentes.

Dimensões	Suporte Cognitivo*	Suporte Emocional*
Experiência positiva**	0,186	0,082
<i>p</i>	0,08	0,47
Experiência negativa**	0,140	0,086
<i>p</i>	0,19	0,42
Experiência total**	0,178	0,091
<i>p</i>	0,01	0,39
Opinião**	0,253*	0,132
<i>p</i>	0,017	0,21
Satisfação total**	0,217*	0,111
<i>p</i>	0,042	0,30
* QPFS **ESCCE		

Tabela 25. Associação entre as dimensões do ESCCE e QPSF

Na dimensão suporte emocional (QPFS), não se verifica associação com nenhuma dimensão do instrumento ESCCE, já no suporte cognitivo, verificamos associação positiva com a opinião ($r=0,253$, $p=0,017$) e com a satisfação total ($r=0,217$, $p=0,042$). O que significa que a opinião acerca dos cuidados de enfermagem e a satisfação com os mesmos, têm influência no suporte cognitivo percebido pelos pais/cuidadores das crianças.

Discussão e conclusão

Na literatura encontramos estudos e intervenções realizados em clientes e familiares, onde se percebe que na sua maioria, pretendeu avaliar algum tipo de apoio na família. São reportadas intervenções no sentido de ajuda emocional, informativa ou concreta, mas na maioria destes estudos, o apoio emocional foi o conceito mais frequentemente relatado, demonstrando a importância que é dirigida pelos familiares ao mesmo. Estes achados, confirmam também, a importância que se deve ter na medição da percepção dos membros da família acerca do apoio que é prestado pelos enfermeiros (Mattilla, 2009).

Com este estudo pretendemos descrever as relações existentes entre as variáveis que caracterizam os pais/cuidadores e a satisfação com os cuidados de enfermagem, assim

como, a percepção do suporte familiar. Os resultados obtidos foram um importante contributo para a etapa 2 do estudo, onde se validou um plano formativo para os enfermeiros que participaram neste estudo e através de grupos focais e notas de campo foram definidas problemáticas existentes no serviço e que sustentaram as temáticas das linhas de investigação criadas. A família (pais/cuidadores) e criança, como foco dos cuidados de enfermagem pediátricos, foi uma das linhas de investigação implementada e desenvolvida na etapa seguinte.

Foi também proporcionado aos enfermeiros que participaram neste estudo, um workshop sobre comunicação e estratégias de sucesso, o que vai de encontro a algumas necessidades detetadas nesta etapa de diagnóstico de situação e identificação do problema, onde este estudo se insere. Itens importantes da escala ESCCE, como, “os Enfermeiros não me disseram o suficiente sobre o tratamento”; “os Enfermeiros pareciam não ter conhecimento sobre o que cada colega fazia”; “os Enfermeiros diziam-me coisas que não coincidia com o que o médico dizia; “os Enfermeiros falavam comigo com superioridade”, podem ter por base questões relacionadas com competências comunicacionais e que foram, entre outras, abordadas no workshop de comunicação

Na Etapa 3 do estudo, iremos comparar e discutir os resultados obtidos na pré intervenção: implementação do modelo KTA (Etapa 1: Identificação do problema e diagnóstico de situação) e pós intervenção (Etapa 3: avaliação).

2. Etapa 2: Planeamento e Implementação

Este estudo vai de encontro à pretensão da equipa de enfermagem e do enfermeiro gestor, que o acolheu e incentivou desde o primeiro momento, pretendendo desenvolver no serviço uma cultura de PBE e empoderamento profissional dos enfermeiros. Claro que, com reflexo direto na qualidade dos cuidados de enfermagem e satisfação das crianças, pais/cuidadores. Neste sentido, após a etapa 1 de identificação do problema e diagnóstico da situação e, nesta partilha de interesses, assumimos o compromisso de ir de encontro às expectativas e interesses dos enfermeiros do serviço e seus clientes. Para cumprir este propósito, foram fornecidos pelo serviço, condições e diferentes recursos (humanos, tempo, informação) necessários para a implementação deste projeto, após reuniões preparatórias com a Enfermeira Diretora e Enfermeiro Gestor. A opção pelo modelo KTA, deve-se ao seu desenho de implementação e conceitos, que anteriormente foram expostos, bem como, à dinâmica existente entre a ação e a produção de conhecimento.

O início desta etapa foi em março de 2021, com a apresentação dos resultados anteriores aos participantes do estudo e aos gestores da instituição. Foi também efetuada divulgação científica através de eventos nacionais e internacionais. Posteriormente foram agendadas reuniões introdutórias a esta etapa, com os participantes do estudo, promovendo o envolvimento e interesse no projeto. Foram solicitadas opiniões e sugestões para compreender as expectativas e interesses dos enfermeiros relativamente à implementação do modelo KTA no serviço. Deste modo, foram identificadas problemáticas/temáticas no serviço a serem alvo de investigação. A pertinência destas temáticas, foi analisada pelo enfermeiro gestor e equipa de investigação, onde este se inclui, e discutidas mais pormenorizadamente com os restantes intervenientes. No sentido de supervisionar e facilitar este processo, foram realizados contactos com professores da academia, no sentido de integrarem as linhas de investigação, em conjunto com os enfermeiros co-investigadores e enfermeiros mentores.

Ainda durante o mês de março de 2021, o enfermeiro gestor, selecionou os “elos dinamizadores” /mentores que pelas suas características pessoais e profissionais, se afirmariam como elementos de referência dos diferentes grupos de investigação, que foram definidos. Neste sentido, de entre a equipa de enfermagem alargada, emergiram os diferentes mentores: aqueles que apoiariam na melhoria das crenças sobre o valor da PBE, auxiliando na sua implementação e sustentação (Avolio & Gardner, 2005). Os mentores serão peças chave no auxílio da promoção e sustentação da mudança.

Antes de se iniciar esta etapa, indo de acordo aos resultados obtidos na anterior, surgiu a necessidade prévia a esta implementação, de trabalhar as questões da comunicação em

equipa. Esta variável foi apontada pelos enfermeiros e pais que participaram na etapa 1 do estudo. Neste sentido foi proporcionado um workshop subordinado ao tema “Comunicação eficaz”, sendo abordadas questões acerca da comunicação positiva, dos erros inerentes ao distorcer da mensagem. A formadora foi selecionada, atendendo às suas características profissionais, estando ligada ao jornalismo televisivo e à formação de pessoas nesta área. No final deste workshop foi estabelecido entre a equipa um contrato comunicacional.

Os dados que emergiram da etapa anterior, apontam para a necessidade de elaboração e validação de um plano formativo, que promova o desenvolvimento e implementação da PBE, com foco nos cuidados de enfermagem pediátricos e no desenvolvimento profissional dos enfermeiros. A adoção de uma abordagem metodológica central deste projeto, a investigação-ação, permitiu que todos os participantes deste estudo partilhassem pontos de vista, percepções, contribuindo ativamente para a mudança de acordo com a sua experiência e conhecimento (Friesen-Storms, Moser, van der Loo, Beurskens, 2015).

Nesta etapa, de acordo com a opção metodológica transversal definida e tendo por base a abrangência e pluralismo que investigação-ação permite, foi utilizada como estratégia de recolha de dados, as notas de campo. No planeamento e desenvolvimento da pesquisa é importante que o investigador tenha presente que qualquer investigação relacionada com seres humanos levanta questões éticas e morais (Fortin, 2009). Assim desenvolvemos estratégias que permitissem respeitar, tal como nas outras etapas do estudo, os princípios éticos inerentes a qualquer trabalho desta natureza. Procuramos o rigor metodológico em cada etapa da implementação e procuramos cumprir com a confidencialidade de dados pessoais, anonimato e sigilo. Em nenhum momento influenciámos a decisão dos participantes em continuar ou desistir do estudo (World Medical Association [WMA], 2013).

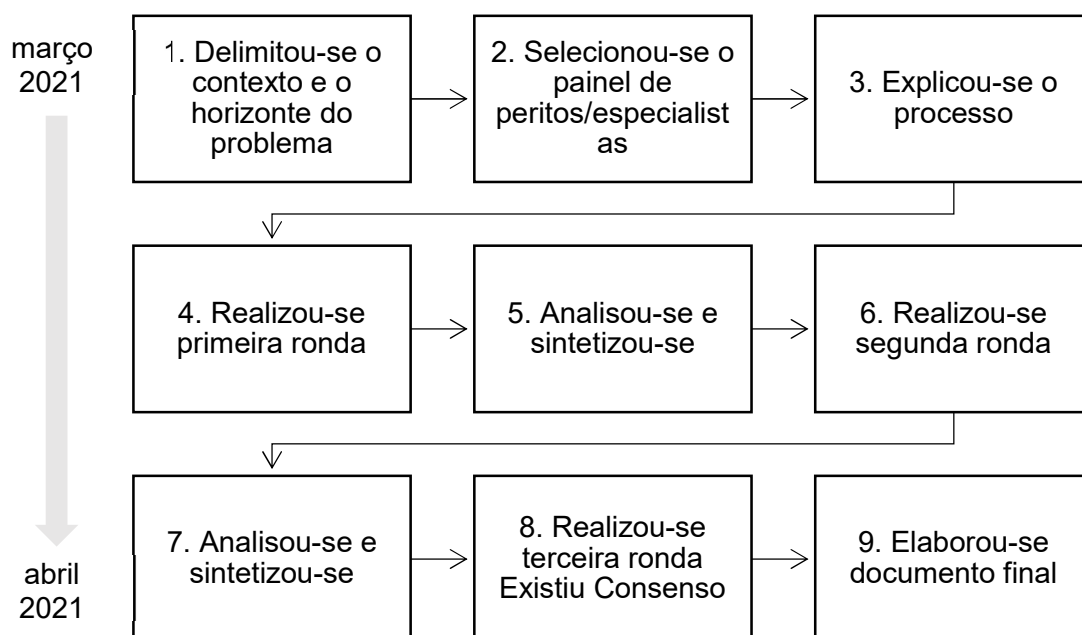
2.1. Estudo 4 – Validação de um Programa Formativo para Enfermeiros em Prática Baseada na Evidência: Recurso ao Método de Delphi

Os objetivos desta fase do estudo, centram-se na construção e validação de um Plano Formativo, assente na PBE, num serviço de Pediatria de um Hospital do Norte de Portugal.

Métodos

O método de Delphi procura ser facilitador e promover a melhoria da tomada de decisão de um grupo de especialistas, sem qualquer interação “cara-a-cara”. Consistiu-se como um conjunto de questionários que são respondidos, de maneira sequencial, individualmente pelos especialistas, com informações resumidas sobre as respostas do grupo aos questionários anteriores. A finalidade é estabelecer um “diálogo” entre os participantes e, gradualmente ir construindo uma resposta de consenso coletiva (Osborne, Collins, Racliffe, Millar & Duschl, 2003). De referir que, atingir o consenso através do método de Delphi, não é uma questão de contagem de votos ou compilação de dados quantitativos. Ao longo das diferentes rodadas de questionários, é suposto que os especialistas que participam, vão apresentando as suas opiniões, dando argumentos às suas tomadas de posição, mas ao mesmo tempo com abertura para reconsiderar e alterar perante os argumentos ou tendências gerais do grupo (Facione, 1990). Nesta metodologia pretende-se a partilha de premissas e não apenas de conclusões.

O Delphi utilizado neste estudo, foi o tipo convencional, pois procurávamos uma opinião de grupo sobre os conteúdos a abordar num plano formativo para enfermeiros centrado na PBE, onde como moderadores do processo, refinamos os questionários de acordo com as finalidades e objetivos procurados por consenso. No Quadro 2, estão identificadas as fases utilizadas para conseguir o consenso de validação do Plano Formativo, que posteriormente foi aplicado aos enfermeiros que participaram no estudo (Anexo IX).



Quadro 2. Fases da validação do programa formativo por método de Delphi

Cada uma dessas etapas foi cuidadosamente preparada e implementada, e todo o processo foi registado e descrito. Com os resultados obtidos na etapa 1 do estudo, foi possível delimitar-se o contexto e o horizonte do problema (1), pois tínhamos dados que nos permitiam perceber as barreiras e facilitadores identificados pelos enfermeiros, bem como as necessidades formativas em PBE. Na seleção dos especialistas/peritos tornou-se fundamental a premissa que os grupos heterogêneos produzem tendencialmente soluções de maior qualidade e aceitação (Grisham, 2009). Assim, procurou-se um painel equilibrado entre imparcialidade e interesse no assunto (2), onde aquando da realização do convite para participar no painel, foi explicado todo o processo (3). Na construção do questionário inicial, procuramos colocar perguntas abertas. Esta escolha permite que os participantes se expressem livremente sobre o tópico em causa (Powell, 2003) e pode contribuir para minimizar os vieses resultantes da intervenção do pesquisador ao estabelecer as questões (4). Na construção do segundo questionário, partimos da análise das respostas do grupo de especialistas/peritos ao primeiro questionário (5). Quando se verificou consenso, em termos gerais, quando existiu baixa divergência na distribuição das respostas a um determinado item em torno de uma resposta média (Osborne et al., 2003), construiu-se o instrumento final.

Participantes

A seleção dos participantes, procurou incluir um leque variado de peritos/especialistas, com vasta experiência para desta forma podermos obter diferentes perspetivas em relação ao problema (Grisham, 2009). Procuramos a inclusão de peritos ligados à academia e

outros à prática, para que este painel fosse a solução para preencher os requisitos anteriormente identificados.

Para identificar quais os especialistas e a sua definição, que na literatura não é consensual, atendemos ao que pretendíamos validar. Um plano formativo assente em conceitos de PBE e, direcionado para enfermeiros, levou-nos a procurar participantes que tivessem produzido evidência científica nesta área, ou estivessem envolvidos em projetos de investigação que abordassem as questões da PBE em contexto de prática (Yousuf, 2007). Quanto ao número de especialistas/peritos que deveriam ser incluídos no painel, optamos por nove, uma vez que a literatura indica que abaixo deste número, podemos comprometer os resultados em termos de consenso efetivo. Já um número muito elevado geraria uma quantidade enorme de dados e tornaria a análise muito complexa (Powell, 2003). Procurou-se que as pessoas selecionadas, estivessem comprometidas com todo o processo. Para tal, explicou-se com detalhe em que consistia o estudo e o que era solicitado (Grisham, 2009).

Resultados e Discussão

Perfil demográfico dos participantes

A amostra (Tabela 26) é composta por 9 peritos/juízes, com uma taxa de resposta de 100% e uma idade média de 46 anos. A maioria mulheres (n=6; 67%). Na sua maioria (n=6; 67%) com o grau de doutor, sendo a área de atuação predominante dos participantes, o ensino (n=7; 29%).

	n	n %	Média
Idade (em anos)	9		46
Género			
Feminino	6	67	
Masculino	3	33	
Grau académico			
Mestrado	3	33	
Doutoramento	6	67	
Área de atuação			
Ensino	7	71	
Prática	2	29	

Tabela 26. Variáveis sociodemográficas e de formação dos peritos que integraram o painel de Delphi.

Na escolha dos participantes procuramos uma amostra diversificada e que permitisse múltiplas opiniões, no sentido de gerar pontos de discórdia até ao consenso final. Assim garantimos que o plano formativo fosse de encontro às reais necessidades do estudo.

Validação do programa formativo

O instrumento inicial, disponibilizado aos peritos, contemplava 2 domínios: (1) “*Conteúdos Programáticos*” e (2) “*Organização e duração do Plano Formativo*”, tendo opção de resposta aberta em todos os itens e nos dois domínios. Na primeira ronda foram colocadas questões abertas para que os peritos pudessem livremente manifestar a sua opinião, em cada um dos domínios apresentados. A partir das opiniões dos peritos foi elaborado uma sugestão de plano formativo e distribuído para discussão. No final da 2ª ronda foi obtido o grau de consenso no domínio (1) de 100% em 12 dos itens propostos (50%) dos 24 itens presentes. No domínio (2) atingiu-se um consenso de 100% nos 6 itens presentes a discussão. Ao final da segunda ronda, foi modificada a redação de 12 itens, referentes ao domínio “*Conteúdos Programáticos*”, uma vez que nestes não se tinha verificado um consenso satisfatório. A terceira versão do instrumento contabilizou 12 itens no domínio (1) e os 6 itens do domínio (2), onde anteriormente já se tinha verificado consenso.

Como podemos observar no Quadro 3, foram necessárias três rondas, para que se obtivesse consenso de peritos na validação do plano formativo.

Domínios	Ronda 1	Sugestões dos peritos	Ronda 2	% de apoio	Versão Final Ronda 3	% de apoio
Domínio 1: “Conteúdos Programáticos”	Qual a sua opinião no que se refere a conteúdos programáticos que devem ser abordados no plano formativo?	P1, P2, P4, P5, P7, P8, P9, (...) <i>Pensamento crítico, formulação da pergunta, pesquisa científica (prático), seleção dos artigos, análise crítica, extração dos dados, implementação da evidência (...);</i> P6, P7, P9 (...) <i>os conteúdos programáticos devem ser apresentados sempre acompanhados de um exemplo simples da prática clínica. Essa correlação tornará o conteúdo mais "palpável" para os enfermeiros (...);</i> P6 (...) <i>minha prática clínica e como docente, os enfermeiros e alunos possuem imensa dificuldade na formulação da pergunta e na pesquisa em base de dados, pelo que penso ser importante estes aspetos.</i> P1, P2, P4, P5, P6, P9 (...) <i>conceitos, importância e relevância da PBE para os enfermeiros e para os cuidados.</i> P2, P3, P5, P6, P7, P8, P9 (...) <i>importante referir as etapas da implementação da PBE e as suas barreiras e facilitadores (...)</i> P2, P7 (...) <i>incluiria sintetizar as melhores evidências, através de exemplos, da aplicação PBE numa mudança prática: Avaliar a necessidade de mudança na prática; avaliar a viabilidade, os benefícios e riscos da</i>	(1) Conceito, Importância e relevância da PBE para a profissão;	100	(1) Compreender os conceitos, importância e relevância da PBE	100
			(2) Desafios da Enfermagem Baseada na Evidência;	33		
			(3) Estrutura Conceptual da PBE;	33	(2) Identificar as etapas da PBE	100
			(4) Etapas da PBE;	100		
			(5) Identificar as diferentes fases da PBE	89	(3) Identificar as barreiras e facilitadores à implementação da PBE	100
			(6) Identificar barreiras e facilitadores;	89		
			(7) Identificar e desenvolver uma questão de partida;	100	(4) Identifica, desenvolver e definir uma questão de partida assente na metodologia PICO(T)	100
			(8) Definir pergunta – Modelo PICO(T);	100		
			(9) Critério FINER;	33	(5) Conhecer e utilizar os descritores em saúde para pesquisa em base de dados	100
			(10) Usar termos Mesh e marcadores Booleanos para pesquisa em bases de dados;	100		
			(11) Melhorar/Refinar a pesquisa;	89	(6) Identificar os diferentes tipos de estudo e a sua qualidade	100
			(12) Identificar diferentes tipos de estudos;	89		
			(13) Realizar atividades que contenham a leitura, análise e revisão crítica de artigos científicos de diferentes delineamentos metodológicos;	100	(7) Realizar atividades de leitura, análise e revisão crítica dos artigos	100
			(14) Identificar a necessidade de analisar criticamente os relatórios de investigação;	100		

Domínio 1: “Conteúdos Programáticos”	Qual a sua opinião no que se refere a conteúdos programáticos que devem ser abordados no plano formativo? (continuação)	<i>nova prática; projetar a mudança na prática (definir a mudança, identificar os recursos, projetar a implementação)</i> P4 (...) <i>implementar e avaliar a mudança na prática; integrar e manter a mudança da prática (...)</i> P1 (...) <i>cultivar um espírito de questionamento e reflexão sobre a prática na equipa; avaliar a mudança e a implementação da evidência na prática.</i>	(15) Perceber os princípios da análise crítica;	33	(8) Conhecer as diferentes ferramentas existentes para avaliação dos estudos	100
			(16) Identificar ferramentas para avaliação dos diferentes estudos;	89		
			(17) Organizar espaços virtuais colaborativos entre os participantes e investigadores da área da PBE para difundir inovações, ampliar a utilização da PBE e discutir as dificuldades;	100	(9) Discutir os desafios à implementação da evidência nos contextos práticos e a sua integração nos cuidados	100
			(18) Integrar a evidência na prestação de cuidados;	100		
			(19) Identificar as bases de dados com mais publicações na área;	100	(10) Conhecer as diferentes bases de dados disponíveis	100
			(20) Identificar características dos estudos presentes nas diferentes bases de dados;	100		
			(21) Treinar a pesquisa em bases de dados;	89	(11) Treinar a pesquisa em bases de dados com recurso aos descritores em saúde	100
			(22) Identificar o processo de mudança de mentalidade coletiva: cultura de mudança;	33		
			(23) Importância da liderança;	89	(12) Compreender a importância dos mentores nos processos de implementação da evidência	100
			(24) Importância dos Mentores/Stakeholders dentro da organização para apoiar a PBE;	100		

Domínio 2: <i>“Organização e duração do Plano Formativo”</i>	Relativamente à duração do plano formativo, concorda que este deve ser intensivo e de curta duração?	P1 Deve ser adequado aos conhecimentos e expectativas dos participantes P2 Deve ser intensivo e por módulos P3 Sim P4 (...) acredito que deve ser curto e intensivo (...) P5 Sim P6 Sim P7 Sim P8 (...) faseado, mas de curta duração. P9 (...) deve ser direcionado à população alvo e ao diagnóstico inicial efetuado. Sempre de forma intensiva e modular.	O plano formativo deve ser intensivo, por módulos e com maior duração para os mentores?	100		
	Na sua opinião, deve ser realizada uma formação base para todos os Enfermeiros que participam no projeto e uma formação avançada para os Stakeholders (mentores)?	P1 (...) deveria existir 1 módulo diferenciado para os mentores (...) que aborde a integração da evidência na prática (...) P2 Sim, em ambas as questões P3 (...) formação base para todos e uma diferenciação para os mentores. P4 e P5 e P7 Sim P6 Sim (...) sugiro dividir em módulos, (...) módulos comuns a todos e separados para os mentores. P8 Sim, (...) e proponho os mentores irem trabalhando as questões da implementação da evidência (...) P9 Sim concordo (...) para todos os elementos do serviço terem pelo menos a formação base, minimizando a barreira individual da lacuna de conhecimentos. A formação avançada para os mentores	Concorda que devem existir três módulos formativos para toda a equipa e um módulo suplementar para os mentores?	100		

Domínio 2: “Organização e duração do Plano Formativo”	Na sua opinião, qual deve ser a duração (em horas) da totalidade do plano formativo?	De 8-12horas	P3	Concorda que as horas do plano formativo sejam distribuídas da seguinte forma: Formação base - 12h para os enfermeiros Formação avançada - 16h para os enfermeiros mentores	100	Organização e duração do plano: Plano formativo base para todos os enfermeiros com a duração de 12h – distribuídas em 3 módulos de 4h; Plano formativo avançado para os enfermeiros mentores com duração de 16h – distribuídas em 4 módulos de 4h Recursos: Plataforma zoom, uma vez que a pandemia não permite reuniões presenciais. Metodologia: Expositiva; Brainstorming; estudos de caso	
		De 12-16horas	P1, P2, P4, P5, P6, P7, P8, P9				
	Em quantas sessões se deve dividir o plano formativo?	4 sessões de 4h cada	P1, P4, P6, P7				
		6 sessões de 2h ou 4 sessões de 4h	P2				
		3 sessões de 4h e mentores com sessão extra	P3, P5				
		6 de 2h ou 4 de 4h	P8, P9				
				Concorda que o plano formativo esteja organizado em: 3 Módulos de 4h (12h) – formação base 4 Módulos de 4h (16h) – Formação avançada	100		

Domínio 2: “Organização e duração do Plano Formativo”	Qual o método e técnicas mais apropriadas para este plano formativo?	P1 <i>Regime misto com sessões online síncronas mais teóricas e presenciais mais práticas</i> P2 <i>Numa primeira fase expositivo numa segunda fase demonstrativo</i> P3 <i>Teórico/prático.</i> P4 <i>Recurso a bases de dados, recurso a instrumentos para avaliação da qualidade metodológicas, leitura interpretação e análise de artigos de investigação, treino na classificação dos níveis de evidência e recomendação</i> P5 (...) <i>dinâmicas de grupo</i> P6 <i>A formação deverá ser interativa e participativa, enfatizando uma componente operativa.</i> P7 <i>Método expositivo; Brainstorming; estudos de caso; Role Play; Análise e discussão de situações através de filmes.</i> P8 <i>Demonstrativo</i> P9 <i>Teria de contemplar expositivo teórico, mas também prático (sala com computador e acesso às bases de dados) de treino de construção da pergunta de partida com base nas necessidades identificadas no contexto, passando para a pesquisa na base de dados, análise crítica, discussão de estratégias de implementação e avaliação; Discussão e análise de casos.</i>	Concorda que durante a formação: Se recorra a formação à distância? A equipa seja dividida em subgrupos? Nos diferentes módulos deve existir uma parte teórica, seguida de componente prática?	100 100 100		
---	---	--	--	----------------------------------	--	--

Quadro 3. Validação do plano formativo em 3 rondas

Após a terceira rodada os peritos/juízes conseguiram um consenso acerca dos seguintes aspetos: número de sessões formativas, duração das mesmas; conteúdos programáticos a abordar e metodologia. Ficando definido que o programa seria implementado de forma intensiva, distribuído por três sessões para a generalidade dos enfermeiros e uma sessão extra para os mentores. Cada sessão foi duplicada, para que o número de participantes em cada momento fosse mais reduzido e assim permitir a melhor compreensão e discussão dos conteúdos. Na Tabela 27. apresentamos os conteúdos programáticos abordados em cada sessão, bem como os formadores e respetivos participantes. Os conteúdos programáticos foram divididos da seguinte forma:

Formador	Formandos	Conteúdos programáticos
1	Prof. AB Enfermeiros co-investigadores e mentores	Conceito, importância e relevância da PBE para a profissão; Etapas da PBE; Identificar e desenvolver uma questão de investigação: modelo PICO(T) Pressupostos do modelo KTA Importância dos Mentores/Stakeholders dentro da organização para apoiar a PBE;
2	Prof ^a MCB Enfermeiros co-investigadores e mentores	Usar termos Mesh e marcadores Booleanos para pesquisa em bases de dados; Identificar as bases de dados com mais publicações na área; Treinar a pesquisa em bases de dados;
3	Prof ^o BM Enfermeiros co-investigadores e mentores	Identificar características dos estudos presentes nas diferentes bases de dados; Realizar atividades que contenham a leitura, análise e revisão crítica de artigos científicos de diferentes delineamentos metodológicos; Avaliar criticamente a qualidade dos artigos;
4	Prof ^a AD Enfermeiros mentores	Perceber a importância de organizar espaços virtuais colaborativos entre os participantes e investigadores da área da PBE para difundir inovações, ampliar a utilização da PBE e discutir as dificuldades; Integrar a evidência na prestação de cuidados;

Tabela 27. Planeamento do programa formativo

2.2. Implementação do Programa Formativo

Terminada a validação do plano formativo, foram agendadas as formações, fazendo parte do plano de formação do serviço, sendo contabilizadas as horas de formação como parte integrante do horário. Com este plano (Figura 12.), pretendemos corresponder às necessidades encontradas. A implementação do plano formativo decorreu entre maio e julho de 2021 e seguiu o planeamento validado no painel de delphi. Os módulos formativos foram organizados em função dos conteúdos programáticos previstos e, de forma a ser acessível a todos os enfermeiros envolvidos no estudo. Os módulos foram realizados em duplicado (duas datas distintas), para que fosse compatível com o método de trabalho dos enfermeiros (por turnos) e se diminuísse o número de formandos, tal como recomendado pelos peritos.

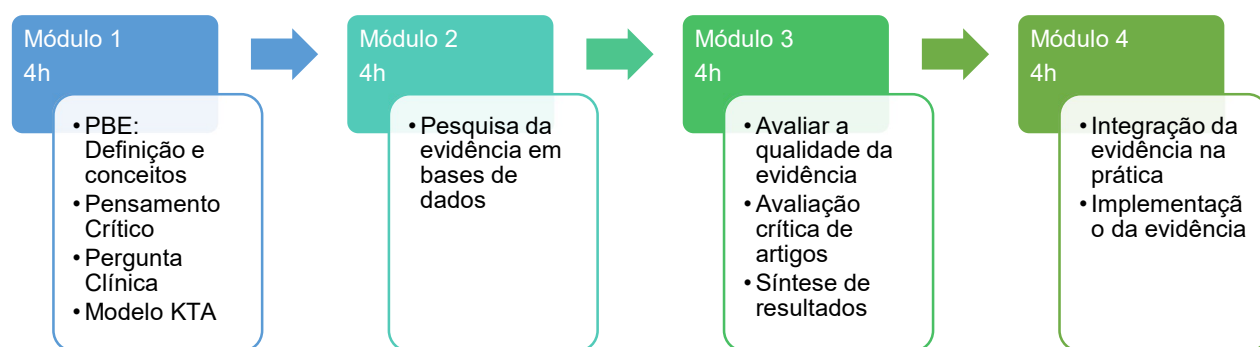


Figura 12. Sessões do plano formativo

Todas as sessões que integravam o plano formativo, tiveram a duração de 4h e ocorreram nas seguintes datas:

- **Módulo 1.** nos dias 10 e 11 de maio de 2021, entre as 16h e as 20h
- **Módulo 2.** nos dias 24 e 26 de maio de 2021, entre as 16h e as 20h
- **Módulo 3.** nos dias 7 e 16 de junho de 2021, entre as 16h e as 20h
- **Módulo 4.** nos dias 7 e 21 de julho de 2021, entre as 16h e as 20h

O plano formativo foi realizado através da plataforma Zoom, uma vez que nos encontrávamos ao abrigo de restrições impostas pela DGS, fruto da pandemia que vivíamos. A totalidade dos enfermeiros incluídos no estudo realizaram os módulos formativos (n=32). Os formadores dos módulos 1, 3 e 4 integraram o painel de peritos na validação do programa formativo. A formadora do módulo 2, orientadora do estudo, investigadora sénior e docente de enfermagem, foi convidada pelo contributo inquestionável que sabíamos iria trazer aos formandos.

Assente em duas premissas: dar resposta às problemáticas existentes no serviço, sendo previamente identificadas pelos participantes do estudo e desenvolver competências em

investigação e PBE, os enfermeiros distribuíram-se por 7 grupos-áreas/linhas de investigação e 1 grupo de elementos estruturantes da prática. Estas áreas de investigação foram definidas pelos enfermeiros, emergindo de problemáticas identificadas pelos stakeholders do estudo (enfermeiros/ crianças e cuidadores/ organização de saúde) no seu contexto prático e refinadas, ao longo do decorrer dos módulos formativos.

Nos diferentes módulos formativos, os participantes selecionaram livremente, se pretendiam participar na sessão 1 ou 2. Agruparam-se por áreas de interesse, para que as formações fossem direcionadas neste sentido, dando contributos para as investigações futuras. Previamente ao início dos módulos formativos, o Sr. enfermeiro Gestor do serviço, selecionou, quais os enfermeiros que estariam elegíveis para realizar o plano formativo avançado, permitindo que estes enfermeiros, integrassem a partir desta fase do estudo, a posição de enfermeiros mentores. Esta seleção foi efetuada atendendo à individualidade de cada enfermeiro, à sua formação pós-graduada e posição dentro da equipa, que favoreciam a disseminação e sustentação do estudo. Os enfermeiros mentores selecionados, afirmavam-se como importantes elos de mudança e sustentação dos conhecimentos, quer nas áreas de investigação que posteriormente iriam integrar, quer na globalidade da equipa. Os módulos 1, 2 e 3 foram frequentados por todos os enfermeiros (mentores e co-investigadores) - formação base. O módulo 4 destinou-se apenas aos enfermeiros mentores – formação avançada.

Os conteúdos do programa formativo foram baseados nas necessidades identificadas na etapa 1 do estudo e validado por peritos, assente nas temáticas: (1) pensamento crítico, conceitos de PBE, formulação de uma pergunta clínica, no formato PICO(T) e modelo KTA; (2) pesquisa de evidência em bases de dados (conhecendo fontes primárias e secundárias, descritores em saúde e operadores booleanos; (3) avaliação crítica dos artigos e sínteses de evidência; (4) implementação da evidência e integração da mesma na prática.

Durante o programa, os enfermeiros (co-investigadores) e os enfermeiros mentores, tiveram oportunidade de desenvolver conhecimentos e competências na área da PBE e nas premissas e conceitos do modelo KTA, trabalhando em simultâneo as questões relacionadas com a construção, formulação de problemas e respostas adequadas à sua prática. De forma a facilitar este processo, foram convidados peritos/consultores da academia, para, em conjunto com os investigadores principais, supervisionarem o processo. Para garantir o rigor e cumprimento do estabelecido, mas essencialmente como motivação para os participantes, em todos os módulos formativos esteve presente a investigadora principal e os orientadores do estudo.

2.3. Estratégias de Implementação da PBE

Como forma de promover o comprometimento da equipa com o projeto, envolvemos todos os stakeholders, incluindo os líderes do projeto e os pais/cuidadores. De forma a garantir o envolvimento e o comprometimento, procurou-se manter proximidade e diálogo constante entre todos. Decisões foram tomadas indo de encontro aos stakeholders e não apenas às premissas dos autores do estudo. Aliás, a investigação-ação é um processo que vincula dinamicamente a investigação, a ação e a formação realizada pelos profissionais com a sua prática (Abad, Delgado & Cabrero, 2010). É próxima dos intervenientes e com intensão transformadora, mas na medida dos interesses dos participantes. Foram integradas na equipa estratégias de implementação da PBE que levaram ao comprometimento com o projeto que foi implementado. Podemos salientá-lo em vários aspetos: divulgação científica; grupos de investigação; journal club; formação em serviço; formação académica; medidas de sustentabilidade do projeto.

2.3.1. Grupos de investigação: Criação do conhecimento

Nesta fase do estudo, os enfermeiros que o integram já tiveram disponíveis um conjunto de módulos formativos e outras sessões informais que lhes permitiu aprofundar os seus conhecimentos na área da PBE. Neste sentido, a partir desta fase, cada uma das linhas de investigação implementadas, terão como líderes os seus enfermeiros mentores e a supervisão do investigador principal do projeto e seus orientadores. Tal como indica o modelo KTA, cada uma das linhas de investigação criadas, seguirá o ciclo de ação e o funil do conhecimento. No sentido de permitir uma aproximação entre academia, a investigação e a prática clínica, de forma a promover a partilha do conhecimento, para cada um dos grupos de investigação, foram convidados sete peritos/consultores, para integrar nesta qualidade as diferentes linhas de investigação.

No início de abril de 2022, foi realizada uma reunião, através da plataforma zoom, entre os peritos convidados e os investigadores principais do estudo, para apresentação mais pormenorizada do projeto e dos resultados já obtidos até ao momento. Foram apresentados os nomes dos enfermeiros mentores e co investigadores, que incluíam cada um dos grupos de investigação. Foram definidos objetivos de trabalho para cada grupo, em função das problemáticas selecionadas pelos participantes, estabelecendo-se ainda, um compromisso de colaboração e supervisão, em articulação com os investigadores principais. Durante o mês de junho, foram realizadas sete reuniões (zoom), para que de forma individualizada os peritos pudessem ter o primeiro contacto com os elementos do seu grupo. Em todas estas reuniões, para além dos participantes de cada linha de investigação e respetivo perito, esteve sempre presente a investigadora principal e os seus

orientadores. Na Tabela 28. apresentamos as linhas de investigação e os respetivos consultores/peritos da academia que os integram.

Áreas de investigação	Perito	Enfº mentores	Enfº (co)investigadores
Elementos estruturantes da prática	Profª MCB	4	-
Dor em pediatria	Profº LB	2	2
Risco Clínico e qualidade	Profª JN	2	2
Foco: Família	Profª AD	3	3
Integridade da pele	Profº ES	2	1
Criança em risco/Perigo	Enfª SA	1	2
Sistemas de Informação em enfermagem	Profª PS	2	2
Comunicação em pediatria	Profª HJ	2	3

Tabela 28. Distribuição dos peritos e investigadores por área de investigação

Para facilitar a implementação na prática, os enfermeiros mentores, co investigadores e investigadora principal, mantiveram contato regular com recurso a uma plataforma digital criada para o efeito, oferecendo um fórum de discussão e recursos documentais e de referência. Para além desta plataforma, foram ainda criados 7 grupos (WhatsApp), onde estavam incluídos os enfermeiros, peritos, investigadora principal e orientadores do estudo. O desenvolvimento dos trabalhos foi monitorizado, supervisionado e acompanhado de forma regular, tendo sido estabelecido entre as várias reuniões objetivos e etapas. Durante junho de 2021 e maio de 2022, foram realizadas várias reuniões presenciais e virtuais entre os intervenientes de cada linha de investigação (entre 5/ 6 reuniões/grupo).

Procederemos agora à descrição de cada área de investigação definida pelos participantes do estudo, bem como as diferentes opções metodológicas adotadas pelos grupos de investigação. Na Tabela 29. sintetizamos as diferentes áreas de investigação que se encontram em desenvolvimento no serviço. O nome dos intervenientes, por questões éticas, apresenta-se por código.

Temáticas	Perito/Consultor(a)	Enfermeiro(a) Mentor(a)	Enfermeiro(a) Co investigador(a)	Projeto	Autorização CE	Método (s)
Dor em Pediatria	Prof. Dr. LB	ST NR	SN MM	Utilização do dispositivo de frio externo e vibração no controlo da dor durante a punção venosa em crianças internadas no serviço de pediatria.	CES 58/2023 Autorizado em junho de 2023	Ensaio clínico randomizado controlado
Risco clínico e qualidade	Profª JN	PC SP	SA RF	Intervenções educativas para promover a adesão de crianças/jovens hospitalizados e cuidadores à higiene das mãos.	Autorizado em janeiro 2022	Scoping Review Estudo multimodal
Foco: família	Profª Drª.AD	RB FA NL	JG RA AS CM	Construção e validação de um guia de acolhimento estruturado em pediatria para pais e uma norma de acolhimento para enfermeiros	Submetido em julho 2023	Scoping Review Delphi
Integridade da pele	Prof. Dr. ES	SN ID	SC	Construção e validação de procedimento de cuidados à criança portadora de traqueostomia		Scoping Review Delphi
Criança em risco/perigo	Enfª Mestre SA	EG	DP AO	Tradução e validação do questionário “ <i>Attitudes towards reporting child abuse and neglect (adapted from TRAS-CSA)</i> ” para a população portuguesa	Submetido em julho 2023	Tradução e validação de instrumento

Sistemas de informação em enfermagem	Profª Drª. PS	MM ST	AB RT	Representação das necessidades em cuidados de Enfermagem no internamento de pediatria expressas nos diagnósticos de Enfermagem e documentados pelos enfermeiros	CES 64/2022 Autorizado em junho 2022	Estudo quantitativo retrospectivo
Comunicação em pediatria	Profª Drª. HJ	AA LD	CS GC CM	Cuidar da criança e família em processo de doença: estratégias comunicativas dos enfermeiros assentes na inteligência emocional		Investigação-ação

Tabela 29. Distribuição dos Peritos, Mentores e Co investigadores por área de investigação.

DOR EM PEDIATRIA

Enfermeiros Investigadores: ST; NJ; SN; MM

Perito Investigador: LB

Supervisores: Cânia Torres, Francisco Mendes, Maria do Céu Barbieri

Os investigadores desta área optaram pela realização de um ensaio clínico randomizado controlado, tendo como ponto de partida a elaboração do protocolo. A temática do estudo assenta na **utilização do dispositivo de frio externo e vibração no controlo da dor durante a punção venosa em crianças internadas no serviço de pediatria.**

O equipamento que vai ser utilizado no estudo foi adquirido pela investigadora, tendo sido solicitado ao representante português do dispositivo, todas as informações necessárias acerca do mesmo. Após parecer solicitado ao *Infarmed* acerca da classificação do dispositivo utilizado para o estudo e, uma vez que o mesmo já está registado e testado, o protocolo de estudo bem como todos os procedimentos associados, foram submetidos diretamente à CE do Centro Hospitalar (março de 2023). Não se revelou necessário submissão ao Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida.

Resumo

Os procedimentos com agulhas são a principal fonte de dor em crianças, em ambiente hospitalar. A dor não controlada pode ter consequências físicas, psicológicas e emocionais, a curto e a longo prazo. Deste modo, é essencial o controlo da dor com uso de medidas farmacológicas e não farmacológicas, de forma a evitar traumas futuros, facilitar os tratamentos, aumentar a adesão da criança e família aos mesmos, e consequentemente diminuindo os seus níveis de *stress*, ansiedade, medo e dor (Ballard, Khadra, Adler, Trottier, Bailey, Poonai, Thérout, May & Le, 2019). Os enfermeiros desempenham um papel crítico na avaliação e no controlo da dor e sofrimento na criança e o uso de intervenções farmacológicas e não farmacológicas deve ser parte integrante da sua prática (OE, 2013). Embora a eficácia de várias intervenções tenha sido avaliada, o controlo da dor em crianças durante o procedimento relacionados com agulhas ainda não é o ideal. A utilização de métodos não farmacológicos como a vibração e a crioterapia surgem como uma possível alternativa para o alívio da dor neste contexto. Deste modo, surge o Buzzy® que consiste num dispositivo que associa o uso da vibração com o frio. Trata-se de uma intervenção rápida, não invasiva, fácil de utilizar, económica e reutilizável, para o controle da dor com procedimentos relacionados com agulhas.

Objetivo: analisar a efetividade do dispositivo Buzzy® em crianças submetidas a punção venosa, num Serviço de Pediatria do Norte de Portugal.

Metodologia: Estudo randomizado controlado envolvendo 200 crianças (1-17 anos), designadas aleatoriamente para grupo de intervenção e grupo de controle. A dor será avaliada antes do procedimento e imediatamente a seguir, através da Escala da dor adequada de acordo com a norma da DGS (DGS, 2010). Também será avaliada a satisfação das crianças/familiares relativamente à utilização do Buzzy® durante a punção venosa. Serão selecionadas crianças que necessitem de uma punção venosa, quer para colheita de sangue, quer para colocação de cateter endovenoso no serviço de internamento de pediatria. Cada criança só participará uma vez no estudo. Serão excluídas crianças com multideficiência, défices cognitivos, com alterações da integridade cutânea ou hipersensibilidade ao frio. O instrumento de recolha de dados será constituído por um conjunto de questões de caracterização demográfica e clínica da criança. Pretende-se, com este estudo contribuir para uma experiência mais positiva da criança no internamento, no que à prevenção da dor diz respeito. Desta forma, poderemos melhorar a qualidade dos cuidados prestados com a conceção de um protocolo de utilização para possível implementação futura no serviço de pediatria.

Palavras-chave: Criança, Dor, Vibração, Crioterapia, Cateterismo venoso periférico, Picada de agulha, Enfermagem.

Outros documentos, estão em posse dos autores do estudo, uma vez que o mesmo ainda se encontra a decorrer, tais como:

Protocolo Buzzy® - Procedimento padrão;

Escala da dor selecionadas em função da idade ou condição de saúde;

Formulário de avaliação/observação do procedimento

Consentimento informado para os participantes

Bibliografia

Ballard, A.; Khadra, C.; Adler, S.; Trottier, E. D.; Bailey, B.; Poonai, N.; Thérout, J.; May, S. Le;. (2019). External cold and vibration for pain management of children undergoing needle-related procedures in the emergency department: a randomised controlled non-inferiority trial protocol. *BMJ Open*, 9(1), e023214. Obtido em 27 de outubro de 2021, de <https://bmjopen.bmj.com/content/9/1/e023214>

Direção Geral da Saúde. (14 de dezembro de 2010). Orientações técnicas sobre a avaliação da dor nas crianças. Obtido de http://nocs.pt/wp-content/uploads/2016/03/DGS_dor_pedia%CC%81trica.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (setembro de 2013). Guia Orientador de Boa Prática - Estratégias Não-Farmacológicas no Controlo da Dor na Criança. Cadernos OE. Série1 - Número 6. Obtido de https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8899/gobp_estrategiasnaofarmacologicascontrolodorcrianca.pdf

RISCO CLÍNICO E QUALIDADE

Enfermeiros Investigadores: FM, PC, SP, SA, RF

Perito Investigador: JN

Supervisores: Cânia Torres, Francisco Mendes, Maria do Céu Barbieri

Os investigadores desta área optaram por desenvolver um estudo relacionado com a adesão das crianças/jovens hospitalizados e seus cuidadores, relativamente à higiene das mãos. No sentido de darem resposta à problemática inicial, projetaram a realização de uma scoping review, de forma a mapear na literatura as **intervenções educativas para promover a adesão de crianças/jovens hospitalizados e cuidadores à higiene das mãos**. Iniciaram pela realização de um protocolo de scoping review e procederam ao seu registo na *Open Science Framework* em maio de 2022.

Resumo

Em ambiente hospitalar, o risco de infeções associadas aos cuidados de saúde é elevado e a higiene das mãos é uma medida simples, rápida, acessível e eficaz para o seu controlo (DGS, 2019). Esta medida, utilizada pelos profissionais de saúde, também deve ser incentivada junto aos pacientes, familiares/cuidadores, no âmbito da promoção da higiene das mãos nas unidades de saúde (Gould, Moralejo, Drey, Chudleigh & Taljaard, 2018). O objetivo pretendido é analisar o conhecimento produzido sobre intervenções ou estratégias educativas que promovam a adesão de crianças/jovens hospitalizados e cuidadores à higiene das mãos.

Crítérios de inclusão: Intervenções educativas para promover a adesão à higiene das mãos em crianças/jovens com mais de cinco anos de idade hospitalizados e cuidadores em unidades de internamento pediátrico.

Métodos: O protocolo obedece aos critérios de elegibilidade baseados no PCC mnemônico: **População, Conceito e Contexto:** A pesquisa foi realizada nas seguintes bases de dados EBSCO (CINAHL, MEDLINE) e SCOPUS (EMBASE, WOS), RENATES E RCAAP. Dois revisores independentes realizarão a seleção dos estudos, começando com um processo de triagem, eliminando automaticamente os artigos duplicados, seguido da leitura do título e do resumo. Solicitaremos a colaboração de um terceiro revisor na

ausência de consenso. Apenas são considerados estudos dos últimos sete anos, escritos em português, inglês e espanhol. Realizaremos a extração de dados, dos artigos para leitura integral, utilizando uma ferramenta/tabela desenvolvida pelos investigadores, a fim de atender ao objetivo e às questões da revisão de *escopo*. Apresentaremos a análise dos dados sob a forma de uma tabela de dados, acompanhada de um resumo descritivo.

Bibliografia

Direção-Geral da Saúde. Norma nº 007/2019: Higiene das mãos nas unidades de saúde [Internet]. Lisboa; 2019 Out 16. [cited 2022 Mar 05]. Available from: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-ecirculares-normativas/norma-n-0072019-de-16102019-pdf.aspx>

Gould D, Moralejo D, Drey N, Chudleigh J, Taljaard M. Interventions improve hand hygiene compliance patient care: reflections three systematic reviews for Cochrane collaboration 2007–2017. J Infect Prev [Internet]. 2018 Jan 24 [cited 2022 Fev 20];19(3). Available from: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1757177417751285>

FOCO FAMÍLIA

Enfermeiros investigadores RB, FA, NL, JG, RA, AS, CM

Perito Investigador: AD

Supervisores: Cânia Torres, Francisco Mendes, Maria do Céu Barbieri

Os investigadores da área foco família, optaram pela **construção e validação de um guia de acolhimento estruturado em pediatria** que fosse adaptado às necessidades do serviço, às características dos nossos utentes e de acordo com a evidência já disponível na literatura. Como ponto de partida procederam à revisão da literatura, que serviu de suporte para a elaboração do mesmo. A construção do guia será realizada seguindo a metodologia de Delphi, onde serão convidados a participar peritos na área da Enfermagem de família e Enfermagem Pediátrica.

Resumo

O Cuidado Centrado na Família (CCF) é o pilar dos cuidados de enfermagem em pediatria. A evidência mostra-nos, que a hospitalização da criança, leva a mudanças psicoemocionais na dinâmica familiar e nos relacionamentos entre os membros. Atendendo a isso, devem os cuidados de Enfermagem ser desvinculados dela e das suas necessidades, o que implica conhecimentos específicos e uma sensibilidade especial (Apolinário, 2012). Surge então a preocupação e o cuidado de todos os profissionais de saúde em englobarem toda a Família nos cuidados, procurando que estes se baseiem no

pressuposto de que a Família é também alvo dos cuidados, procurando-se manter os laços familiares e os papéis ocupados pelos seus membros (Cimke, & Mucuk, 2017). Para isso, o Acolhimento nos serviços de saúde pressupõe um atendimento mais humanizado que respeite os direitos das pessoas e ao mesmo tempo as normas de cada instituição. A Humanização dos Serviços de Saúde tem tido sido nos últimos anos um tema de especial interesse por parte da sociedade em geral. Existem diretrizes políticas explícitas para as instituições de Saúde, no sentido de se adaptarem e responderem melhor às necessidades da população e tornarem o seu atendimento mais humanizado. Em 2008, foi criado no Centro Hospitalar Universitário de São João (CHUSJ), o Serviço de Humanização com a missão de “Contribuir para que todo o agir institucional e profissional se ordene pelo respeito incondicional devido à dignidade ontológica de todos os seres humanos que nele habitam” (Centro Hospitalar Universitário de São João, 2021). Assim, foi criado o Atrium Hospitalidade com o intuito de acolher as pessoas que chegam ao CHUSJ com hospitalidade, disponibilizando-lhes apoio e informação necessária para que se sintam seguras, orientadas, compreendidas e bem recebidas. Na Ala Pediátrica do CHUSJ, recebemos diariamente crianças e famílias, sendo os enfermeiros responsáveis pelo acolhimento.

Objetivo: Elaborar uma norma de acolhimento estruturada para uniformizar este procedimento de enfermagem.

Questões de investigação: Serão as intervenções de enfermagem as mais adequadas quando se acolhem crianças e famílias? O que fazem noutros serviços de pediatria? Quais as intervenções de enfermagem mais apropriadas para efetivar o acolhimento das famílias? São estas questões que levam a realizar este trabalho de investigação.

Metodologia: Revisão da literatura e posterior construção do guia, seguindo a metodologia de Delphi, onde serão convidados a participar peritos na área da Enfermagem de família e Enfermagem Pediátrica.

Finalidade: Construir um documento orientador do acolhimento com base no CCF, desde o momento da admissão até à alta, baseado na melhor evidência científica disponível. Com as melhores evidências científicas elencadas, poderemos construir um consenso institucional de Acolhimento em Pediatria para ser realizado por todas as equipas de Enfermagem.

Bibliografia

Apolinário, M. (2012). Cuidados Centrados na Família: impacto da formação e de um manual de boas práticas em pediatria. *Revista de Enfermagem Referência*, III Série, nº 7, 83-92.

Cimke, S. & Mucuk S. (2017). Mothers Participation in the Hospitalized Childrens Care and their Satisfaction. International Journal of Caring Sciences, 10 (3), 1643-1651.

Centro Hospitalar Universitário de São João. (2021). Guia de Acolhimento do Utente no Centro Hospitalar Universitário de São João. <https://portal-chsj.min-saude.pt/pages/40>

INTEGRIDADE DA PELE

Enfermeiros investigadores SN, ID, SC

Perito Investigador: ES

Supervisores: Cânia Torres, Francisco Mendes, Maria do Céu Barbieri

Os enfermeiros investigadores desta área propuseram-se a construir e validar um guia de procedimento de cuidados à criança portadora de traqueostomia. Esta necessidade foi detetada no contexto clínico. Após contacto com vários serviços de pediatria de hospitais, a nível nacional (continente e ilhas), os enfermeiros perceberam que era escassa a documentação nesta área. Neste sentido, partindo da informação recolhida e com a revisão da literatura, construíram um documento que será validado por método de Delphi.

Resumo

A traqueostomia é dos mais antigos procedimentos cirúrgicos conhecidos, sendo cada vez mais utilizada, no recém-nascido, na criança e no jovem (Itamoto, Lima, Sato, Fujita, 2010). A indicação para traqueostomizar uma criança, sofreu muitas alterações nas últimas décadas. A obstrução de via aérea superior de origem infecciosa era o principal motivo pelo qual as crianças eram submetidas à traqueostomia, na maioria das vezes em caráter de urgência. Atualmente, as principais indicações são intubação orotraqueal prolongada, obstrução de via aérea superior por malformações craniofaciais, estenose laringotraqueal e hipoventilação associadas a doenças neurológicas, como na paralisia cerebral. Uma vez que a sobrevivência das crianças com tais alterações congénitas e neurológicas está em ascensão, um maior número de traqueostomia vem sendo realizado nesta população e em particular no contexto clínico destes enfermeiros (Mahadevan, Barber, Salkeld, Douglas & Mills, 2007). Aqui importa referir que para os pais/cuidadores de crianças submetidas a este procedimento, torna-se assustador e muitas vezes difícil de aceitar. Capacitar os pais para prestar cuidados à criança portadora de traqueostomia. É um desafio que esta equipa tem vivenciado (Shields, Pratt, Davis, & Hunter, 2007). Este estudo visa clarificar os procedimentos de enfermagem direcionados à criança com traqueostomia, para que o processo de capacitação dos pais seja facilitado.

Objetivo: Validação de um guia de procedimentos de enfermagem para crianças portadoras de traqueostomia; Criação de um cartão de identificação da criança.

Método: Revisão da literatura, para suporte à construção do documento e posterior validação pelo método de Delphi.

Outros documentos, estão em posse dos autores do estudo, uma vez que o mesmo ainda se encontra a decorrer.

Bibliografia

Itamoto, C. H., Lima, B. T., Sato, J., & Fujita, R. R. (2010). Indicações e complicações de traqueostomia em crianças. *Brazilian Journal of Otorhinolaryngology*, 76(3), 326–331. <https://doi.org/10.1590/s1808-86942010000300010>

Mahadevan M, Barber C, Salkeld L, Douglas G, Mills N. Pediatric Tracheotomy: 17-year review. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol*. 2007;71:1829-35.

Shields, Pratt, Davis, & Hunter, (2007). Family-centred care for children in hospital. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 1, 1-13.

CRIANÇA EM RISCO/PERIGO

Enfermeiros investigadores: EG, DP,AO

Perito investigador: SA

Supervisores: Cânia Torres, Francisco Mendes, Maria do Céu Barbieri

Os investigadores desta área propuseram-se a traduzir e validar para a população portuguesa um instrumento que permita avaliar as atitudes dos enfermeiros em relação à identificação, referenciação e denuncia na negligência infantil. A partir da Teachers reporting attitude scale: Child sexual abuse (TRAS-CSA) (Walsh, Rassafiani, Mathews & Butler, 2012), os investigadores Foster, Olson, Reiland & Budzak-Garza (2017) fizeram uma adaptação para profissionais de saúde, procurando investigar as atitudes dos profissionais que fazem uma denúncia de maus-tratos infantis num sistema de saúde multi especializado de tamanho moderado. Para fazer isso, a TRAS-CSA (Walsh et al., 2012) foi ligeiramente modificada por Foster et al. (2017) para uso em um ambiente de cuidados de saúde. É precisamente esta última escala que será considerada para tradução e validação. Em abril de 2022, foi solicitada autorização para utilização do instrumento, aos autores da escala original e da adaptada para profissionais de saúde (*Attitudes towards reporting child abuse and neglect scale*). Foi até então realizada a tradução inicial do instrumento de acordo com a metodologia padrão; Síntese da tradução inicial, retradução e validação do conteúdo por peritos em linguística e na área da saúde. Encontrando-se o projeto a aguardar parecer da CE da instituição para realização das etapas posteriores.

Resumo

O abuso infantil é um problema internacional, onde a identificação, referenciação e denúncia de suspeitas de abuso infantil, maus-tratos e negligência, são precursores cruciais para intervir em famílias, onde estas crianças se encontram inseridas (Feng & Levine, 2005). A literatura descreve um conjunto alargado de consequências e manifestações relacionadas à criança vítima de maus-tratos, podendo-se salientar, os danos psicológicos e comportamentais (Finkelhor & Turner, 2007). As sequelas que estas crianças apresentam são ampliadas no limite, com múltiplos tipos de trauma. A gravidade dos maus-tratos é influenciada por fatores familiares e sociais, mas a gama de efeitos inclui lesões físicas, atrasos no desenvolvimento físico e mental, comprometimento neurobiológico, raciocínio perceptivo reduzido, depressão, ansiedade, baixa autoestima (Danese & McEwen, 2012). A longo prazo, estas crianças podem apresentar uma maior tendência para a delinquência, uso de álcool e drogas e deficit a longo prazo no desempenho educacional, o que se poderá refletir na sua atividade profissional futura (Norman, Byambaa, Butchart, Scott & Vos, 2012). Na literatura encontramos que os enfermeiros consideram que a sua preparação profissional para a notificação da criança vítima de negligência é inadequada. Há uma grande necessidade de formação sobre abuso infantil (Feng & Levine, 2005). Neste sentido, pareceu-nos fulcral dar o nosso contributo para a tradução e validação de uma escala que permitirá avaliar as atitudes dos enfermeiros relativamente à identificação e referenciação da criança vítima de abuso ou negligência.

Objetivo: Melhorar o conhecimento e as atitudes dos enfermeiros, sobre a identificação e referenciação da criança vítima de negligência infantil.

Métodos: Tradução e validação do instrumento para português de Portugal da *Attitudes towards reporting child abuse and neglect scale* (Foster, Olson, Reiland & Budzak-Garza, 2017) adaptada a partir da *Teachers reporting attitude scale: Child sexual abuse (TRAS-CSA)* (Walsh, Rassafiani, Mathews & Butler, 2012), para a população portuguesa, de acordo com a metodologia padrão. Para a tradução e validação, seguem-se as seguintes etapas:

- (1) Tradução inicial de acordo com a metodologia padrão;
- (2) Síntese da tradução inicial, retradução e validação do conteúdo por peritos em linguística e na área da saúde.
- (3) Pré teste da versão (análise semântica)
- (4) Avaliação da validade dimensional e adequação dos itens da escala; avaliação da confiabilidade; avaliação da validade de construto (mensuração)

Conclusão: O processo de validação do instrumento traduzido, ocorre somente após o processo de adaptação cultural, sendo necessárias as etapas acima referenciadas. A

necessidade de avaliação das propriedades psicométricas, a confiabilidade e a validade, permitem manter as características originais do instrumento (Coluci, Alexandre & Milani, 2015).

Bibliografia

Walsh, K., Rassafiani, M., Mathews, B., Farrell, A., Butler, D. (2012). Exploratory factor analysis and psychometric evaluation of the Teachers Reporting Attitude Scale for Child Sexual Abuse. *Journal of Child Sexual Abuse*, 21(5), 489-506. doi.org/10.1080/10538712.2012.689423

Foster, R. H., Olson-Dorff, D., Reiland, H. M., & Budzak-Garza, A. (2017). Commitment, confidence, and concerns: Assessing health care professionals' child maltreatment reporting attitudes. *Child Abuse & Neglect*, 67, 54–63. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2017.01.024>

Danese A, McEwen BS. Experiências adversas na infância, alostase, carga alostática e doenças relacionadas à idade. *Physiol Behav*. 2012;106(1): 29–39. pmid:21888923

Finkelhor D, Ormrod R, Turner H. Polivitimização: Um componente negligenciado na vitimização infantil. *Abuso Infantil Negl*. 2007;31(1): 7–26. pmid:17224181

Norman R, Byambaa M, De R, Butchart A, Scott J, Vos T. As consequências de saúde a longo prazo do abuso físico infantil, abuso emocional e negligência: uma revisão sistemática e meta-análise. *PLoS Med*. 2012;9(11): e1001349. pmid:23209385

Feng, J.-Y., & Levine, M. (2005). Factors associated with nurses' intention to report child abuse: A national survey of Taiwanese nurses. *Child Abuse & Neglect*, 29(7), 783–795. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2004.11.006>

Coluci, M.Z.O., Alexandre, N.M.C., Milani, C. Construção de instrumentos de medida na área da saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20(3):925-936, 2015.

SISTEMAS DE INFORMAÇÃO EM ENFERMAGEM

Enfermeiros investigadores: MB, ST, AB, RT

Perito investigador: PS

Supervisores: Cânia Torres, Francisco Mendes, Maria do Céu Barbieri

Na área dos sistemas de informação, encontra-se em desenvolvimento um projeto na temática: **Representação das necessidades em cuidados de Enfermagem no internamento de pediatria expressas nos diagnósticos de Enfermagem e documentados pelos enfermeiros**. Estudo que segue uma abordagem quantitativa e

retrospectiva, que pretende caracterizar os Diagnósticos de Enfermagem documentados no SClínico que dão resposta às necessidades de cuidados de Enfermagem no internamento de pediatria, para posterior identificação de necessidades formativas. Autorizado, pela CE da Instituição. Atualmente os dados já foram recolhidos e tratados, encontrando-se em fase de discussão e divulgação de resultados.

Resumo

Os sistemas de informação em Enfermagem são uma ferramenta de trabalho fulcral no exercício de Enfermagem. Permitem e favorecem a qualidade e continuidade dos cuidados, a gestão, a formação, a investigação e os processos de tomada de decisão. A continuidade dos cuidados implica que, no desenho dos Sistemas de Informação, se garantam os requisitos (estruturais e de conteúdo) centrados em informação relevante para a coordenação entre os diferentes profissionais envolvidos na assistência ao cliente (Mota, Pereira e Sousa, 2014). Segundo os mesmos autores, nos processos de avaliação da qualidade dos serviços de saúde, a continuidade dos cuidados é um dos aspetos permanentemente presentes, o que vem demonstrar a importância que esta dimensão da assistência tem em toda a dinâmica dos cuidados. No entanto, é sabido que a representação dos registos de Enfermagem em estatística, indicadores e relatórios oficiais da saúde ainda é muito escassa, o que diminui a sua visibilidade como contributo nos ganhos em saúde da população (OE, 2007). A Enfermagem carece de estímulo e formação contínua na elaboração e pertinência cada vez maior do registo de processos de Enfermagem representativos da sua prestação de cuidados. Assim sendo, consideramos pertinente esta temática, pois só assim poderemos conhecer o estado da arte em registos de Enfermagem, relativos aos Diagnósticos de Enfermagem, realizados no serviço de Pediatria e quais as hipóteses de melhoria de registo em SClínico, como real representatividade da prática clínica de Enfermagem.

Objetivos: Caracterizar os Diagnósticos de Enfermagem documentados no SClínico que dão resposta às necessidades de cuidados de Enfermagem no internamento de pediatria; Identificar as necessidades de formação relativas à identificação de diagnósticos no SClínico que dão resposta às necessidades de cuidados de enfermagem no internamento de pediatria.

Metodologia: Estudo descritivo, quantitativo e retrospectivo.

População-alvo, amostra e respetivos critérios de seleção: Registos de Enfermagem elaborados durante o mês de março de 2023, no SClínico, de todas as crianças internadas no serviço de Pediatria Médica.

Instrumento de recolha de dados: Grelha com os parâmetros a identificar, extraídos dos processos clínicos das crianças internadas no serviço de Pediatria dum Hospital do Norte de Portugal.

Outros documentos, estão em posse dos autores do estudo, uma vez que o mesmo ainda se encontra a decorrer, tais como:

Grelha de extração de dados

Tabela de categorização dos diagnósticos de enfermagem.

Bibliografia

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2007) – Sistemas de Informação em Enfermagem (SIE). Princípios básicos da arquitectura e principais requisitos técnico-funcionais. Acedido: 20-01-2022. Disponível em: WWW:URL: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentosoficiais/Documents/SIE-PrincipiosBasicosArq_RequisitosTecFunc-Abril2007.pdf

Mota, L.; Pereira, F.; Sousa, P., Sistemas de Informação de Enfermagem: exploração da informação partilhada com os médicos, Revista de Enfermagem Referência, ISSN: 0874-0283, IV Série - n.º 1, 85-91, fev./mar. 2014.

COMUNICAÇÃO EM PEDIATRIA

Enfermeiros investigadores AA, LD, CS, GC, CM

Perito investigador: HJ

Supervisores: Cânia Torres, Francisco Mendes, Maria do Céu Barbieri

Os investigadores da área da comunicação em saúde, encontram-se a desenvolver um estudo intitulado: Cuidar da criança e família em processo de doença: estratégias comunicativas dos enfermeiros assentes na inteligência emocional. Como ponto de partida projetaram um protocolo de estudo que será publicado. O protocolo está em fase final de elaboração. Paralelamente a este projeto de investigação, este grupo é o responsável por: dinamizar o journal club (mensal) e divulgação de eventos científicos disponíveis para participação. Um elemento deste grupo é o responsável da formação em serviço, tendo planeado e apresentado ao enfermeiro gestor um plano formativo que desse resposta às necessidades identificadas pela equipa.

Resumo

O enfermeiro pediátrico é responsável por promover a saúde e o bem-estar da criança e da família, sendo assim este profissional deve deter capacidades de comunicação efetiva com os pais, capacidade de escuta e de empatia para o estabelecimento de relações de confiança no sentido da promoção da parentalidade, transmitindo a segurança e tranquilidade necessárias para a prestação de cuidados (Hockenberry, Rodgers & Wilson 2019). Neste sentido, parece clara a importância da comunicação, nas mais diversas componentes, para a construção de uma relação facilitadora do cuidar entre o enfermeiro/criança/família. Para se dar uma interação comunicativa basta que o “falante” detenha e utilize algumas das componentes de uma vasta lista de competências: a) competência linguística – capacidade de produzir e interpretar signos verbais; b) competência paralinguística – capacidade de alterar determinadas características do significante, como por exemplo o ênfase; c) competência cinésica – capacidade de realizar a comunicação mediante signos gestuais (acenos, movimentos do corpo); d) competência proxémica – capacidade de fazer variar as atitudes espaciais e as distâncias entre as pessoas, como o tocar-se, mais ou menos longe; e) competência executiva – capacidade de utilizar o ato linguístico, ou não, para realizar em concreto a sua intenção comunicativa; f) competência pragmática – capacidade de usar os signos, linguísticos ou não, de acordo com a situação e às próprias intenções; g) competência sociocultural – capacidade de reconhecer as situações sociais e as relações entre os papéis desempenhados (Bitti & zani, 1997). Desta forma podemos entender a complexidade inerente ao comportamento comunicativo (Tornero, 2007). Importa saber quais as mais importantes, na perspetiva dos enfermeiros de pediatria.

Objetivo: Encontrar estratégias para a promoção e desenvolvimento de competências comunicativas nos enfermeiros de pediatria, explorando uma vertente de relações interpessoais, mais especificamente a da inteligência emocional. **Metodologia:** Métodos mistos, assente numa metodologia de investigação ação.

Participantes: Enfermeiros do serviço de pediatria onde se desenvolve o projeto major.

Bibliografia

Hockenberry, M. J., Rodgers, C. C., & Wilson, D. (2019). Wong. Enfermería Pediátrica. Elsevier.

Tornero, J. M. P. (coord.) (2007) Comunicação e Educação na Sociedade da Informação. Novas linguagens e consciência crítica. Porto Editora: Porto.

Bitti, P. R., Zani, B. (1997) A Comunicação como Processo Social. 2ªed. Editorial Estampa: Lisboa

Concordamos com Estabrooks et al. (2006) que sugerem que encontrar um ajuste entre o contexto no qual a tradução do conhecimento é direcionada e a teoria que pode sustentar esses esforços é importante para o sucesso das iniciativas de tradução do conhecimento. Através das linhas de investigação, com o envolvimento combinado das partes interessadas, na pesquisa, na prática clínica e nos processos formativos, sendo mesmo descrito como condição necessária para o processo de transferência do conhecimento, acreditamos estar a agregar todos estes conceitos, tal como mencionado em outros estudos onde foi utilizado o KTA (ex. Bjørk, 2012).

2.3.2. Divulgação Científica

No decorrer deste projeto foi realizada a 1ª Reunião Científica de Enfermagem Pediátrica do CHUSJ, que decorreu nos dias 30 e 31 de maio de 2022, no Auditório do Centro de Investigação Médica da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto. Evento realizado por enfermeiros da Ala Pediátrica do CHUSJ, com o patrocínio do CINTESIS, sendo a Comissão Científica constituída pelos peritos/consultores que integram as diferentes linhas de investigação. Integraram a Comissão organizadora enfermeiros que integram o projeto, na condição de enfermeiros-mentores (na sua maioria da linha de investigação comunicação em saúde), pela investigadora principal, coorientador de projeto e outros enfermeiros do CHUSJ que manifestaram interesse.

O principal objetivo deste evento, prendeu-se com a promoção da investigação em enfermagem, em contexto clínico, onde foram apresentados os diferentes trabalhos de investigação desenvolvidos até então, pelas linhas de investigação criadas com este projeto. Este e outros eventos, permitiram a divulgação dos resultados do estudo global e dos estudos em desenvolvimento pelos diversos grupos de investigação. Salientamos o envolvimento e interesse dos enfermeiros nesta divulgação, onde destacamos, a presença nos seguintes momentos:

Dias, L. (2022) **“Vivências do enfermeiro pediátrico: desafios no cuidar da saúde mental na criança e família”**. Conferência apresentada no 2º Webinar da EsenfTS: “Cuidar da Saúde mental da criança: Que desafios”, integrado no 1º Ciclo de webinares: “Pela valorização dos Cuidados de Enfermagem Pediátricos”.

Viana, A. (2022). **“Prática baseada na evidência num serviço de pediatria”**. Conferência apresentada no 3º Webinar da EsenfTS: “Prática baseada na evidência: o caminho para a excelência dos cuidados pediátricos”, integrado no 1º Ciclo de webinares: “Pela valorização dos Cuidados de Enfermagem Pediátricos”.

Tedim, I. (2022). **“Gestão da dor na criança: Intervenção do enfermeiro na criança hospitalizada”**. Conferência apresentada no 5º Webinar da EsenfTS: “Gestão da dor na Criança”, integrado no 1º Ciclo de webinars: “Pela valorização dos Cuidados de Enfermagem Pediátricos”.

Campos, P., Pereira, S. & Amaral, S. (2022). Integraram a Comissão organizadora e científica do **1º Encontro de Benchmarking dos GCL-PPCIRA**, organizado pela APIH (Associação Portuguesa de Infecção Hospitalar)

Campos, P. (2022). Participou como moderadora na mesa **“Transversalidade do PPC”**, no 1º Encontro de Benchmarking dos GCL-PPCIRA, organizado pela APIH

Viana, A., Dias, L. & Torres, C. (2022). **“Cuidar da criança e família em processo de doença: comunicação como intervenção terapêutica de enfermagem”**, Poster apresentado na 1ª Reunião Científica Internacional de Enfermagem Pediátrica do CHUSJ.

Silva, S. & Gomes, J. (2022). **“Amamentação no controlo da dor em pediatria”**, poster apresentado na 1ª Reunião Científica Internacional de Enfermagem Pediátrica do CHUSJ.

Aquiar, F., Lopes, N., Barbosa, R., Alves, R., Gomes, J., Santos, A., & Moreira, C. (2022). **“Acolhimento da Criança/Jovem e Família num serviço de Pediatria: Guia estruturado”** conferência apresentada na 1ª Reunião Científica Internacional de Enfermagem Pediátrica do CHUSJ.

Tedim, I., Rajão, N., Neiva, S. & Macias, M. (2022). **“Protocolo de Ensaio Clínico: Utilização do Dispositivo de Frio Externo e Vibração no Controlo da Dor Durante a Punção Venosa em Crianças Internadas no Serviço de Pediatria”** conferência apresentada na 1ª Reunião Científica Internacional de Enfermagem Pediátrica do CHUSJ.

Moreira, M., Torres, S., Brandão, A. & Teixeira, R. (2022). **“Representatividade das Necessidades em Cuidados de Enfermagem no Internamento de Pediatria: Diagnósticos de Enfermagem Documentados”**, conferência apresentada na 1ª Reunião Científica Internacional de Enfermagem Pediátrica do CHUSJ.

Pereira, S., Campos, P., Amaral, S. & Fernandes, R. (2022). **“Intervenções educativas para a criança e jovem hospitalizada e seus acompanhantes na adesão à higiene das mãos: Protocolo de Scoping Review”**, conferência apresentada na 1ª Reunião Científica Internacional de Enfermagem Pediátrica do CHUSJ.

Viana, A., Fernandes, R. & Dias, L. (2022). **“Journal club: empoderar uma equipa fomentando a translação da evidência para a prática clínica”**. Poster apresentado no III Simpósio de Investigação em Enfermagem: o enfermeiro investigador.

Mendes, F. (2022). Participou como conferencista na mesa intitulada **“O enfermeiro cientista em debate”** no III Simpósio de Investigação em Enfermagem: o enfermeiro investigador.

Torres, C., Mendes, F., & Barbieri-Figueiredo, M. (2022). ***Investigação como Ponte de Ligação entre a Academia e a Prática***. Comemorações do 110º Aniversário da Escola Superior de Enfermagem da Universidade do Minho, novembro de 2022, Campus Gualtar, Braga.

Mendes, F. (2023). Integrou o painel **“Desafios da formação e investigação em enfermagem pediátrica”**, no seminário de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica do *NursID Spring School 2023*, ESEP

Mendes, F. (2023). Apresentou a conferência **“Investigação na prática”**, integrada na mesa “Investigação e Ensino em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, no International Congress: The Child in the world today and tomorrow, Instituto Politécnico de Viseu

2.3.3. Journal Club

Uma estratégia utilizada para o incremento da PBE é o *journal club*, que foi introduzido pelo médico William Osler, em 1975, na Universidade McGill, no Canadá, e posteriormente na Europa, no Hospital Johns Hopkins (1980). A intenção era melhorar a comunicação interdisciplinar, a educação e o desenvolvimento de habilidades de leitura de artigos científicos (Moraes & Spiri, 2019). Esta ferramenta de trabalho apesar de pouco utilizada pelos enfermeiros, oferece contributos importantes, a nível do pensamento crítico, discussão de ideias e conhecimentos acerca de todo o processo de investigação. É suposto ser um local, onde são realizadas reuniões periódicas, decididas pelo grupo para discutir a pesquisa em relação à prática clínica, divulgar resultados de investigação, ressaltando a necessidade da PBE (Porter-O’Grady & Malloch, 2015).

Neste sentido, o journal club, afirma-se como uma ferramenta ao dispor dos enfermeiros, que vem sendo utilizada para promover a excelência do trabalho da enfermagem por meio da promoção da PBE. Os objetivos são: 1) Aprimorar o conhecimento de enfermagem sobre os resultados da pesquisa atual; 2) Promover a aplicação de modelos de pesquisa clínica e de melhores práticas para a enfermagem; 3) Promover a resolução dos problemas dos contextos práticos (Michelan & Spiri, 2019). Oferece ainda, um ambiente estruturado e de apoio, onde se promove a adoção e desenvolvimento dos princípios da EBE, bem como avaliação da pesquisa e habilidades de pensamento crítico (Scherzer, Shaffer, Maceyko, & Webb, 2015). É um processo imprescindível e discutido por diversos autores,

sendo o planeamento um processo contínuo em que é necessário o conhecimento do ambiente e das etapas do processo de investigação, sendo uma atividade que tem como finalidade, integrar a evidência na prática (Peres & Ciampone, 2018).

Para estruturarmos o nosso *jornal club*, atendemos a aspetos organizacionais e de planeamento, pois sabemos que falta de conhecimento sobre esse processo traz dificuldades na sua implementação prática (Camelo et. al, 2016). No dia 22 de novembro de 2021, realizou-se a primeira sessão do *journal club*, sendo dinamizada pelos enfermeiros que integram o grupo de investigação da área da Comunicação em saúde e com a supervisão do investigador principal e seus orientadores. Até ao momento (junho de 2023), foram realizadas 14 sessões, tal como se identifica na Tabela 30.

Data	Tema	Artigo a discussão	Participantes
22/11/21	Apresentação do Journal Club	Michelan, V. C. de A., & Spiri, W. C. (2019). Journal Club estratégia de ensino e aprendizagem para desenvolvimento do gerenciamento em enfermagem baseada na prática: uma revisão integrativa. CIAIQ2019, 1, 507–515. https://proceedings.ciaiq.org/index.php/CIAIQ2019/article/view/2189	25
28/12/21	Estabilidade Química de Perfusão da Heparina	Goodall, K. T., Chooi, C. C., & Gallus, A. S. (1980). Heparin stability: effects of diluent, heparin activity, container, and pH. Journal of Clinical Pathology, 33(12), 1206–1211. https://doi.org/10.1136/jcp.33.12.1206	23
25/1/22	Evidência científica da massagem na úlcera de pressão Grau I	Zhang, Q., Sun, Z., & Yue, J. (2015). Massage therapy for preventing pressure ulcers. Cochrane Database of Systematic Reviews. https://doi.org/10.1002/14651858.cd010518.pub	19
22/2/22	Cuidados associados à manutenção da SNG	SENPE's standardization group, Pedrón Giner, C., Martínez-Costa, C., Navas-López, V. M., Gómez-López, L., Redecillas-Ferrero, S., Moreno-Villares, J. M., Benlloch-Sánchez, C., Blasco-Alonso, J., García-Alcolea, B., Gómez-Fernández, B., Ladero-Morales, M., Moráis-López, A., & Rosell Camps, A. (2011). Consensus on paediatric enteral nutrition access: a document approved by SENPE/SEGHNP/ANECIPN/SECP. <i>Nutricion Hospitalaria</i> , 26(1), 1–15. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21519725/	17
3/5/22	Conservação e armazenamento da “vitamina D”	Raimundo, F. V., Faulhaber, G. A. M., Menegatti, P. K., Marques, L. da S., & Furlanetto, T. W. (2011). Effect of High- versus Low-Fat Meal on Serum 25-Hydroxyvitamin D Levels after a Single Oral Dose of Vitamin D: A Single-Blind, Parallel, Randomized Trial. <i>International Journal of Endocrinology</i> , 2011, 809069. https://doi.org/10.1155/2011/809069	14

27/6/22	Cuidados ao coto umbilical: evidências	López-Medina, M. D., Linares-Abad, M., López-Araque, A. B., & López-Medina, I. M. (2019). Dry care versus chlorhexidine cord care for prevention of omphalitis. Systematic review with meta-analysis. <i>Revista Latino-Americana de Enfermagem</i> , 27. https://doi.org/10.1590/1518-8345.2695.3106	19
25/10/22	Heparinização vs salinização do CVC: Evidências	Fonseca, D. F. da, Oliveira, P. P. de, Amaral, R. A. C., Nicoli, L. H. da S., Silveira, E. A. A. da, & Rodrigues, A. B. (2019). Protocolo de cuidados com cateter venoso totalmente implantado: uma construção coletiva. <i>Texto & Contexto - Enfermagem</i> , 28, e20180352. https://www.scielo.br/j/tce/a/PYLHjvT8b9fT99WVC5LRnwy/?lang=pt	14
29/11/22	Heparinização vs salinização do CVC: Evidências (Continuação)	Santos, E. J. F. dos, Nunes, M. M. J. C., Cardoso, D. F. B., Apóstolo, J. L. A., Queirós, P. J. P., & Rodrigues, M. A. (2015). Effectiveness of heparin versus 0.9% saline solution in maintaining the permeability of central venous catheters: a systematic review. <i>Rev. Esc. Enferm. USP</i> , 995–1003. https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-767805	17
31/1/23	Boas práticas na manipulação e manutenção do dreno torácico na criança	Boas práticas de enfermagem na utilização de dreno de tórax: revisão integrativa. <i>Global Academic Nursing Journal</i> . (2021). <i>Globalacademicnursing.com</i> . https://globalacademicnursing.com/index.php/globacadnurs/article/view/166	19
1/2/23	Boas práticas na manipulação e manutenção da sonda vesical na criança	Ye, D., Chen, Y., Jian, Z., Liao, B., Jin, X., Xiang, L., Li, H., & Wang, K. (2021). Catheters for intermittent catheterization: a systematic review and network meta-analysis. <i>Spinal Cord</i> , 59(6), 587–595. https://doi.org/10.1038/s41393-021-00620-w	21

28/3/23	Terapêutica inalatória na criança	McCrossan, P., Mallon, O., Shields, M. D., & O'Donoghue, D. (2020). How we teach children with asthma to use their inhaler: a scoping review protocol. <i>Systematic Reviews</i> , 9(1). https://doi.org/10.1186/s13643-020-01430-6	15
18/4/23	Boas práticas na manipulação e manutenção do dreno torácico na criança (continuação 31/1/23)	Zisis, C., Tsirgogianni, K., Lazaridis, G., Lampaki, S., Baka, S., Mpoukovinas, I., Karavasilis, V., Kioumis, I., Pitsiou, G., Katsikogiannis, N., Tsakiridis, K., Rapti, A., Trakada, G., Karapantzos, I., Karapantzou, C., Zissimopoulos, A., Zarogoulidis, K., & Zarogoulidis, P. (2015). Chest drainage systems in use. <i>Annals of Translational Medicine</i> , 3(3), 43. https://doi.org/10.3978/j.issn.2305-5839.2015.02.09	19
24/5/23	Aspiração artificial de via aérea	Blakeman, T. C., Scott, J. B., Yoder, M. A., Capellari, E., & Strickland, S. L. (2022). AARC Clinical Practice Guidelines: Artificial Airway Suctioning. <i>Respiratory Care</i> , 67(2), 258–271. https://doi.org/10.4187/respcare.09548	18
29/6/23	Verificação do posicionamento da Sonda Gástrica: Evidências	Kisting, M. A., Korcal, L., & Schutte, D. L. (2019). Lose the Whoosh: An Evidence-Based Project to Improve NG Tube Placement Verification in Infants and Children in the Hospital Setting. <i>Journal of Pediatric Nursing</i> , 46, 1–5. https://doi.org/10.1016/j.pedn.2019.01.011	16

Tabela 30. Categorias e subcategorias das percepções dos enfermeiros sobre as alterações introduzidas no contexto após a implementação

Considerando o *journal Club* uma ferramenta de ensino-aprendizagem, que promove a PBE com a finalidade de capacitar e desenvolver habilidades, competências, reflexão crítica em estudantes e profissionais, pretendemos que esta faça parte do cotidiano dos enfermeiros do serviço. Apesar de ser uma estratégia, que se afirma como promissora, é pouca utilizada no âmbito nacional, sendo necessárias mais evidências do seu real impacto no decorrer da realização do mesmo (Peres & Ciampone, 2018).

O *journal Club* apresenta atualmente uma componente multidisciplinar, uma vez que os seus participantes são na sua maioria enfermeiros, no entanto também já estiveram presentes médicos, estudantes do mestrado em enfermagem de saúde infantil e pediátrica (em processo formativo no serviço).

Através do grupo focal realizado anteriormente (estudo 6), percebemos que o *journal club*, é referido pelos enfermeiros como impactante a nível estrutural no contexto clínico. Na perspetiva destes, esta ferramenta foi mencionada como importante para a equipa de Enfermagem, permitindo rever com base na evidência, as práticas mais controversas no seio da equipa. Numa perspetiva de prestar cuidados de qualidade à criança e família, esta dinâmica veio empoderar os profissionais que voluntariamente a integram e frequentemente procuram trazer dúvidas, dificuldades e necessidades do seu quotidiano.

2.3.4. Formação em Serviço

Das notas de campo e reuniões realizadas ao longo deste percurso, a figura do enfermeiro responsável pela formação em serviço, foi discutida e desejada, uma vez que planear a formação, direcionando-a às necessidades dos enfermeiros e contexto, foi referida por todos como fundamental. No início de 2023, por consenso da equipa, o Enfermeiro gestor nomeou um enfermeiro, o qual ficou responsável, por elaborar um plano formativo que continuasse a dar resposta às necessidades dos enfermeiros e problemáticas do serviço. A “figura” do enfermeiro responsável pela formação em serviço, tem o seu enquadramento legal e histórico bem suportado e definido, sendo que:

“A natureza da profissão de enfermagem e as características do seu exercício fazem com que se deva privilegiar a formação em serviço como forma de manter atualizados, aprofundar e desenvolver conhecimentos adquiridos nos cursos básicos e pós-básicos de enfermagem, prevendo-se nesta carreira mecanismos que favoreçam e permitam concretizar este tipo de formação contínua”. (Ministério da Saúde [MS], 1991: 5723).

A formação em serviço atua como um dos principais vetores para o aprofundamento e desenvolvimento de competências, que resultam da resolução de problemas decursivos dos contextos ou situações de trabalho na produção de novos conhecimentos em

enfermagem. Conduzem à prestação de cuidados eficazes, eficientes e adaptados às mudanças que se sucedem na época em que vivemos, a um ritmo impressionante. É nesta perspectiva, que a formação realizada em serviço se revela de excepcional importância, uma vez que permite aos enfermeiros elaborarem uma reflexão sobre a sua prática. Esta formação deve ser programada anualmente e adequada às necessidades serviço e da instituição, de maneira a refletir e valorizar as suas necessidades formativas, impedindo que seja apenas uma combinação de temas soltos que apontam cumprir uma calendarização (Dias, 2004). Também aqui, o enfermeiro gestor teve um papel preponderante e muito ativo na seleção deste elemento.

3. Etapa 3 - Avaliação e Sustentação dos Resultados

A organização e a liderança têm um papel fundamental na implementação da PBE nos contextos, no entanto, a motivação e o interesse dos enfermeiros é de especial relevância. No decorrer deste estudo, percebemos que mudanças tiveram de ser realizadas para promover um ambiente facilitador da implementação do modelo KTA (Thorsteinsson, 2013). No entanto, é necessário um compromisso de todos para o desenvolvimento de estratégias capazes de sustentar esta cultura organizacional de PBE que trabalhamos, ao longo de quatro anos (Pearson, Jordan & Munn, 2012).

Nesta etapa final do estudo procedemos à avaliação da implementação do modelo de PBE, recorrendo aos enfermeiros mentores e co-investigadores, operacionalizada por reuniões de discussão focal e aos pais/cuidadores, através da aplicação dos instrumentos de recolha de dados utilizados na etapa 1 e das notas de campo (Anexo X) realizadas ao longo de todo o percurso.

As notas de campo, são anotações que permitem auxiliar no esclarecimento das observações e fazem parte da análise de dados. Neste registo pretendeu-se documentar e descrever as observações e considerações sobre o que se observou e escutou. Contém ainda algumas narrativas pessoais, que o investigador principal experienciou em determinados momentos (Streubert & Carpenter, 2011). Para as notas de campo foi contruído um instrumento orientador, que a investigadora utilizou durante esta fase. O documento permitiu registar: data/hora; estratégias de supervisão da implementação e resumo do observado (Anexo VI).

3.1. Estudo 5 – Avaliação da Satisfação e Perceção do Suporte Familiar dos Pais das Crianças Internadas com os Cuidados de Enfermagem Prestados: Pós Intervenção

Após a implementação do modelo KTA no serviço, pretendemos avaliar novamente, a perceção dos familiares sobre o apoio dos enfermeiros (1) e a satisfação com os cuidados prestados (2), mas desta vez, comparando com os resultados obtidos, da aplicação destes mesmos instrumentos (pré implementação), na etapa 1 do nosso estudo. Avaliar o real impacto, nos cuidados de enfermagem prestados (1 e 2), da implementação do modelo KTA no serviço.

Métodos

População e amostra

Foi realizado um estudo descritivo e comparativo com recurso a 2 questionários. Os participantes do estudo, à semelhança do efetuado na etapa 1, foram selecionados partindo de entre os pais/cuidadores de crianças internadas no serviço de pediatria de uma Instituição Hospitalar do Norte de Portugal. Referimos que à semelhança do anteriormente realizado, com os mesmos questionários (pré-implementação), foi na mesma instituição e serviço que procedemos à seleção dos participantes incluídos neste estudo. O procedimento de amostragem foi inclusivo, uma vez que todos os pais/ cuidadores que se encontravam no serviço, no momento da recolha de dados, foram convidados a participar no estudo, não se verificando critérios de exclusão. Foi obtida uma amostra de 89 pais/cuidadores (taxa de resposta de 100%).

Questões éticas

O estudo, bem como os seus objetivos, foram explicados aos participantes, tendo sido referido o carater voluntário, confidencial e anónimo de todo o processo. Adotaram-se ainda, medidas que protegessem a identidade dos participantes: entrega realizada pelo investigador principal; leitura do consentimento informado a todos os participantes e documento preenchido e devolvido num envelope destinado para o efeito e separadamente.

Instrumentos de recolha de dados

Neste estudo foram utilizados os mesmos instrumentos da etapa 1: O ESCCE de Loureiro et al. para pais de crianças hospitalizadas e o QPSF de Gouveia et al, ambos validados para a população portuguesa. O ESCCE é constituído pelos dados sociodemográficos dos

participantes; escala Experiências dos Cuidados de Enfermagem, com 28 itens; e escala Opiniões sobre Cuidados de Enfermagem, com 19 itens. Na escala Experiências dos Cuidados de Enfermagem é utilizada uma escala de concordância de Likert com sete possibilidades de resposta (discordo completamente, discordo muito, discordo um pouco, nem discordo nem concordo, concordo um pouco, concordo muito e concordo completamente). Na escala Opiniões sobre cuidados de Enfermagem é usada também uma escala de Likert com cinco níveis de satisfação (insatisfeito, pouco satisfeito, bastante satisfeito, muito satisfeito e completamente satisfeito).

O QPSF, constituído por 2 dimensões: Emocional, com 8 itens; e cognitivo, com 5 itens. Utilizada em cada um dos itens uma escala de concordância de Likert, com cinco níveis (quase sempre, geralmente, às vezes, raramente, quase nunca). Escala revertida, conforme exemplificado na etapa 1- estudo 3.

Recolha de dados e procedimentos

A ESCCE e o QPSF foram aplicados em simultâneo, entre janeiro e fevereiro de 2023 (após implementação do modelo KTA), a 89 pais/cuidadores de crianças internadas no serviço de pediatria da instituição hospitalar onde se desenvolveu o estudo. O estudo foi aprovado pela Comissão de Ética para a Saúde e Unidade de Investigação da Instituição onde se realizou, com número de Parecer de aprovação 93/2021. Os participantes responderam simultaneamente aos dois questionários, tendo sido fornecido o consentimento livre e esclarecido, bem como explicado o objetivo do estudo e a salvaguarda do anonimato e confidencialidade dos intervenientes.

Os dados recolhidos através do instrumento selecionado foram submetidos a tratamento estatístico, atitude esta fundamental na organização e análise da informação, bem como da apresentação, interpretação e discussão dos resultados.

Análise de dados

Os dados foram analisados com recurso ao IBM SPSS Statistics (27.0). Estatísticas descritivas incluindo frequência, média e desvio padrão foram analisadas para as características demográficas dos participantes e respetivas dimensões das escalas. Por forma a fazer esta verificação, foi realizado a determinação do coeficiente de Pearson e do Alfa de Cronbach.

A descrição das dimensões e escala total, foi efetuada com recurso às medidas de tendência central e de dispersão. A descrição das características sociodemográficas da amostra foi realizada usando medidas de tendência central e dispersão (para variáveis

quantitativas) e frequências absolutas e relativas (para variáveis qualitativas). A descrição dos resultados (dimensões e escala total) foi conduzido com recurso a média ($\bar{x}$) e padrão desvio (dp). A avaliação da associação entre as dimensões e escala total e as variáveis sociodemográficas foi efetuada com recurso ao teste de t de Student, para a comparação de médias em dois grupos, ou seja, para comparação de médias de uma variável quantitativa em dois grupos diferentes de sujeitos e quando se desconhecem as respetivas variâncias populacionais. E o one way ANOVA (variáveis qualitativas) e coeficiente de correlação de Pearson (variáveis quantitativas). Foram considerados como valores de referência os seguintes níveis de significância: $p \geq 0,05$ - não significativo; $p < 0,05$ - ligeiramente significativo; $p < 0,01$ - muito significativo e $p > 0,001$ - muitíssimo significativo (Pestana & Gageiro, 2008). Foi utilizada estatística descritiva, para medir a diferença na aplicação dos questionários nas diferentes fases do estudo (Etapa 1 e Etapa 3).

Resultados e discussão

A consistência interna foi calculada utilizando o coeficiente alfa de Cronbach, sendo os coeficientes alfa calculados para a escala total QPFS ($\alpha=0,92$). No mesmo estudo, aplicada a escala ESCCE, o coeficiente alfa para a escala total é de $\alpha=0,93$ com $\alpha=0,92$ na dimensão experiência com os cuidados de saúde e $\alpha=0,93$ na escala opinião.

Tendo em conta os objetivos que nortearam a aplicação destes instrumentos, em duas etapas distintas do estudo, nesta fase, optamos por, nas tabelas que se seguem apresentarmos os resultados obtidos nesta etapa e na etapa 1 do estudo (identificação do problema e diagnóstico de situação). A caracterização Sociodemográfica dos participantes que responderam aos 2 instrumentos é comum, uma vez que os mesmos foram fornecidos em simultâneo. A amostra foi composta por 89 pais/cuidadores de crianças hospitalizadas, com uma média de idades de 38 anos ($DP=8,9$). Relativamente à fase anterior a média de idades dos pais está muito aproximada entre si: etapa 1 ($M=38$, $DP=8,2$) e etapa 2 ($M=38,1$, $DP=8,9$). Os participantes do género feminino nesta fase do estudo (95,5%), são ligeiramente superiores à fase anterior (88,6%). Quanto à idade da criança internada, a média está nos 6,1($DP=0,3$) anos, ligeiramente abaixo dos 7,2 anos da amostra da etapa 1, o mesmo se verifica no tempo de internamento ($M=3$ dias) e no número de vezes internados no último ano ($M=1,3$ vezes), ambos abaixo dos resultados da etapa 1 (Tabela 31).

	n		%		M (DP)	
	Etapa 1	Etapa 3	Etapa 1	Etapa 3	Etapa 1	Etapa 3
Idade (em anos)	88	89			38,3 (8,2)	38,1 (8,9)
Gênero	88	89				
Feminino	78	85	88,6	95,5		
Masculino	10	4	11,4	4,5		
Grau acadêmico						
Até à 4ª classe	2	4	2,3	4,5		
5º ao 9º ano	32	28	36,4	31,5		
12º anos	27	29	30,7	32,6		
Bacharelato	2	1	2,3	1,6		
Licenciatura	21	22	23,9	24,7		
Mestrado	4	5	4,5	5,6		
Número de filhos					1,7 (0,8)	1,6 (0,7)
Idade da Criança internada (em anos)					7,2 (6,0)	6,1 (0,3)
Tempo de internamento (em dias)					3,4(0,8)	3 (0,9)
No último ano quantas vezes esteve internado no serviço					1,7(0,5)	1,3 (0,4)

Tabela 31. Descrição da amostra do estudo pré e pós intervenção

Percepção de suporte das famílias (QPSF)

A tabela 32 compara, através de análise descritiva os resultados obtidos na pré-implementação (etapa 1) e o pós-implementação (etapa 3), resultados obtidos junto dos pais /cuidadores. Na etapa 1 Pré implementação, a nossa amostra foi composta por (n=88) participantes e nos pós implementação (n=89). Das 13 questões colocadas (itens), verificamos existir uma melhoria do score médio total em todas.

	Etapa 1: Pré intervenção				Etapa 3: Pós intervenção			
Suporte Emocional	Mn	M	Mm	DP	Mn	M	Mm	DP
Na unidade de cuidados de saúde os enfermeiros têm...								
1 ...proporcionadas reuniões de família.	1,00	2,3	5,00	1,48	1,00	4,1	5,00	0,78
2 ...ajudado os membros da família, a reconhecerem que a nossa resposta emocional é normal e a aceitarem a expressão das emoções dos membros da família.	1,00	2,9	5,00	1,54	1,00	4,0	5,00	0,81
3 ...encorajado os membros da família, a partilharem as suas histórias de doença – não só histórias de doenças e de sofrimento, mas também histórias de força e de capacidades.	1,00	2,8	5,00	1,43	1,00	3,8	5,00	0,79
4 ...valorizado os pontos fortes da família.	1,00	3,1	5,00	1,50	1,00	4,1	5,00	0,76
5 ...ajudado os membros da família, a compreenderem como a nossa resposta emocional, está relacionada com a doença familiar.	1,00	2,9	5,00	1,46	1,00	4,2	5,00	0,76
6 ...encorajado a minha família a fazer uma pausa na prestação de cuidados.	1,00	2,7	5,00	1,45	1,00	4,1	5,00	0,81
7 ...prestado atenção, à influência que os membros da família podem ter uns nos outros, no bem-estar de um membro e na própria doença.	1,00	3,1	5,00	1,47	1,00	4,2	5,00	0,81
8 ...procurado os pontos fortes e as possibilidades da família, para elogiar os familiares quando os pontos fortes são revelados.	1,00	3,1	5,00	1,35	1,00	4,1	5,00	0,74
Suporte Cognitivo								
Na unidade de cuidados de saúde os enfermeiros têm...								
9 ...proporcionada informação e a sua opinião profissional.	1,00	3,8	5,00	1,03	3,00	4,4	5,00	0,63
10 ...proporcionada documentação acessível e de fácil leitura, sobre o problema de saúde.	1,00	2,8	5,00	1,47	3,00	4,2	5,00	0,77
11 ...informado a família sobre os recursos disponíveis na comunidade, que têm sido úteis para famílias em situações semelhantes.	1,00	3	5,00	1,46	2,00	4,2	5,00	0,72
12 ...disponibilizado ideias e informações, que nos permitiram aprender e refletir, sobre essas ideias e informações.	1,00	2,8	5,00	1,21	2,00	4,4	5,00	0,67
13 ...realçado o uso de rituais/práticas familiares, para promover a saúde dos membros da família.	1,00	2,2	5,00	1,10	1,00	4,3	5,00	0,77
5*= Quase sempre 4*=Geralmente 3*= Às vezes 2*= Raramente 1*= Quase nunca (*escala após inversão)								

Tabela 32. Perceção de suporte das famílias (QPSF): Pré e Pós implementação

Tal como podemos observar na Tabela 33, a pontuação média da amostra global para o total das duas dimensões, foi de 54,4, logo, obtivemos uma clara melhoria relativamente à etapa 1.

Etapa 1 – Pré Intervenção						
	Mm	M	Mm	DP	Sk	K
Suporte cognitivo	5	14,6	25	4,7	0,03	-0,87
Suporte emocional	7	23,0	39	9,9	-0,29	-1,19
Suporte total	13	37,6	62	13,8	-0,22	-1,22
Etapa2 – Pós Intervenção						
	Mm	M	Mm	DP	Sk	K
Suporte cognitivo	11	21,6	25	2,5	-0,91	2,3
Suporte emocional	8	32,7	40	4,3	-2,08	11,1
Suporte total	19	54,4	64	5,7	-2,54	14,7

Tabela 33. Pontuação média global do instrumento(score) QPSF

Escala de Satisfação do Cidadão com Cuidados de Enfermagem (ESCCE)

Relativamente ao questionário ESCCE, aplicado nesta fase do estudo, iremos, tal como no anterior fazer uma comparação entre os resultados. Na tabela 34, podemos observar os resultados obtidos na etapa 1 e 3 do estudo, em particular, a contribuição dos itens para o total da escala.

		Etapa 1			Etapa 3				
Item		M (DP)	S _k	K	Alpha de cronbach	M(DP)	S _k	K	Alpha de cronbach
Dimensão Experiência					0,958	0,923			
Sub-Dimensão Satisfação					0,963	0,921			
1	Os enfermeiros explicavam as coisas de forma que eu compreendia	6,00 (1,25)	-1,73	3,03		6,47 (0,78)	-1,78	3,98	
2	Havia uma atmosfera agradável no serviço, graças aos enfermeiros	5,79 (1,30)	-1,67	2,74		6,35 (0,69)	-1,45	4,82	
3	Os Enfermeiros sabiam fazer o melhor para a criança	6,22 (0,93)	-2,48	10,76		6,56 (0,58)	-0,95	-0,06	
4	Se tivesse o mesmo ou outro problema que necessitasse de cuidados de enfermagem, voltaria de bom grado a este serviço	6,27 (1,10)	-2,78	10,58		6,64 (0,61)	-1,49	1,16	
5	Sentia-me seguro quando os Enfermeiros estavam a cuidar de mim	6,15 (1,14)	-1,97	4,71		6,64 (0,59)	-1,42	1,04	
6	Os Enfermeiros compreendiam-me quando partilhava com eles os meus problemas	5,86 (1,14)	-1,41	2,91		6,44 (0,67)	-1,06	0,91	
7	Os Enfermeiros tranquilizavam os meus familiares ou amigos	5,50 (1,40)	-1,15	1,26		6,26 (0,83)	-0,90	0,02	
8	Médicos e Enfermeiros trabalhavam bem como uma equipa	5,85 (1,10)	-1,45	3,48		6,32 (0,77)	-1,25	2,65	
9	Os Enfermeiros pareciam saber realmente o que diziam	6,01 (1,16)	-2,14	6,29		6,42 (0,61)	-0,59	-0,55	
10	Os Enfermeiros explicavam o que iam fazer antes de fazê-lo	5,98 (1,06)	-1,72	5,06		6,41 (0,68)	-0,76	-0,57	
11	Os Enfermeiros faziam coisas que me faziam sentir mais confortável	5,98 (1,21)	-2,40	7,74		6,46 (0,67)	-0,87	-0,37	
12	Eu via os Enfermeiros como amigos	5,97 (1,29)	-2,10	5,56		6,44 (0,74)	-1,12	0,40	
13	Os Enfermeiros verificavam regularmente se eu estava bem	5,96 (1,25)	-1,82	4,34		6,49 (0,64)	-0,90	-0,23	
14	Os Enfermeiros certificavam-se de que as crianças tinham privacidade sempre que dela necessitavam	6,01 (1,10)	-1,21	0,84		6,53 (0,62)	-1,01	0,018	
15	Sentia-me à vontade com os Enfermeiros	6,01 (1,25)	-2,23	6,59		6,53 (0,60)	-0,94	-0,08	
16	Os Enfermeiros explicavam-me o que se passava com a criança	6,04 (1,13)	-1,68	3,99		6,47 (0,69)	-1,15	0,90	
17	Estivessem ou não muito ocupados, os Enfermeiros arranjavam tempo para mim	5,38 (1,46)	-1,08	0,70		6,20 (0,89)	-1,87	5,91	
18	Os Enfermeiros informavam os outros colegas sobre a situação dos cuidados	5,84 (1,32)	-1,20	0,65		6,17 (1,33)	-2,50	6,39	
Dimensão Experiência									
Sub-Dimensão Insatisfação					0,918	0,912			
19	Os Enfermeiros pareciam não compreender o que eu estava a passar	5,47 (1,85)	-0,97	0,53		6,53 (0,93)	-3,88	19,37	
20	Os Enfermeiros demoravam a atender-me quando eu pedia	5,15 (1,89)	-0,99	-0,26		6,51 (0,74)	-2,89	14,61	
21	Os Enfermeiros obrigavam-me fazer coisas antes de eu estar preparado	6,15 (1,40)	-0,70	-0,85		6,74 (0,73)	-5,79	43,36	

22	Os Enfermeiros não me disseram o suficiente sobre o tratamento	6,05 (1,45)	-2,01	3,77	6,77 (0,42)	-1,34	-0,20
23	Os Enfermeiros favoreciam mais umas crianças do que outras	6,30 (1,25)	-1,65	1,85	6,80 (0,45)	-2,33	4,99
24	Os Enfermeiros pareciam não ter conhecimento sobre o que cada colega fazia	5,93 (1,40)	-2,00	4,00	6,67 (0,59)	-1,68	1,75
25	Os Enfermeiros diziam-me coisas que não coincidia com o que o médico dizia	6,12 (1,42)	-1,19	0,44	6,83 (0,38)	-1,80	1,27
26	Os Enfermeiros costumavam ir embora e esqueciam-se o que eu tinha pedido	5,96 (1,50)	-1,91	3,06	6,77 (0,47)	-1,98	3,29
27	Os Enfermeiros pareciam ter pouca vontade de me ajudar quando precisava	6,17 (1,41)	-1,37	0,61	6,82 (0,39)	-1,69	0,89
28	Os Enfermeiros falavam comigo com superioridade	6,05 (1,73)	-2,09	3,98	6,87 (0,33)	-2,32	3,49
Dimensão opinião					0,97	0,93	
1	A boa vontade com que os Enfermeiros responderam aos seus pedidos	3,90 (0,96)	-0,20	-1,24	4,41 (0,72)	-1,19	1,36
2	O quanto os Enfermeiros estiveram atentos às suas necessidades	3,82 (0,99)	-0,14	-1,24	4,41 (0,69)	-0,97	0,62
3	Como os Enfermeiros o tratavam como pessoa	4,09 (1,01)	-0,86	0,18	4,53 (0,73)	-2,12	6,08
4	A ajuda que recebeu dos Enfermeiros	4,09 (0,95)	-0,91	0,70	4,53 (0,69)	-2,04	6,68
5	A privacidade que os Enfermeiros lhe deram	3,98 (1,09)	-1,09	1,28	4,52 (0,70)	-1,96	5,92
6	O tipo de informações que os Enfermeiros lhe deram sobre o estado e tratamento/situação da criança	3,88 (0,92)	-0,56	-0,03	4,47 (0,75)	-1,36	2,39
7	Como os Enfermeiros ouviram as suas preocupações	3,97 (0,98)	-0,54	-0,78	4,49 (0,64)	-1,64	3,21
8	A frequência com que os Enfermeiros perguntavam se a criança estava bem	4,07 (1,00)	-1,05	1,26	4,55 (0,59)	-2,29	6,67
9	A maneira como os Enfermeiros lhe explicaram as coisas	3,96 (0,91)	-0,76	0,36	4,47 (0,66)	-1,08	1,33
10	O quanto os Enfermeiros sabiam sobre os cuidados que deviam prestar	4,10 (0,83)	-0,68	-0,03	4,48 (0,72)	-0,62	-0,55
11	A forma como os Enfermeiros fizeram o seu trabalho	4,03 (0,88)	-0,46	-0,74	4,51 (0,71)	-1,28	1,51
12	A maneira como os Enfermeiros o fizeram sentir como se estivesse em sua casa	3,82 (1,10)	-0,80	0,08	4,49 (0,67)	-1,99	6,06
13	A liberdade que lhe dera dentro do serviço	4,05 (1,00)	-0,87	0,26	4,51 (0,55)	-1,92	5,78
14	A quantidade de informação que os Enfermeiros lhe deram sobre o estado e tratamento/situação do seu filho	3,94 (0,95)	-0,62	-0,11	4,42 (0,57)	-1,21	2,13
15	Capacidade com que os Enfermeiros desempenharam as suas atividades	4,19 (0,89)	-0,59	-0,553	4,65 (0,54)	-1,27	0,70
16	A rapidez com que os Enfermeiros vieram quando os chamou	3,76 (1,14)	-0,45	-0,52	4,51 (0,72)	-2,07	6,33
17	Estava sempre um Enfermeiro por perto quando dele precisou	3,87 (1,17)	-0,62	-0,48	4,53 (0,70)	-2,00	6,08
18	A maneira como os Enfermeiros tranquilizaram os meus familiares e amigos	2,82 (1,21)	0,37	-0,71	4,43 (0,74)	-1,25	1,27
19	O tempo que os Enfermeiros gastaram comigo	4,00 (1,05)	-0,97	0,53	4,53 (0,78)	-2,44	7,86

x = Média	dp=Desvio padrão	S_k= Assimetria	K= Curtose	
Dimensão Experiência				Dimensão opinião
1*= Discordo completamente 2*=Discordo muito 3*=Discordo um pouco				1*=Insatisfeito 2*=Pouco satisfeito 3*=Bastante satisfeito 4*=Muito satisfeito
4*=Nem discordo nem concordo 5*=Concordo um pouco 6*=Concordo muito				5*=Completamente satisfeito
7*=Concordo completamente				
*invertida na sub dimensão “Insatisfação”				

Tabela 34. Comparação da estatística de frequências do ESCCE pré e pós intervenção

Na dimensão experiência, o questionário apresenta duas sub dimensões: Satisfação (experiência positiva) Insatisfação (experiência negativa). Analisando a melhoria das pontuações médias da globalidade da dimensão experiência, relativamente à etapa 1 e 3, percebemos que os itens da sub dimensão “satisfação” onde esta subida foi mais acentuada foram: “Havia uma atmosfera agradável no serviço, graças aos enfermeiros” (etapa 1: M=5,79; DP=1,30, etapa 3: M=6,35; DP=0,69), “*os Enfermeiros compreendiam-me quando partilhava com eles os meus problemas*” (etapa 1: M=5,86; DP=1,14, etapa 3: M=6,44; DP=0,67), “*os Enfermeiros tranquilizavam os meus familiares ou amigos*” (etapa 1: M=5,50; DP=1,40, etapa 3: M=6,26; DP=0,83) e “*estivessem ou não muito ocupados, os Enfermeiros arranjavam tempo para mim*” (etapa 1: M=5,38; DP=1,46, etapa 3: M=6,20; DP=0,89).

A sub dimensão “Insatisfação”, na etapa 1, obteve as pontuações médias mais baixas da globalidade da dimensão “experiência”, mas foram nesta etapa, as que apresentaram uma melhoria global mais acentuada na mesma dimensão. Referimo-nos às experiências “*os Enfermeiros pareciam não compreender o que eu estava a passar*” (etapa 1: M=5,47; DP=1,85, etapa 3: M=6,53; DP=0,93) e “*os Enfermeiros demoravam a atender-me quando eu pedia*” (etapa 1: M=5,15; DP=1,89, etapa 3: M=6,51; DP=0,74).

Na dimensão “opinião” acerca dos cuidados de enfermagem prestados no internamento de pediatria, verificamos que os pais/cuidadores pontuaram mais nesta terceira etapa itens que na etapa anterior tinham alcançado, os resultados mais baixos. Referimo-nos, “*ao quanto os Enfermeiros estiveram atentos às suas necessidades*” (etapa 1: M=3,82; DP=0,99, etapa 3: M=4,41; DP=0,69), “*o tipo de informações que os Enfermeiros lhe deram sobre o estado e tratamento/situação da criança*” (etapa 1: M=3,88; DP=0,92, etapa 3: M=4,47; DP=0,75) e “*a maneira como os Enfermeiros o fizeram sentir como se estivesse em sua casa*” (etapa 1: M=3,82; DP=1,10, etapa 3: M=4,49; DP=0,67). Estes itens contribuíram de forma significativa para a melhoria do score na dimensão “opinião”, na etapa 3 e consequentemente no score total de satisfação. Santos e Miranda (2016), relatam que para os pais e cuidadores, facultar informações completas, corretas e claras sobre as condições para o tratamento de uma criança, verificar como estes compreendem a situação e o tratamento da mesma, é crucial para a satisfação com os cuidados, o que corrobora os resultados que obtivemos.

A pontuação máxima possível de obter pela escala de satisfação global é de 291, sendo que, relativamente às experiências o valor máximo atingível é de 196 e nas opiniões é de 95. Já os valores mínimos possíveis para a escala global são de 47 (na dimensão experiência 28 e na dimensão opinião 19). Tal como podemos observar na tabela 35, na etapa 3, a pontuação média da amostra global para o total das escalas (Total de

satisfação), foi de 268,9, obtendo-se na dimensão da experiência 183,3 e na opinião 85,6 considerado, como médias altas de satisfação com os cuidados de enfermagem (Rodrigues & Dias, 2003).

		Mn	M	Mm	DP	Sk	K
Etapa 1	Satisfação Total	94,0	240,6	288,0	40,5	-1,50	2,42
	Opinião	31,0	74,4	94,0	15,9	-0,82	0,03
	Experiência Positiva	47,0	106,8	126,0	16,6	-1,58	2,89
	Experiência Negativa	16,0	59,2	70,0	11,9	-1,53	1,92
	Experiência Total	62,0	160,7	188,0	26,0	-1,75	3,32
Etapa 3	Satisfação Total	202,0	268,9	291,0,0	19,1	-1,091	1,32
	Opinião	31,0	85,6	98,0	10,9	-0,73	-0,21
	Experiência Positiva	85,0	115,9	126,0	8,64	-0,92	0,68
	Experiência Negativa	54,0	67,4	70,0	3,46	-1,56	2,03
	Experiência Total	153,0	183,3	196,0	10,4	-0,73	-0,21

Tabela 35. Pontuação média global do instrumento(score) ESCCE na etapa 1 e 3

Relativamente ao questionário ESCCE, podemos perceber que existiu uma melhoria nos scores de todas as dimensões. A avaliação global de apoio apresentou uma média de 4.52 (1 a 5) e um desvio padrão 0.77, o que releva que os pais se sentiram na maioria das vezes e quase sempre apoiados pelos enfermeiros.

Salientamos que na dimensão “experiencia negativa”, tal como na etapa 1 do estudo, as pontuações foram revertidas para desta forma podermos fazer a correta avaliação das pontuações. Assim, quando referimos que a experiência negativa teve uma melhoria significativa na pontuação, relativamente à escala global (etapa 1: M=59,2; etapa 3: M=67,4) estamos a considerar este aspeto.

Nas dimensões apresentadas, consideramos que nesta etapa, todas tiveram uma melhoria muito significativa, relativamente à anterior. Salientamos que os pais/cuidadores, deram um sinal inequívoco de que a experiência total teve uma melhoria significativa (etapa1: M=160,7; etapa 3: M=183,3), assim como as suas opiniões relativamente aos cuidados de

enfermagem prestados no internamento (etapa1: M=74,4; etapa 3: M=85,6). Após análise dos resultados obtidos com o ESCCE, podemos referir que, quanto mais elevados são os índices em cada subescala e na escala global, melhor é o grau de satisfação.

Associação entre outcomes e score total do QPFS e ESCCE (etapa 3)

A tabela 36 mostra as associações entre as dimensões da escala ESCCE (Experiência: positiva e negativa; Experiência total; Opinião; Satisfação total), o QPFS (suporte cognitivo, suporte emocional e suporte total) e as variáveis sociodemográficas dos participantes da etapa 3 do estudo. Quando comparamos as associações entre as dimensões dos questionários QPFS e ESCCE aplicados na etapa 1 e 3, percebemos que na etapa 1 existia uma associação positiva entre o número de filhos e a experiência total ($r=0,211$; $p=0,048$), mas na etapa 3 essa associação não se verifica ($r=0,108$; $p=0,316$). Ainda na etapa 1, encontramos associações em outras variáveis: idade e a dimensão “opinião” ($r=0,215$; $p=0,044$) e “número de filhos” com a dimensão “experiência negativa” ($r=0,212$; $p=0,047$) e com a dimensão “experiência total” ($r=0,211$; $p=0,048$). Os participantes do género feminino apresentaram pontuações médias mais baixas para a globalidade das dimensões na etapa 1 do estudo. Relativamente às habilitações académicas na “satisfação total” da escala, os participantes com o “bacharelato”, são os que apresentam uma pontuação média inferior ($F=255,0$; $DP=0$). Na etapa 1 do estudo, os resultados foram contrários, pois os participantes com bacharelato ($F=260$; $DP=0,00$) foram os que mais pontuaram na “satisfação total”, sendo os que tinham a 4ª classe que apresentaram uma pontuação média mais baixa ($F=133,0$; $DP=55,2$) na variável “habilitação profissional”.

Já na etapa 3 verificamos a existência de uma associação positiva entre o “tempo de internamento” e a “opinião” ($r=0,216$; $p=0,042$), mas tal não se confirmou na etapa anterior. Existiu outra alteração na dimensão “opinião”, onde nesta etapa 3, os participantes do género feminino ($t=85,7$; $DP=10,6$) pontuam em média de forma mais elevada que os do género masculino ($t=83,0$; $DP=16,1$). Relativamente às habilitações académicas na “satisfação total” da escala, os participantes com o “bacharelato”, são os que apresentam uma pontuação média inferior ($F=255,0$; $DP=0$; $p=0,025$). O mesmo não se tinha verificado na etapa 1 do estudo, onde os participantes com bacharelato ($F=260$, $DP=0,00$) foram os que mais pontuaram na “satisfação total”, sendo os que tinham a 4ª classe tinham apresentado, nesta dimensão, a pontuação média mais baixa de todos ($F=133,0$, $DP=55,2$).

	Etapa 1				Etapa 3					Etapa 1
Variáveis/Dimensões	Experiência total ¹	Experiência Positiva ¹	Experiência negativa ¹	Experiência total ¹	Opinião ¹	Satisfação ¹ Total	Suporte ² cognitivo	Suporte ² emocional	Suporte ² total	Suporte ² Total
Idade*	0,072	0,087	-0,025	0,081	0,075	0,086	0,140	0,164	0,063	0,032
p	0,503	0,405	0,215	0,415	0,485	0,420	0,190	0,124	0,559	0,765
Gênero**										
Masculino	174,0 (11,6)	116,5 (9,81)	68,7 (1,89)	185,2 (9,4)	83,0 (16,1)	268,2 (25,5)	21,7 (2,5)	35,0 (3,7)	56,7 (5,4)	39,3 (16,7)
Feminino	158,9 (26,9)	115,8 (8,65)	67,2 (3,51)	183,1 (10,5)	85,7 (10,6)	268,8 (19,0)	21,6 (2,5)	32,6 (4,4)	54,2 (5,8)	37,4 (13,9)
p	0,064	0,95	0,23	0,49	0,25	0,57	0,72	0,74	0,017	0,698
Estado Civil***										
Solteiro	162,0 (25,9)	117,3 (10,3)	67,9 (1,7)	185,2 (11,0)	86,5 (10,9)	271,8 (21,7)	21,7 (2,1)	32,7 (28)	54,4 (4,1)	38,1 (15,7)
Casado/União de facto	161,3 (25,6)	115,7 (7,9)	67,1 (3,9)	182,9 (10,1)	85,0 (11,3)	268,0 (19,1)	21,6 (2,7)	32,6 (4,8)	54,2 (6,3)	36,9 (13,3)
Separado/Viúvo	149,5 (34,8)	114,1 (10,9)	67,5 (2,4)	181,6 (11,8)	87,1 (6,1)	268,7 (15,1)	22,0 (2,0)	33,1 (3,6)	55,1 (4,9)	41,8 (14,6)
p	0,75	0,66	0,72	0,63	0,81	0,77	0,91	0,96	0,92	0,58
Habilitações***										
Até à 4ª Classe	84,50 (31,8)	106,5 (7,6)	63,7 (2,5)	170,2 (7,4)	87,2 (4,1)	257,5 (5,5)	20,5 (1,0)	33,2 (2,1)	53,7 (1,5)	36,0 (11,3)
5º Ano ao 9º Ano	158,9 (24,0)	114,9 (9,1)	67,6 (2,7)	182,6 (10,0)	84,0 (9,8)	266,6 (19,2)	21,3 (2,0)	32,7 (3,5)	54,0 (4,6)	36,3 (14,5)
12º Ano	165,3 (19,9)	118,6 (7,5)	68,6 (1,9)	187,3 (8,1)	88,8 (7,6)	276,2 (14,6)	22,6 (2,1)	32,6 (3,6)	55,2 (4,2)	37,5 (14,3)
Bacharelato	173,0 (4,2)	111,0 (0)	69,0 (0)	180,0 (0)	75,0 (0)	255,00 (0)	20,0 (0)	29,0 (0)	49,0 (0)	48,0 (4,2)
Licenciatura	162,1 (28,4)	114,1 (8,5)	66,0 (4,9)	180,1 (12,1)	81,7 (15,3)	261,9 (23,3)	21,0 (3,2)	32,1 (6,3)	53,2 (8,7)	38,8 (13,9)
Mestrado	167,0 (15,3)	121,2 (6,9)	67,0 (4,1)	188,2 (7,6)	92,0 (5,1)	280,2 (12,1)	22,0 (2,9)	36,0 (3,6)	58,0 (5,5)	37,7 (13,8)
p	0,414	0,043	>0, 001	0,012	0,11	0,025	0,33	0,31	0,35	0,29
Número de Filhos*	0,211*	0,108	0,102	0,055	0,116	0,096	0,49	0,64	0,069	0,013
p	0,048	0,316	0,341	0,606	0,278	0,371	0,646	0,554	0,521	0,901
Idade dos filhos*	0,079	0,009	0,014	0,012	0,037	0,014	0,154	-0,162	0,055	0,040
p	0,464	0,933	0,897	0,910	0,730	0,893	0,150	0,129	0,606	0,708
Número de vezes internado*	0,091	0,062	0,133	0,096	0,014	0,060	0,88	0,108	0,119	0,100
p	0,397	0,562	0,213	0,371	0,893	0,574	0,411	0,316	0,268	0,353
Tempo de internamento (dias)*	0,193	0,073	0,019	0,067	0,216*	0,159	0,087	0,028	0,016	0,151
p	0,072	0,495	0,863	0,533	0,042	0,137	0,416	0,792	0,879	0,160

¹ESCCE ²QPFS *Coeficiente de correlação de Pearson; **Teste t de student (média; DP); ***Anova (média; DP)

Tabela 36. Associação entre as dimensões do ESCCE e QPFS e as variáveis sociodemográficas

.

Analisando os scores totais dos dois instrumentos nas diferentes etapas que foram aplicados (etapa 1=pré intervenção e etapa 3= pós intervenção), verificamos que a pontuação média global do instrumento ESCCE teve um aumento muito significativo na satisfação total (etapa 1: M=240,6; DP=40,5); etapa 3: M=268,9; DP=19,1), num total possível de 291. Para o QPFS, num score máximo possível de 65, concluímos que o suporte total percebido pelos pais/cuidadores, na etapa 3, se aproximou do score máximo total (etapa 1: M=37,6; DP=13,8 etapa 3: M=54,4; DP=5,7) (Tabela 37).

		Mn	M	Mm	DP	Sk	K
Etapa 1	Satisfação*	94,0	240,6	288,0	40,5	-1,50	2,42
	Total						
	Opinião*	31,0	74,4	94,0	15,9	-0,82	0,03
	Experiência*	47,0	106,8	126,0	16,6	-1,58	2,89
	Positiva						
	Experiência*	16,0	59,2	70,0	11,9	-1,53	1,92
	Negativa						
	Experiência*	62,0	160,7	188,0	26,0	-1,75	3,32
Etapa 3	Total						
	Suporte**	5	14,6	25	4,7	0,03	-0,87
	cognitivo						
	Suporte**	7	23,0	39	9,9	-0,29	-1,19
	emocional						
	Suporte total**	13	37,6	62	13,8	-0,22	-1,22
	Satisfação*	202,0	268,9	291,0	19,1	-1,091	1,32
Etapa 3	Total						
	Opinião*	31,0	85,6	98,0	10,9	-0,73	-0,21
	Experiência*	85,0	115,9	126,0	8,64	-0,92	0,68
	Positiva						
	Experiência*	54,0	67,4	70,0	3,46	-1,56	2,03
	Negativa						
	Experiência*	153,0	183,3	196,0	10,4	-0,73	-0,21
	Total						
Etapa 3	Suporte**	11	21,6	25	2,5	-0,91	2,3
	cognitivo						
	Suporte**	8	32,7	40	4,3	-2,08	11,1
	emocional						
	Suporte total**	19	54,4	64	5,7	-2,54	14,7

*ESCCE **QPFS

Tabela 37. Pontuações médias para os QPSF e ESCCE

Foi observado neste estudo que, os pais/cuidadores de crianças internadas no serviço de pediatria, apresentaram um nível regular de apoio e satisfação com os cuidados realizados pelos enfermeiros(as) aos filhos em todos os domínios, mas também se verificou que da pré implementação do KTA (etapa 1) para o pós implementação (etapa 3), o nível percecionado melhorou. Destacamos que a intervenção realizada, em conjunto com todo o processo envolvente e estratégias de implementação da PBE adotadas, poderão ter contribuído de forma significativa para estes resultados.

Se assumíssemos que as duas amostras (etapa 1 e etapa 3) poderiam ser comparáveis, verificamos que as diferenças estatísticas (Teste-t para amostras emparelhadas), são significativas após a implementação do KTA (intervenção). Em todas as dimensões $p < 0,001$ (Tabela 38.)

<i>Dimensão</i>	Média da diferença (Erro padrão)	IC a 95%		p^* * $p < 0,05$
<i>Opinião</i>	2,13 (20,04)	-15,3	-6,8	<0,001
<i>Experiência positiva</i>	1,91 (17,94)	-12,7	-5,1	<0,001
<i>Experiência negativa</i>	1,37 (12,85)	-10,7	-5,3	<0,001
<i>Experiência total</i>	2,94 (27,66)	-28,3	-16,6	<0,001
<i>Suporte cognitivo</i>	0,56 (5,29)	-8,1	-5,9	<0,001
<i>Suporte emocional</i>	1,10 (10,32)	-11,9	-7,5	<0,001
<i>Suporte total</i>	1,52 (14,32)	-11,9	-13,7	<0,001

Tabela 38. Emparelhamento das amostras da etapa 1 e etapa 3

O mesmo acontece no efeito do impacto da intervenção realizada (implementação do KTA) nas dimensões do QPFS e ESCCE. Tendo por hipótese que os grupos pudessem ser comparáveis os resultados apontam para um tamanho de efeito da intervenção realizada, que parece mostrar um impacto muito grande (Tabela 39.)

<i>Dimensão</i>	<i>d de Cohen</i>	<i>Correção de Hedges</i>
<i>Opinião</i>	20,04	20,21
<i>Experiência positiva</i>	17,94	18,10
<i>Experiência negativa</i>	12,85	12,96
<i>Experiência total</i>	27,66	27,90
<i>Suporte cognitivo</i>	5,29	5,34
<i>Suporte emocional</i>	10,32	10,41
<i>Suporte total</i>	14,35	14,45

Tabela 39. Efeito da intervenção da amostra (d de Cohen)

Na dimensão opinião ($d=20,04$; $g=20,21$) e experiência total ($d=27,66$; $g=27,90$), é onde o efeito da intervenção é mais evidente. A interpretação dos resultados do efeito da intervenção na amostra, seguiu os valores definidos por Rosenthal (1996), onde considera que: Efeito insignificante ($<0,19$); efeito pequeno ($0,20-0,49$); efeito médio ($0,50-0,79$); efeito grande ($0,80-1,29$) e efeito muito grande ($>1,30$).

Discussão

Globalmente, importa interpretarmos a diferença de scores médios (dos dois questionários) em função das variáveis sociodemográficas, como é o caso do “género”, onde os nossos dados apontam que o género feminino pontuou em todas as dimensões dos questionários, com um score mais baixo, quando comparado ao género masculino. Este resultado pode ser explicado, pela permanência maioritariamente de mulheres como acompanhantes da criança (Etapa 1: 86,6% feminino/11,4% masculino; Etapa 3: 95,5% feminino/4,5% masculino), o que faz com que tendo assumido neste processo de internamento o papel de cuidador principal, a perceção de suporte e satisfação com os cuidados possa ser mais exigente. Pontuações médias inferiores obtidas pelos participantes do género feminino, foram também relatadas em outros estudos (Bruce et al, 2016).

Tal como apresentamos anteriormente, os resultados dos questionários QPFS e ESCCE, obtidos na etapa 1 do estudo, apresentam scores médios totais em todas as dimensões inferiores aos apresentados após a intervenção. No entanto parece-nos pertinente referir que, além da intervenção realizada, outros fatores podem ter contribuído para estes resultados. Na etapa 1 do estudo encontrávamo-nos em plena pandemia por COVID-19, o que limitava a presença dos acompanhantes das crianças e impedia a presença de outros familiares(visitas). As crianças internadas estavam acompanhadas 24h por um cuidador (pai ou mãe), sendo a permanência ou circulação de pessoas extremamente condicionada.

Na etapa 3 do estudo, a situação por COVID-19 estava mais controlada e algumas das medidas restritivas, importas pela instituição tinham sido revistas. Durante o internamento, a criança já podia ficar acompanhada por dois cuidadores (durante o período diurno) e um cuidador no período noturno. Visitas de familiares e rotação entre os cuidadores da criança, para promover o seu descanso, eram permitidas.

Neste sentido alguns resultados da etapa 1, podem ser justificados pelo menor contacto que os enfermeiros tinham com as famílias, o que pode ter condicionado o suporte percecionado pelas mesmas (Suporte total- etapa 1: $M=37,6$; $DP=13,8$ etapa 3: $M=54,4$; $DP=5,7$). Estes dados são corroborados por outro estudo, onde o questionário QPFS foi utilizado, num contexto de enfermagem de urgência onde as limitações de presença dos cuidadores também estiveram presentes. Estes relataram que as famílias percecionaram

um suporte geral significativamente menor, por parte dos profissionais de saúde, em comparação com os resultados de estudos utilizados noutros contextos (Emmamally & Brysiewicz ,2019).

Partindo do pressuposto que as amostras da etapa 1 e etapa 3 do estudo poderiam ser comparáveis, os resultados apontam para um tamanho de efeito de intervenção muito grande. Para além das reservas relativas à amostra, elencámos ainda a COVID 19 como podendo ter influenciado, tal como discutimos acima.

Verificamos que a percepção dos pais/cuidadores sobre o suporte cognitivo de *“Na unidade de cuidados de saúde os enfermeiros têm realçado o uso de rituais/práticas familiares, para promover a saúde dos membros da família”*, na etapa 1, teve um score médio total baixo (M=2,2). Indo de encontro a estes resultados da etapa 1, Emmamally & Brysiewicz (2019), num estudo desenvolvido na África do Sul em três departamentos de emergência, sobre a percepção familiar face ao suporte dos enfermeiros, relatam resultados semelhantes. Neste estudo, as estratégias adotadas por enfermeiros, que visem promover a saúde dos membros da família, foram descritas com resultados de score, globalmente baixos. Já o contrário é descrito por De Beer e Brysiewicz (2016), num outro estudo, acerca das necessidades da família num cenário assistencial, onde foi descrito que os enfermeiros e médicos, eram extremamente sensíveis e cooperantes com os rituais e orações de família, o que corrobora com os resultados que obtivemos na etapa 3. Neste item, verificamos que existiu uma melhoria muito significativa da etapa 1 (M=2,2) para a etapa 3 (M=4,3).

Outro item que destacamos, com melhora significativa no suporte cognitivo é *“Na unidade de cuidados de saúde os enfermeiros têm proporcionado documentação acessível e de fácil leitura, sobre o problema de saúde”*, onde verificamos uma melhoria média de 1,4 (etapa1: M=2,8; etapa 3: M=4,2). Um estudo realizado na África do Sul (2016), também expressa que os profissionais de saúde recebem pontuações muito baixas no suporte relativamente ao tipo de documentação profissional que cedem às famílias, o que vai de encontro aos resultados da nossa etapa 1 (Botes & Langley, 2016).

A comunicação eficaz melhora a compreensão familiar da doença e reduz a lacuna cognitiva entre familiares e profissionais de saúde (Obringer, Hilgenberg & Booker, 2012). Assim na etapa 1 do estudo e antes de aplicar os questionários, foi efetuada um workshop em comunicação em saúde. Tal como já referimos anteriormente, este evidenciou-se uma necessidade apontada pelos enfermeiros que participaram no grupo focal inicial. Assim, acreditamos que também este aspeto possa ter influência na melhoria que obtivemos nos resultados.

Na dimensão “suporte emocional” obtivemos melhorias globais, muito significativas (etapa 1: $M=23$, etapa 3: $M=37,6$). A pontuação máxima possível de obter pela escala de percepção do suporte familiar é 65, sendo que, relativamente à dimensão de suporte emocional o score máximo é 40 e na dimensão cognitiva é 25. Relativamente ao item “*Na unidade de cuidados de saúde os enfermeiros têm proporcionadas reuniões de família*”, verificamos que foi onde se verificou uma subida maior no score médio, da etapa 1 ($M=2,3$, $DP=1,48$) para a etapa 3 ($M=4,1$, $DP=0,78$). No suporte emocional, famílias que indicam baixo suporte emocional, por parte dos profissionais de saúde, têm necessidades emocionais que afetam negativamente a sua capacidade de enfrentar o processo de doença (Dieperink et al., 2018).

Se compararmos os resultados do score global do nosso estudo com outros existentes na literatura, encontramos os 2 contrastes. Num estudo dinamarquês e australiano, com aplicação do mesmo questionário, os autores relatam que a pontuação média do suporte total é de 44,3 (Dieperink, Coyne, Creedy & Østergaard, 2018). Em outro estudo em ambiente hospitalar na Suécia, os pais pontuam o apoio familiar por parte dos enfermeiros com 33,8 de suporte total (Bruce et al., 2016). Comparando com os nossos resultados da etapa 3 ($M=54,4$), percebemos que obtivemos um score muito superior na dimensão suporte global.

A melhoria no score global de etapa 1 para a etapa 3, é resultado de vários fatores, onde se salienta a implementação na etapa 2 do estudo de um modelo de PBE (a intervenção). Svavarsdottir & Sigurdardottir (2013), realizaram um estudo com intervenção familiar, na Islândia, onde verificaram que após intervenção realizada, existiu um aumento significativo do suporte familiar, percecionado pelos pais. Isto reforça a ideia de que as intervenções direcionadas para os stakeholders podem produzir melhoria mensurável na percepção familiar do suporte e apoio dos enfermeiros.

Conclusão

Os scores médios globais dos instrumentos aplicados às famílias, nas etapas 1 e 3 do estudo, indicam que existiu uma melhoria em todas as dimensões. Considerando que as amostras pudessem ser emparelhadas, o efeito da intervenção veio a revelar-se muito significativo no suporte percecionado pela família e na satisfação com os cuidados de enfermagem prestados. O facto das amostras da etapa 1 e 3 não serem iguais, impossibilitou a segurança dos resultados do emparelhamento das mesmas, razão pela qual optamos pela estatística descritiva no tratamento dos dados. As conclusões retiradas, são essencialmente baseadas nas diferenças de score, média, desvio padrão (análise de frequência, descritiva e comparativa). Apesar das melhorias significativas nos resultados

entre as duas etapas onde os questionários foram aplicados, outras variáveis poderão ter influência nestes resultados. No entanto, não podemos deixar de referir que a implementação do modelo KTA e todos o processo realizado na etapa 2, contribuiu, por certo, de forma muito significativa para estes resultados.

3.2. Estudo 6 – Experiências e Percepções dos Enfermeiros após a Implementação do Modelo KTA: Influência no Contexto Clínico

Trata-se de um estudo qualitativo, com abordagem fenomenológica, a qual potencia a construção do significado de experiências vivenciadas pelos participantes. A opção por esta estratégia metodológica deve-se a maior integração e complementaridade de dados em análise, permitindo uma interpretação e integração dos resultados qualitativos, que proporcionasse a análise da influência do Modelo KTA no contexto e no desenvolvimento das competências em PBE dos enfermeiros envolvidos. Com este estudo, pretendemos identificar as experiências e percepções dos enfermeiros sobre as alterações introduzidas no contexto após a implementação do Modelo KTA e o nível das competências de PBE na equipa.

Participantes e contexto

Neste estudo participaram enfermeiros (enfermeiros mentores, enfermeiros co-investigadores) que estiveram presentes em todas as etapas anteriores da implementação do Modelo KTA, mostrando-se disponíveis para integrar estes grupos focais. Foram realizados 2 grupos focais, nos dias 6 e 13 de março de 2023 onde participaram 20 enfermeiros, 63% dos enfermeiros que participaram no projeto (n=32).

Instrumento de colheita de dados

Foi elaborado um roteiro de entrevista semiestruturada, utilizado como guia de orientação e condução do grupo focal composto por duas partes: 1) caracterização sociodemográfica e profissional dos enfermeiros e 2) conjunto de questões que tinha como objetivo identificar as percepções dos enfermeiros sobre as alterações introduzidas no contexto após a implementação do Modelo KTA e o nível das competências de PBE na equipa.

O plano orientador de sessões de grupo focal (Anexo XI), para condução da reunião, centrou-se em questões norteadoras com foco nas competências em PBE, desenvolvidas pelos enfermeiros ao longo deste processo de implementação do KTA e seus contributos para a prática, tais como: (1) *“Qual o contributo que a implementação do KTA, teve no seu contexto profissional”*; (2) *“Que influência teve o KTA no desenvolvimento de competências em PBE”*; (3) *“Como avalia esta experiência?”* (4) *“Como vê a sustentabilidade da utilização do modelo KTA no futuro”*?

Procedimento

O estudo foi desenvolvido de acordo com os critérios preconizados pelo *Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Studies* (COREQ) para pesquisa qualitativa.

Os grupos focais realizaram-se por videoconferência, em horário conveniente para os participantes e foram gravados na íntegra, para posterior transcrição integral dos dados obtidos. A informação obtida foi transcrita na íntegra para texto em computador. Os participantes foram codificados com a atribuição da letra E, seguida de um algarismo. A informação transcrita foi submetida à análise de conteúdo temático-categorial de acordo com a seguinte cronologia: pré-análise, exploração do material e o tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação (Bardin, 2016).

Inicialmente foi realizada uma “leitura flutuante” do conteúdo recolhido para a elaboração de hipóteses, ou seja, uma explicação prévia do observado. Em seguida, procedeu-se à exploração do material para codificação dos dados e construção das unidades de registo. O tratamento dos resultados compreendeu a codificação e a inferência. As categorias e subcategorias emergiram como rubricas que agruparam elementos com características comuns. No processo de escolha de categorias, atendemos aos critérios semânticos, sintáticos, léxicos e expressivo. As características sociodemográficas dos participantes do estudo serão apresentadas de forma descritiva.

Resultados

A Tabela 40. apresenta os dados da caracterização sociodemográfica dos enfermeiros que participaram nesta fase do estudo.

Características	n (%)
Idade em anos	
Entre 23 e 30 anos	2 (10%)
Entre 31 e 35 anos	8 (40%)
Entre 36 e 40	5 (25%)
Entre 41 e 50	5 (25%)
Género	
Feminino	20 (100%)
Masculino	0 (0%)
Habilitações Académicas	
Licenciatura	13 (70%)
Mestrado	7 (35%)
Doutoramento	0 (0%)
Habilitações Profissionais	
Especialidade em Enfermagem Pediátrica	
Sim	20 (100%)
Não	0 (0%)
Tempo de Exercício Profissional	
Entre 3 e 10 anos	1 (5%)
Entre 11 e 15 anos	7 (35%)
Entre 16 e 20 anos	7 (35%)
Mais de 20 anos	5 (25%)
Formação Contínua	n (%)
Prática Baseada em Evidências	
Sim	20 (100%)
Não	0 (0%)
Metodologia e Implementação de projetos	
Sim	20 (100%)
Não	0 (0%)
Investigação	
Sim	20 (100%)
Não	0 (0%)
Gestão	
Sim	2 (10%)
Não	18 (90%)

Tabela 40. Caracterização sociodemográfica dos enfermeiros que participaram nesta fase (n=20)

Dos dois grupos focais, onde participaram 20 enfermeiros, cujos dados sociodemográficos são apresentados na tabela anterior (Tabela 40), procedemos à análise do discurso dos participantes. Emergiram categorias e respectivas subcategorias, tal como se apresenta de modo esquemático na Figura 13.

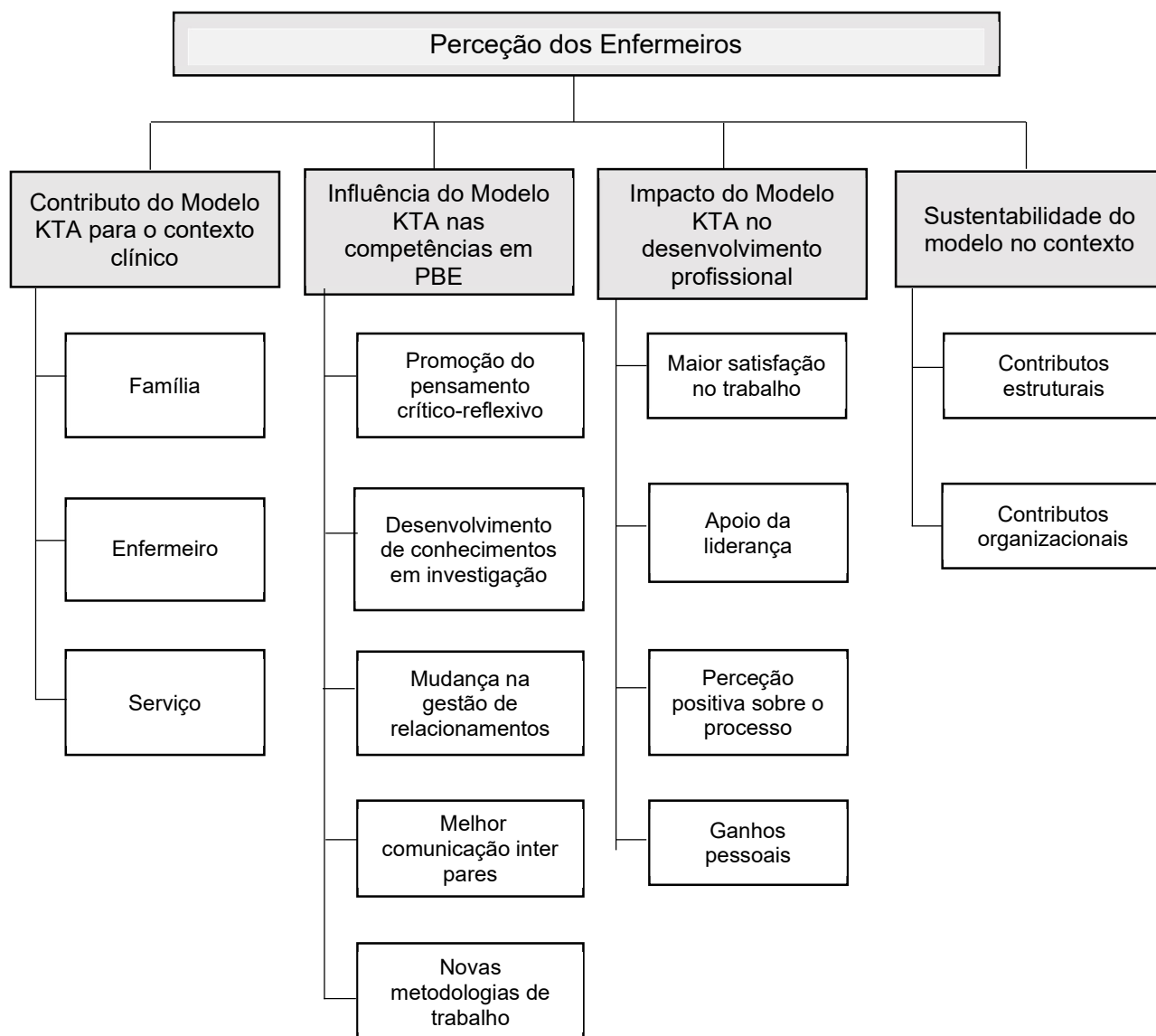


Figura 13. Categorias e subcategorias das percepções dos enfermeiros sobre as alterações introduzidas no contexto após a implementação do Modelo KTA

Na Tabela 41, apresentamos uma organização das categorias temáticas e subcategorias, assim como, exemplos de unidades de registo para cada uma delas (Anexo XII).

Categorias	Subcategorias	Unidades de Registo
Contributo do Modelo KTA para o contexto clínico	Família	(...) existiu uma mudança completa de paradigma, onde as nossas práticas passaram a ser influenciadas pela evidência (...) antes nem pensava nisso (...) ganhou mais qualidade os cuidados que prestamos às crianças e famílias (E14).
	Enfermeiro	Este processo foi agregador, numa fase em que duas equipas se estavam a juntar, foi crucial (E11).
	Serviço	(...) o serviço reorganizou-se em muitas coisas, o que foi muito facilitador para todos (E3).
Influencia do Modelo KTA nas competências em PBE	Promoção do pensamento crítico-reflexivo	(...) refletimos de forma crítica o que fazemos (...) e se é o melhor para a criança e família (E6).
	Desenvolvimento de conhecimentos em investigação	(...) eu nem sabia o que queria dizer essas 3 palavras (PBE), agora até sou investigadora (...) incrível (E2).
	Mudança na gestão de relacionamentos	(...) gerimos melhor as relações (...) há discussões que já não temos porque ganha a evidência (E1).
	Melhor comunicação inter pares	(...) melhorou a comunicação entre todos, porque os cuidados são mais uniformes (E2).
	Novas metodologias de trabalho	(...) tornou-se uma nova metodologia de trabalhar (...) é mesmo uma filosofia que adotamos (E5).
Impacto do Modelo KTA no desenvolvimento profissional	Maior satisfação no trabalho	(...) foi muito bom (...) é um orgulho o que esta equipa conseguiu fazer (...) foi uma sorte para nós este projeto existir, até me sinto mais feliz e realizada no trabalho(E18).
	Maior apoio da liderança	(...) o nosso chefe foi muito importante (...) motivava-nos diariamente (E2).
	Perceção positiva sobre o processo	(...) era tão preciso que este projeto chegasse ao serviço, que acho que todos concordamos que nos mudou a nível, pessoal e profissional (E1).

	Ganhos pessoais	(...) todos ganhamos, cada um de nós, a equipa, o serviço e os meninos de quem cuidamos (...) (E4).
Sustentabilidade do modelo no contexto	Contributos estruturais	(...) o journal club, os trabalhos de investigação e os grupos de trabalho são para continuar, agora sei/sabemos que não é possível prestar bons cuidados de outra forma (E7).
	Contributos organizacionais	(...) não tenho dúvida que ficará para sempre e a ideia é que se espalhe pelos outros serviços (E19).

Tabela 41. Descrição das categorias temáticas sobre análise da implementação do modelo KTA no contexto

Da análise efetuada ao material empírico dos grupos focais, emergiram 4 categorias temáticas: 1) Contributo do Modelo KTA para o contexto clínico; 2) Influência do Modelo KTA nas Competências em PBE; 3) Impacto do Modelo KTA no desenvolvimento profissional; 4) Sustentabilidade do Modelo no Contexto. Da informação obtida da categoria “contributo do modelo para o contexto”, os enfermeiros relatam, a sua perspetiva, relativamente a este contributo, referindo alterações de forma global positivas. As mudanças descritas, foram ao nível das interações familiares, do próprio enfermeiro e do serviço. Assim emergiram três sub categorias: família, enfermeiro e serviço.

Na vertente do enfermeiro, os participantes destacaram o desenvolvimento pessoal e profissional, tal como se pode constatar pelas seguintes unidades de registo: (...) *refletimos de forma crítica o que fazemos* (E6). *Quando o projeto se começou a desenvolver, senti um crescimento no meu pensamento crítico* (E15). *Estou-me a sentir mais valorizada a nível pessoal e profissional (...) mudou completamente a minha forma de pensar os problemas da prática* (E19).

Relativamente à família e à alteração nas interações, foi relatado que, (...) *existiu uma mudança completa de paradigma, onde as nossas práticas passaram a ser influenciadas pela evidência (...) antes nem pensava nisso* (E3). (...) *pensamos muito mais nos cuidados centrados na família e na parceria de cuidados* (E1). (...) *eu que tinha acabado de chegar ao serviço quando isto começou, ajudou-me muito na minha integração* (E7). (...) *temos uma melhor visão de equipa* (E1). (...) *temos uma preocupação ainda maior com as preferências da família e o seu envolvimento* (E6).

No serviço, (...) *reorganizou-se em muitas coisas, o que foi muito facilitador para todos* (E3), foi também referido que o serviço se organizou de outra forma na prestação de cuidados (...) *percecionamos maior organização nos cuidados, nos processos de documentação de procedimentos* (E17).

Na perspetiva dos enfermeiros o contributo deste modelo no desenvolvimento de competências em PBE, é muito positivo, onde emergiram as categorias: “promoção do pensamento crítico-reflexivo”, “desenvolvimento de conhecimentos em investigação”, “mudança na gestão dos relacionamentos”, “melhor comunicação inter pares” e “novas metodologias de trabalho”, tal como se exemplifica nas seguintes falas: (...) *influenciou o nosso pensamento critico* (E2). (...) *agora pensamos mais nos cuidados que prestamos* (E4). (...) *refletimos de forma crítica o que fazemos* (E6). (...) *eu nem sabia o que queria dizer essas 3 palavras (PBE), agora até sou investigadora* (...) *incrível* (E2). (...) *Agregou muito a equipa, até porque tínhamos de trabalhar em pequenos grupos e partilhar o conhecimento com todos* (E3). (...) *tornou-se uma metodologia de trabalhar* (...) *é mesmo uma filosofia que adotamos* (E5). (...) *não há outra maneira de trabalharmos (a PBE) mudou tudo* (E7).

Relativamente à avaliação do processo de implementação, emergiram as sub categorias: “maior satisfação no trabalho”, “maior apoio da liderança”, “perceção positiva sobre o processo” e “ganhos pessoais”. Os enfermeiros avaliaram esta experiência, como muito facilitadora da sua prática e com ganhos pessoais, exemplificado pelas seguintes transcrições: (...) *quando falava com outros colegas, sobre este projeto que tínhamos no serviço, sentia orgulho de pertencer a esta equipa* (E4). (...) *foi muito bom* (...) *é um orgulho o que esta equipa conseguiu fazer* (...) *foi uma sorte para nós este projeto existir* (E5). *Durante a especialidade* (...) *quando fui estagiar para outros serviços; percebi como estávamos “à frente”* (...) *encontrei coisas super desatualizadas e senti muito orgulho no nosso trabalho.* (E7). (...) *na escola já sabiam da existência deste projeto e até davam como exemplo a seguir* (...) *eu ficava muito orgulhosa de nós* (E7). (...) *era tão preciso que este projeto chegasse ao serviço, que acho que todos concordamos que nos mudou a nível, pessoal e profissional* (E1). (...) *todos ganhamos, cada um de nós, a equipa, o serviço e os meninos de quem cuidamos* (...) (E4). Realçam ainda, como aspeto muito facilitador deste processo a liderança, mais especificamente o enfermeiro chefe/gestor do serviço, tal como exemplificam as falas: (...) *o nosso chefe foi muito importante* (...) *motivava-nos diariamente* (E2). *O facto de tu que lideravas o projeto trabalhares connosco foi muito importante* (...) *tínhamos uma referência* (E5). (...) *o enfermeiro chefe também foi muito importante para que este processo tivesse este sucesso todo* (E6). (...) *professores da academia que estão connosco* (...) *também nos leva a querer fazer mais e bem* (E7).

A nível da sustentabilidade no contexto, emergiram duas categorias: “contributos estruturais” e “contributos organizacionais”. Os enfermeiros consideram, que a nível estrutural e organizacional, este projeto implementado terá todas as condições para se manter, tal como afirmam: (...) *não tenho dúvida que ficará para sempre e a ideia é que se espalhe pelos outros serviços* (E3). *O jornal club que existe mensalmente ajuda muito em nos mantermos atualizados* (E1). (...) *é para ficar, sem dúvida (...) já não há outra forma de se trabalhar* (E3). *As reuniões de jornal club são muito importantes, porque mantem este espírito de atualização constante* (E5). (...) *os trabalhos de investigação e os grupos de trabalho são para continuar, agora sei/sabemos que não é possível prestar bons cuidados de outra forma* (E7).

Discussão

Torna-se claro, que a perceção dos enfermeiros acerca do contributo da implementação do modelo KTA é muito positiva, bem como as experiências que relatam. Para estes resultados, talvez tenha contribuído, a metodologia transversal do estudo (investigação ação), e a preocupação dos investigadores, de que a implementação do modelo KTA tivesse por base as necessidades dos enfermeiros e as problemáticas identificadas, bem como os resultados obtidos pelos inquéritos de satisfação com os cuidados de enfermagem, aplicados aos pais e cuidadores.

Como contributo do modelo para o contexto, os enfermeiros referiram que o impacto foi sentido, nos cuidados de enfermagem, na equipa, individualmente em cada um e no seu contexto clínico. Outros estudos existem que corroboram os nossos resultados, nomeadamente um estudo realizado em 2021, acerca da supervisão clínica em enfermagem e o contributo da PBE, onde os autores também relatam alterações muito significativas, identificadas pelos enfermeiros, nomeadamente mudanças positivas ao nível do seu desenvolvimento pessoal e profissional, comunicação em equipa, gestão de conflitos e dos relacionamentos em grupo. Reportam ainda alterações na qualidade de cuidados e na organização. (Teixeira, Barroso, Carvalho & Puschel, 2021).

Emergiu ainda, do nosso estudo, o contributo que este proporcionou, na influência no desenvolvimento de competências em PBE, salientando o desenvolvimento do pensamento crítico-reflexivo, competências de investigação, alteração nas metodologias de trabalho, melhoria na gestão das relações profissionais e comunicação. É claro que uma visão muito pertinente na tomada de decisão clínica é a PBE em que se transformam problemas clínicos em questões e se localiza, avalia e integra sistematicamente investigações como base para decisões clínicas (Pinto, 2018). Sendo aliás preconizado a utilização da PBE em todas as intervenções de cuidados em saúde, tornando possível uma

tomada de decisão segura e credível ao aliar a prática à pesquisa, através de evidências validadas (Farias, Parente & Anjos, 2018).

Foi ainda referido pelos enfermeiros a importância do enfermeiro gestor em todo processo, nomeadamente a motivação e incentivo transmitido à equipa. Neste sentido, os líderes transformacionais inspiram os outros a alcançar a excelência, estimulam e promovem o desenvolvimento pessoal e profissional dos enfermeiros. Em outras palavras, o líder levou os enfermeiros à ação, fazendo com que os próprios valorizassem competências individuais capazes de contribuir para este projeto, sendo na visão dos enfermeiros o grande agente de mudança (Kouzes & Posner, 1997). Um estudo acerca do empoderamento profissional e a enfermagem baseada na evidência, faz referência à importância atribuída pelos enfermeiros à liderança e ao seu comprometimento com o processo de implementação da evidência, incentivando a mudança e que as estruturas sociais, dentro da organização influenciam as atitudes dos colaboradores (Teixeira, et. al, 2021).

Conclusão

Este grupo focal permitiu descrever a perceção dos enfermeiros de um serviço de pediatria sobre o desenvolvimento de competências em PBE, no decorrer da implementação do modelo KTA no seu contexto de trabalho. Os participantes no projeto avaliaram, de forma unanime, esta experiência como geradora de satisfação, onde perceberam, ganhos para eles, para as crianças/cuidadores e para a organização de saúde (serviço), conseguindo identificar inúmeras mudanças positivas. Relativamente às competências em PBE, salienta-se que o pensamento critico-reflexivo, bem como a comunicação e melhor gestão nas relações, saíram fortalecidas deste processo. Reconhecem ainda ganhos estruturais e organizacionais, que garantem a sustentabilidade do modelo. Globalmente os enfermeiros que participaram no grupo focal, avaliaram a experiência como positiva e com ganhos para todos os intervenientes/stakeholders: enfermeiro, pais/cuidadores e crianças.

3.3. Sustentabilidade do processo

A sustentabilidade deve ter como premissa o envolvimento dos stakeholders no processo, de forma a integrar as suas necessidades e expectativas nas fases de planeamento e implementação, sendo que, monitorizar e avaliar, são vetores basilares da gestão da sustentabilidade (Aarons et al., 2017). Assim, vários são os estudos que atribuem ao âmbito organizacional, a importância mais relevante para a implementação e sustentabilidade da PBE. No âmbito organizacional, para utilização de pesquisas na prática, apresentou-se como aspeto essencial, a promoção do envolvimento de toda a

equipa de enfermagem, e das chefias com ligação direta ao contexto clínico. Monitorizar, avaliar e disseminar os resultados, são componentes cruciais para a integração desta prática nos cuidados de enfermagem prestados (Camargo et al., 2017). A integração ensino-serviço verifica-se ser como fundamental por meio da aproximação entre investigadores (académicos ou clínicos) e enfermeiros da prática clínica. Frente a esta realidade, tornou-se num desafio almejar a sustentabilidade deste processo implementado ao longo destes quatro anos.

Para além de todas as estratégias e ferramentas anteriormente descritas, também o próprio enquadramento legal da profissão, quer por via da carreira, ou dos instrumentos reguladores da OE, dá importantes subsídios para que esta prática seja integrada na prática clínica dos enfermeiros. Será assim importante perceber, na perspetiva do enfermeiro gestor e na perspetiva dos enfermeiros da clínica, que estratégias foram definidas.

Na perspetiva do Enfermeiro Gestor

A PBE em enfermagem é uma abordagem para a resolução de problemas através do processo de tomada de decisão que considera a melhor evidência, o juízo crítico e experiência do enfermeiro, as preferências da pessoa cuidada (ICN, 2012). Também a Ordem dos Enfermeiros (2006), numa tomada de decisão sobre a investigação em enfermagem, afirmou que a PBE é um pressuposto fundamental para a excelência dos cuidados de enfermagem, para a segurança da pessoa cuidada e para a promoção de melhores resultados da prática dos enfermeiros. O enfermeiro gestor, enquanto líder formal, torna-se determinante no processo de implementação e sustentação da PBE. Apesar da literatura referir o papel fundamental destas lideranças, a implementação da evidência nos contextos e sua sustentação, são ainda um desafio (Apóstolo, 2017).

Aqui importa definir que gestão e liderança, apesar de intrinsecamente ligados, são dois conceitos diferentes. No processo de liderança, o enfermeiro gestor (terminologia inerente à categoria que desempenha) deve procurar estabelecer uma direção que permita o envolvimento e alinhamento de todos os elementos da equipa, procurando fornecer motivação (HBR, 2019). Assim, os líderes de enfermagem são elementos cruciais das instituições para impulsionar e implementar mudanças nos seus contextos clínicos (Ryan, et al., 2015), sendo o enfermeiro gestor, reconhecidamente, fundamental e facilitador da implementação da PBE. A influência exercida através da liderança, foi um apoio e incentivo à mudança que se verificou nos enfermeiros e no contexto clínico (Aarons, Ehrhart, Farahnak, & Sklar, 2014), sendo impulsionador de adoção de atitudes positivas em relação à PBE, facilitando o compromisso entre todos os intervenientes. Sem dúvida que no

desenvolvimento de todas as etapas do nosso estudo, este, foi um elo fundamental para que os enfermeiros procurassem uma mudança de melhoria, se adaptassem à mesma e aprendessem a incluí-la naturalmente no seu exercício profissional.

A incorporação PBE nos contextos clínicos, pode ser vista de duas perspectivas: a dos enfermeiros clínicos e a do enfermeiro gestor. Em ambos os casos a PBE deve integrar o seu exercício profissional, mas no caso do enfermeiro gestor é inerente à categoria e funções que desempenha apresenta, um papel de liderança formal. Consequentemente tem a responsabilidade de motivar para a implementação da PBE na prática clínica dos enfermeiros que integram a sua equipa. Especificamente segundo o Diário da República, 1.ª série, N.º 101, de 27 de maio de 2019, que regula a carreira de enfermagem, no Artigo 10º B, o enfermeiro gestor, apresenta a competência de: “*d) Garantir uma prática de enfermagem na unidade ou serviço baseada em normas de boas práticas e na melhor evidência disponível*” (p. 2636). Assim, podemos perceber que a implementação deste modelo de PBE no contexto clínico, forneceu importantes contributos para o exercício profissional do enfermeiro gestor.

Na literatura podemos encontrar, que os enfermeiros gestores percebem que a PBE contribui para a criação de valor positivo, avaliado pela melhoria dos resultados em saúde da pessoa cuidada, tendo por base o custo desse resultado. (Porter & Teisberg, 2006). Contribui também para a efetividade dos cuidados de enfermagem, através da obtenção de melhores resultados em saúde, ganhos positivos para a pessoa cuidada, redução dos custos para a instituição e contributo para a eficiência dos cuidados de saúde. Também Melnyk e Fineout-Overholt (2014) mencionam que a PBE melhora a qualidade dos cuidados em saúde e os resultados para a pessoa cuidada, o que permite a redução dos custos para as instituições de saúde.

Por via da incorporação do processo de avaliação de desempenho na equipa, o enfermeiro gestor, tem aqui um instrumento essencial na gestão do potencial humano. Assim, o gestor de enfermagem (avaliador) poderá identificar os aspetos a melhorar na avaliação de desempenho, contribuindo para a melhoria dos cuidados e comprometimento organizacional, promovendo a satisfação no trabalho e motivação para um desempenho de excelência por parte dos seus colaboradores (enfermeiros avaliados) e, consequentemente, para uma melhoria contínua da qualidade dos cuidados (Bilhim, 2009). Na entrevista inicial do biénio 21/22 e 23/24 o enfermeiro gestor abriu a possibilidade aos enfermeiros de integrarem no seu projeto profissional algumas premissas deste estudo, nomeadamente a investigação e a PBE, sendo estas pretensões bem acolhidas por toda a equipa de enfermagem. Tendo associado a área de investigação em que se encontravam integrados ao seu projeto, estabelecendo um compromisso de integrar a PBE nos cuidados

de enfermagem. Desta forma, poderá no final dos biénios (dos processos avaliativos) o enfermeiro gestor, dispor de um conjunto de dados e evidências que lhe permitirá orientar a entrevista de avaliação e sustentar a sua decisão na avaliação individual de cada enfermeiro.

Na perspetiva dos enfermeiros

A avaliação de desempenho dos enfermeiros é estabelecida pela Lei nº66-B/2007, de 28 de dezembro, que estabelece o sistema integrado de gestão e avaliação de desempenho na Administração Pública, designado por SIADAP3, onde os enfermeiros são avaliados em função dos seus resultados. Na lei acima mencionada, na sua SECÇÃO II: METODOLOGIAS DE AVALIAÇÃO, mais especificamente no Artigo 46º Resultados, podemos ler que: os resultados decorrem da verificação do grau de cumprimento dos objetivos previamente definidos, que devem ser redigidos de forma clara e rigorosa, de acordo com os principais resultados a obter e, tendo em atenção os objetivos do serviço e da unidade orgânica, a proporcionalidade entre os resultados visados e os meios disponíveis. Os objetivos são, designadamente: a) De produção, visando a eficácia na satisfação dos utilizadores; b) De qualidade, orientada para a inovação, melhoria do serviço e satisfação das necessidades dos utilizadores; c) De eficiência, no sentido da simplificação e racionalização de prazos e procedimentos de gestão processual e na diminuição de custos de funcionamento; d) De aperfeiçoamento e desenvolvimento das competências individuais, técnicas e comportamentais do trabalhador.

Já no Artigo 47º Avaliação dos resultados obtidos, podemos ler, no seu ponto 1: Tendo presente a medição do grau de cumprimento de cada objetivo, de acordo com os respetivos indicadores previamente estabelecidos, a avaliação dos resultados obtidos em cada objetivo é expressa em três níveis: a) Objetivo superado, a que corresponde uma pontuação de 5; b) Objetivo atingido, a que corresponde uma pontuação de 3; c) Objetivo não atingido, a que corresponde uma pontuação de 1. Já no ponto 2, é referido que a pontuação final a atribuir ao parâmetro «Resultados» é a média aritmética das pontuações atribuídas aos resultados obtidos em todos os objetivos. No que respeita às competências, pelo Artigo 48º e 49º, estas são previamente escolhidas por cada trabalhador em número não inferior a 5 e a sua avaliação é expressa em três níveis (correspondendo à pontuação de 1, 3 ou 5) conforme a competência seja não demonstrada, demonstrada ou demonstrada em nível elevado. A avaliação final, rege-se pelo Artigo 50º, que refere que a média ponderada das duas pontuações obtidas nos dois parâmetros de avaliação (60% no mínimo para o parâmetro “resultados” e 40% para o parâmetro “competências”).

A instituição definiu uma lista com parâmetros de avaliação, onde os enfermeiros negociaram e estabeleceram estratégias e recursos para as respetivas metas contratualizadas com o enfermeiro gestor. Neste sentido, a lista publicitada pelo Conselho Coordenador de Avaliação, considerou que deviam ser selecionados 5 objetivos: 3 objetivos de realização, 1 objetivo de qualidade e 1 objetivo de aperfeiçoamento e desenvolvimento profissional. Associados a estes, 1 comportamento promotor do seu desenvolvimento pessoal. Na entrevista inicial dos biénios 21/22 e 23/24, relativamente à avaliação de desempenho, os enfermeiros contratualizaram com o enfermeiro gestor o seu projeto profissional, assente em parâmetros, objetivos e competências, que lhes permite atingir uma avaliação final de desempenho de inadequado, adequado, relevante ou excelente. Em função dos resultados obtidos na avaliação a sua progressão salarial será mais ou menos célere, o que se refletirá em termos económicos. Todos os enfermeiros, que participaram no estudo e estão incluídos nos diferentes grupos de investigação, contratualizaram com o enfermeiro gestor, objetivos no âmbito do seu projeto profissional, que coincidem com os trabalhos de investigação, que têm vindo a desenvolver.

Para dar resposta ao cumprimento deste objetivo (d) e respetivo comportamento, os enfermeiros recorreram aos trabalhos desenvolvidos no âmbito deste estudo, nomeadamente, aos trabalhos de investigação em desenvolvimento por cada grupo e os contributos que estes tiveram e terão na melhoria contínua dos cuidados de enfermagem aliada à investigação realizada. Para além dos objetivos selecionados e comportamento, os enfermeiros também apresentam um projeto profissional, onde optaram pela inclusão dos trabalhos de investigação que tinham planeado na fase 2 deste estudo e que ainda estão a desenvolver.

Também a valorização curricular dos enfermeiros é um ponto a destacar, uma vez que a divulgação científica já efetuada (referida anteriormente) e futura, contribuiu para o enriquecimento curricular dos enfermeiros e respetiva valorização. No decorrer deste estudo, e mais particularmente nos últimos 2 anos, é notório o acréscimo significativo, de participações dos enfermeiros do serviço em eventos científicos. As suas participações vão desde *webinares*, reuniões científicas ou congressos, onde os enfermeiros apresentaram as suas conferências, comunicações livres ou mesmo integraram comissões.

Importa referir que alguns dos enfermeiros integraram a comissão organizadora da 1ª Reunião Científica Internacional de Enfermagem Pediátrica (RCIEP) do CHUSJ, outros participaram como conferencistas ou autores de comunicações. A Comissão científica foi constituída pelos peritos da academia que integram os mais diversos grupos de investigação. Está já agendada a 2ª RCIEP para o final de setembro de 2023. Tal como na primeira, o mote é a investigação e o desenvolvimento dos projetos realizados no âmbito

deste estudo. Ambos os eventos contam com o patrocínio científico do Centro de Investigação em Tecnologias e Serviços de Saúde (CINTESIS).

Relativamente aos procedimentos concursais de recrutamento para os postos de trabalho da carreira especial de enfermagem, estes são regulados pelo Decreto-Lei nº 248/2009, de 22 de setembro, na sua redação atual, encontra-se aprovado pela Portaria n.º 250/2014, de 28 de novembro, alterada pela Portaria nº 323/2016, de 19 de dezembro. Aqui no Capítulo II, Artigo 7, correspondente à avaliação curricular, podemos ler que é de inclusão obrigatória nas avaliações curriculares dos concursos, os seguintes parâmetros: (...) (h) desenvolvimento de projetos de melhoria contínua da qualidade e/ou de grupos de trabalho e (i) Atividades docentes e/ou de investigação relacionadas com a respetiva área de exercício profissional (...). Podemos daqui depreender que os enfermeiros que integraram este projeto, estão também a valorizar-se curricularmente, em aspetos importantes para os concursos de acesso às categorias de enfermeiro especialista e enfermeiro gestor.

Assim por tudo o que elencámos, podemos referir que a sustentabilidade deste projeto, muito mais do que ser uma vontade dos seus autores, é também uma mais-valia, para o enfermeiro gestor e equipa de enfermagem. A implementação da PBE, do ponto de vista da liderança de enfermagem (enfermeiro gestor) pode ser utilizada como uma estratégia que fundamenta algumas questões relacionadas com o exercício profissional do enfermeiro gestor. Já do ponto de vista dos enfermeiros, sustenta os seus projetos profissionais, permitindo ainda, valorizar os seus currículos para futuros concursos e progressões na carreira.

SINTESE FINAL

Os cuidados de saúde e a exigência associada, tem vindo a crescer nos últimos anos, sendo colocados diariamente desafios aos enfermeiros, para dar resposta aos objetivos pessoais e institucionais. O pensamento critico-reflexivo, a necessidade de questionar as práticas, para de forma adequada encontrar as soluções mais pertinentes, é sem dúvida o ponto de partida para que os objetivos sejam atingidos. Não podemos, no entanto, esquecer que as características das organizações/instituições e os ambientes promotores de uma PBE, podem auxiliar, facilitar e suportar este processo. Procuramos com recurso ao modelo KTA, implementar uma PBE nos cuidados prestados à criança e família, contribuindo para o desenvolvimento de competências profissionais em PBE, num conjunto de enfermeiros que desempenhavam funções num internamento pediátrico numa instituição hospitalar do Norte de Portugal.

Tínhamos a expectativa que este projeto fosse relevante, para os cuidados de enfermagem prestados à criança e família, mas acima de tudo, contribuisse para o desenvolvimento de conhecimentos em PBE, procurando a valorização profissional dos enfermeiros. Envolvermos para tal os stakeholders, nomeadamente, os enfermeiros, a liderança institucional e os pais/cuidadores.

O envolvimento da instituição e do enfermeiro gestor, foi fundamental para a adoção de estratégias de implementação e suporte da PBE, no contexto clínico. Foi igualmente importante, o envolvimento de 100% dos enfermeiros do serviço de pediatria onde se desenvolveu o estudo, uma vez que permitiu uma participação ativa de todos, na procura de dar resposta às problemáticas do serviço, por meio da PBE. Tal como descrito na literatura, para o sucesso da implementação da PBE, devemos ter o foco nos aspetos pessoais, nas lideranças e no clima organizacional. Sem dúvida que com o envolvimento de todos os stakeholders neste estudo, procuramos promover um contexto clínico de cultura e apoio à PBE.

O desenvolvimento de competências e habilidades, individuais e em equipa, que foi proporcionado, juntamente com os recursos e ferramentas disponibilizados aos enfermeiros, permitiu criar linhas de investigação com mentores, que alteraram a visão, comprometimento e sentido de missão, desta equipa com a PBE. Assim, podemos dizer que com recurso ao KTA, obtivemos resultados, que nos permitem afirmar que foram criadas condições no contexto clínico, para que os enfermeiros desenvolvam um exercício profissional de excelência, contribuindo para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados e do seu desenvolvimento profissional. O conhecimento obtido é específico para este contexto pediátrico e hospitalar, não sendo nossa pretensão a

generalização dos resultados. Ao longo das etapas do estudo, procuramos detalhar e explicitar todo o percurso, com a reflexão acerca dos resultados obtidos, de forma que o conhecimento produzido possa ser replicado por outros investigadores.

Este percurso desenvolveu-se, assente numa metodologia de investigação ação participativa, onde durante todo o estudo, os stakeholders, foram parte integrante e ativa. O desenho de estudo apresentado na figura 13, foi idealizado e concretizado em 3 etapas onde cada etapa foi indissociável.

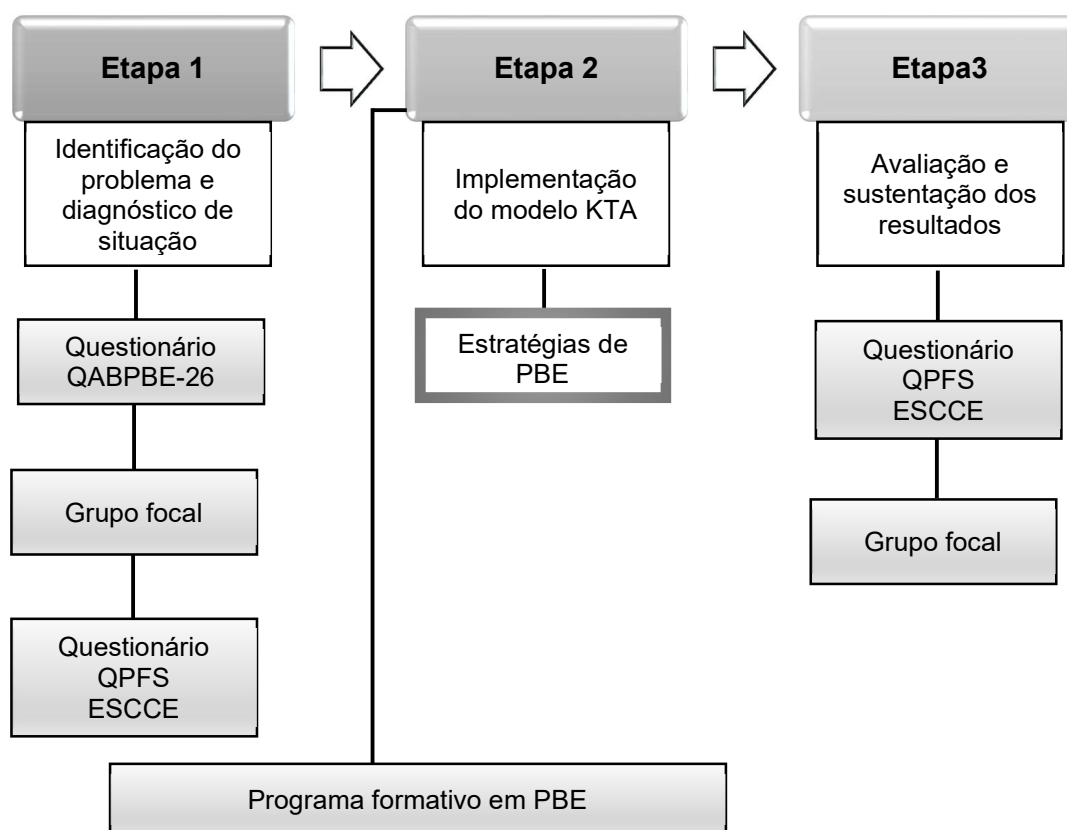


Figura 14. Desenho de estudo

O Diagnóstico de Situação e Identificação do problema (Etapa 1), que permitiu identificar atitudes, barreiras, facilitadores e perceções relativamente à PBE, na perspetiva dos enfermeiros, mas também descrever a perceção do suporte e satisfação dos pais/cuidadores com os cuidados de enfermagem prestados. Esta etapa proporcionou conhecimento que norteou toda a etapa seguinte.

Na etapa de planeamento e implementação do modelo KTA (etapa 2), com o contributo do conhecimento produzido na etapa 1, foi possível validar (e implementar) um plano formativo, que fosse de encontro às necessidades dos enfermeiros que integraram o estudo. Procuramos também, dar resposta às problemáticas existentes no contexto clínico,

identificadas pelos enfermeiros. Assim, tendo como base o modelo KTA, foram implementadas linhas de investigação, onde diversos trabalhos se encontram em desenvolvimento. Estas linhas de investigação funcionam com uma sinergia entre os enfermeiros mentores, enfermeiros co investigadores e os peritos da academia. Nesta fase procuramos, dar ferramentas e desenvolver estratégias nos enfermeiros que promovessem a enfermagem baseada na evidência, nos cuidados prestados à criança e família. Os resultados dos questionários aplicados na etapa 1 do estudo foram partilhados com os enfermeiros, para que pudessem dar suporte a todo este processo. Foram adotadas outras estratégias de implementação da PBE, encontradas pela equipa de enfermagem, em conjunto com os investigadores.

Na etapa de avaliação e sustentação dos resultados (etapa 3), pretendemos conhecer a perceção dos enfermeiros, relativamente ao desenvolvimento de competências em PBE, mudanças no contexto clínico e nos cuidados e sustentação da PBE. É com a interpretação destes resultados, que avaliamos a implementação da PBE no serviço, assim como, a sua sustentabilidade no contexto. Relativamente aos pais/cuidadores, descrevemos e comparamos a perceção do suporte e satisfação com os cuidados de enfermagem prestados (antes e após a implementação do modelo de PBE).

Na Figura 15., apresentamos uma síntese dos objetivos do estudo em função do desenho do modelo KTA.

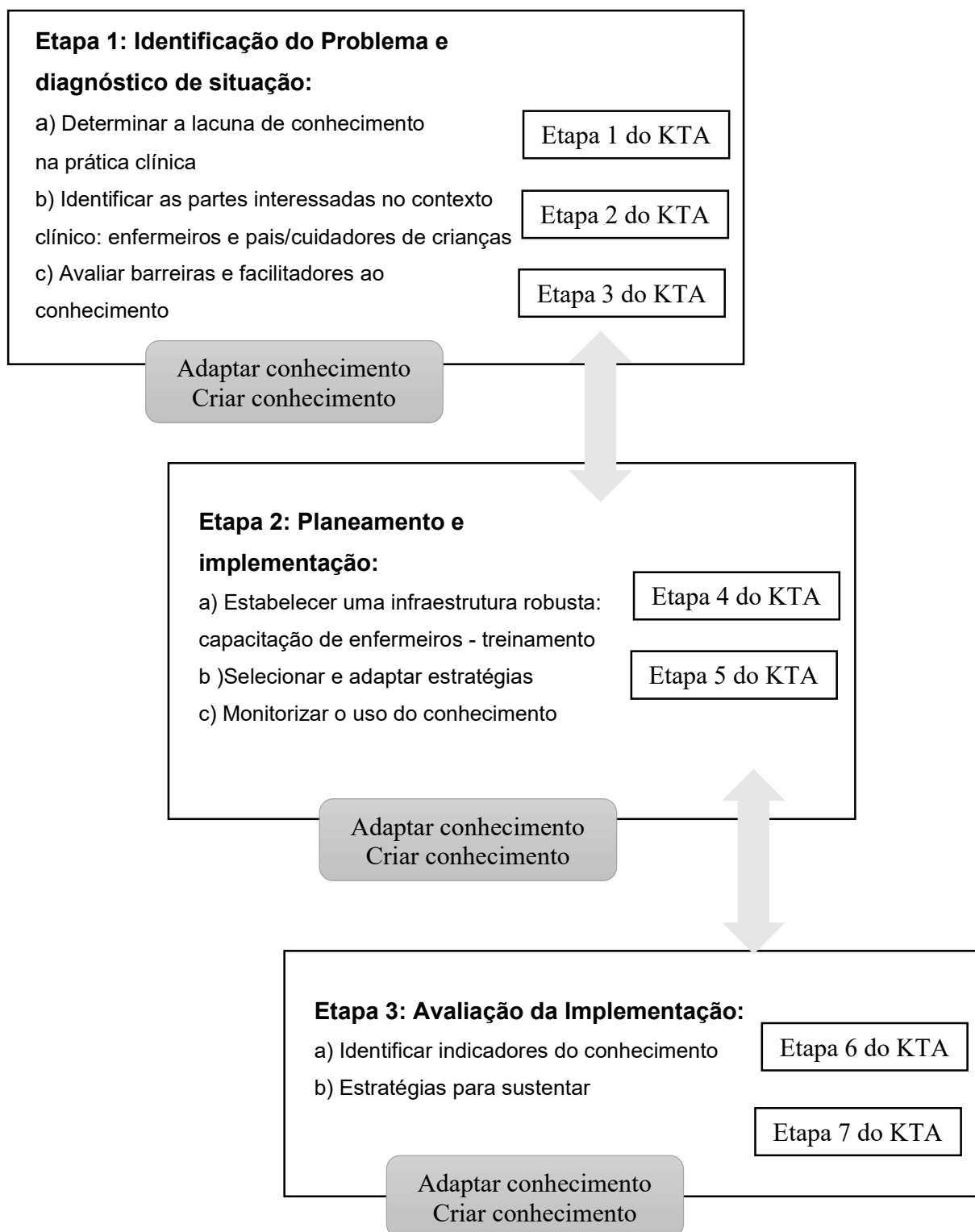


Figura 15. Síntese dos objetivos do estudo em função do KTA

Na etapa de identificação do problema e diagnóstico de situação do nosso estudo (etapa 1), incluímos as etapas 1,2 e 3, do ciclo de ação do modelo KTA. A etapa 1 prevê a identificação do problema, rever e selecionar o conhecimento; a etapa 2, adaptar o conhecimento ao contexto. Na etapa de planeamento e implementação (etapa 2), foi

abordada a etapa 4 e 5 do ciclo de ação do KTA, onde é suposto selecionar, adaptar, implementar e monitorizar o uso do conhecimento. Na fase final do estudo (etapa 3), onde avaliamos e sustentamos a implementação da PBE, seguimos as etapas 6 e 7 do KTA, onde se prevê, a identificação de indicadores do conhecimento e estratégias para o sustentar.

Na etapa 1 - Diagnóstico de situação e identificação do problema, para dar resposta aos objetivos traçados, desenvolvemos dois estudos quantitativos e descritivos e um estudo exploratório-descritivo de caráter qualitativo. Recorreu-se também a notas de campo. Procuramos nesta etapa dar resposta às necessidades em PBE sentidas pelos enfermeiros do contexto onde o modelo foi implementado; identificar barreiras e facilitadores à implementação do mesmo e identificar perceção com suporte e satisfação dos pais/cuidadores com os cuidados de enfermagem prestados.

O estudo 1 – *Identificação das atitudes e barreiras dos enfermeiros face à PBE*, teve como objetivos: identificar barreiras e facilitadores à PBE e identificar as variáveis sociodemográficas e pessoais que influenciem esta prática, antes da implementação do modelo KTA. A amostra foi constituída por 34 enfermeiros da instituição ($n=34$) e destacamos as principais conclusões: Os enfermeiros com mais idade ($r=0,487$, $p=0,003$) e com mais tempo de experiência profissional tem uma correlação positiva com a perceção de apoio das lideranças a esta prática ($r=0,473$ $p=0,003$). De referir ainda que 50% dos enfermeiros que participaram no estudo sentem-se apoiados pela chefia. O líder, é responsável pela gestão da mudança, devendo estar todos os membros da organização, em todos os níveis, comprometidos com a mesma (Teixeira, et al., 2021). Os dados que obtivemos no nosso estudo são apoiados por outros autores, como por exemplo, num estudo realizado em Hong Kong com a finalidade de analisar as associações entre as barreiras percecionadas e as características dos enfermeiros, foi concluído que como aspeto facilitador identificado para a utilização da PBE estava na motivação e suporte que tinham por parte dos gestores da sua organização (Thompson, Chau & Lopez, 2006).

Os Enfermeiros com o CPLEESIP, comparativamente aos que não possuíam esta formação, sentiam-se mais confiantes nas suas capacidades para avaliar a qualidade da investigação ($U=79,5$; $p=0,022$) assim como assumem que implementar a PBE trará benefícios para o meu desenvolvimento profissional ($U=116,500$; $p=0,000$). De uma forma global percebemos que os enfermeiros com menor idade, experiência profissional e sem a formação de CPLESIP, pontuam mais os itens relacionados com as barreiras à PBE. Um estudo que tinha como finalidade avaliar barreiras à utilização da investigação por enfermeiros de uma comunidade (2012), concluiu que os enfermeiros iniciados e com menos experiência clínica percecionavam níveis mais elevados e um maior nível de

barreiras à PBE, em contrapartida os enfermeiros mais velhos e mais experientes tendem a sobrevalorizar a PBE percebida (Chien, Bai, Wong, Wang & Lu, 2012).

O **estudo 2- Percepção dos enfermeiros acerca dos facilitadores e barreiras para implementação da PBE em contexto hospitalar**, pretende avaliar o perfil de Competências de PBE, nomeadamente, as Atitudes, Conhecimentos/habilidades e competências, dos enfermeiros do serviço, antes da implementação do Modelo KTA. Estudo exploratório descritivo, qualitativo, com recurso a dois grupos focais, com uma amostra de 32 enfermeiros. Emergiram deste estudo 3 categorias: Facilitadores à implementação da PBE, Barreiras à implementação da PBE e cuidado centrado na família na prática clínica. Na categoria Facilitadores à Implementação da PBE (1), emergiram seis subcategorias; na categoria *Barreiras à Implementação da PBE* (2), emergiram sete e na categoria *CCFC na Prática Clínica* (3), emergiram três. Os tópicos que mais vezes foram repetidos, relativamente à categoria (1) foram: a *Promoção de um ambiente de PBE* (40%) e a *Harmonização da Prática* (60%); na categoria (2): *Comunicação Pouco Assertiva* (70%) e na categoria (3): a *Tradição* (52%) foi o mais referido, seguido de *Literacia Prévia* (35%).

Os enfermeiros referem relativamente à categoria “facilitadores” que a promoção de um ambiente facilitador de PBE é extremamente relevante. Outros estudos vão de encontro a esta ideia, como é o caso de Rocha et al (2014), que refere que, a cultura organizacional inovadora, que evite a fragmentação dos cuidados, e abandonando o modelo tradicional de gestão, individualista, competitivo, promove e incentiva de forma positiva a atitude dos enfermeiros para um PBE. Dado este importante para planearmos a etapa seguinte do estudo.

No **estudo 3** (pré implementação - etapa 1) e no **estudo 5** (pós implementação – etapa 3) - *Avaliação da Satisfação e Percepção do Suporte Familiar dos Pais das Crianças Internadas com os Cuidados de Enfermagem Prestados*, foi realizado um estudo quantitativo, descritivo e comparativo, que pretendia perceber as diferenças entre a etapa 1 e 3 do estudo, relativamente à percepção do suporte familiar e satisfação dos cuidadores/pais com os cuidados de enfermagem. Na etapa 1 foram inquiridos n=88 pais e na etapa 3 n=89., com recurso aos mesmos instrumentos, o QPSF e o ESCCE. Os resultados indicam uma melhoria significativa nos scores médios totais das duas escalas (no **estudo 5**), bem como em todas as dimensões, comparativamente ao **estudo 3** (pré implementação). Na percepção dos pais a nível do suporte total (cognitivo e emocional) proporcionado pelos enfermeiros na etapa 1 obtivemos M=37,6, DP=13,8 e na etapa 3: M=54,4, DP=5,7, o que traduz uma melhoria no score médio para o total do instrumento. A mesma tendência teve a satisfação com os cuidados de enfermagem prestados no internamento, onde os pais/cuidadores percebem uma melhora entre a fase pré (etapa

1: M=240,6; DP=40,5) e pós intervenção (etapa 3: M=268,9; DP=19,1). O score médio global do questionário ESCCE, atribuído pelos participantes do género feminino (etapa 1: M=158,9; DP=26,9; etapa 3: M=183,1; DP=10,5), foi em ambas as etapas do estudo, inferior ao dos participantes masculinos (etapa 1: x=174,0; DP=11,6; etapa 3: x=185,2; DP=1). O mesmo é relatado por Tedford & Price (2011), onde os níveis percecionados de suporte global para o mesmo questionário, foi mais baixo nos membros da família do género feminino, do que por membros da família do género masculino. Os mesmos autores justificam estes valores, com o facto de grande parte dos cuidadores principais serem mães, logo acompanham o internamento dos filhos com maior frequência. Assim, têm maiores expectativas de apoio de profissionais de saúde.

Na etapa 2- Implementação do modelo KTA, foi realizado 1 estudo, seguindo a metodologia de Delphi, recorrendo-se também a notas de campo durante a fase de implementação. Teve por base o objetivo: Implementar o Modelo KTA.

O **estudo 4** – *Validação de programa formativo para enfermeiros em PBE: Recurso ao método de Delphi*, com o objetivo de encontrar consenso, relativamente aos conteúdos programáticos e organização dos mesmos, num plano formativo. Para o desenho do plano inicial, disponibilizado aos peritos na ronda 1, tivemos os contributos dos resultados obtidos na etapa 1. Participaram neste painel, 9 peritos, por forma a obter um leque variado de peritos/especialistas, com vasta experiência para desta forma podermos obter diferentes perspetivas em relação ao problema (Grisham, 2009). No total foram precisas 3 rodadas para a validação do programa, onde se incluíram 12 itens no domínio “conteúdos programáticos” e 6 itens no domínio “organização e duração”. A distribuição dos conteúdos programáticos foi feita por 4 módulos de 4h/cada, sendo que os 3 primeiros módulos eram destinados a todos os enfermeiros e o quarto módulo apenas aos mentores. A implementação do plano formativo foi realizada através da plataforma Zoom, uma vez que nos encontrávamos num momento de pandemia COVID-19, onde vivíamos com algumas restrições, a nível individual e coletivo, com profundas alterações organizacionais. A totalidade dos enfermeiros incluídos no estudo realizaram os módulos formativos (n=32). Os formadores do módulo 1, 3 e 4 integraram o painel de peritos na validação do programa formativo. A formadora do módulo 2, investigadora sénior e docente de enfermagem, foi convidada pelo contributo inquestionável que sabíamos iria trazer aos formandos. A importância de proporcionar formação em PBE aos enfermeiros, para que se sentissem mais capazes de dar resposta às problemáticas existentes no seu contexto clínico, veio-se a verificar fundamental para esta etapa do estudo (etapa 2) e para a seguinte (etapa 3). Neste seguimento, reconhece-se a importância dos conteúdos programáticos validados, com enfoque na formulação das questões de investigação, pesquisa de evidência e

avaliação da qualidade da mesma. Validar e implementar, um plano formativo em PBE, direcionado às necessidades detetadas na etapa 1 do estudo, foi fundamental. É necessário ampliar a conceção da pesquisa na prática profissional para que esta seja percecionada 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 (Peña, 2011). A investigação clínica, é fundamental para o desenvolvimento de conhecimento e inovação, que pretende dar resposta a problemas reais do contexto clínico. Neste sentido, na etapa 2 do estudo surgiram várias linhas de investigação, constituídas por enfermeiros mentores, enfermeiros co investigadores e peritos da academia, experts nas diferentes áreas. Foram ainda implementadas outras estratégias de PBE, como o *journal club*.

Na **etapa 3-** Avaliação e sustentação, teve por base o objetivo: avaliar o impacto da implementação do modelo KTA, nos enfermeiros, nos pais/cuidadores e no contexto clínico. Foram realizados dois estudos: um estudo quantitativo, descritivo e comparativo (**estudo 5**) e um estudo, qualitativo exploratório descritivo (**estudo 6**). Notas de campo foram incluídas.

O **estudo 6-** Experiências e *percepções dos enfermeiros após a implementação do modelo KTA: influência no contexto*, estudo qualitativo, exploratório e descritivo. Como objetivo, pretende-se identificar as percepções dos enfermeiros sobre as alterações introduzidas no contexto e o nível das competências de PBE na equipa e as experiências vivenciadas, após a implementação do modelo KTA. Para tal, foram realizados 2 grupos focais a 20 enfermeiros que participaram da implementação do modelo KTA em todas as etapas.

Após a análise de conteúdo dos dados das entrevistas emergiram 4 categorias temáticas: 1) Contributo do Modelo para o Contexto; 2) Influência do Modelo nas Competências em PBE; 3) Avaliação Global da Experiência; 4) Sustentabilidade do Modelo no Contexto.

Relativamente ao contributo do modelo para o contexto surgiram como subcategorias: família, o enfermeiro e o serviço. Assim, os enfermeiros que participaram no estudo, percecionaram ganhos em todos os intervenientes do processo. Na vertente das famílias, referem existir uma mudança na qualidade dos cuidados prestados, onde a PBE, toma especial realce. Nos enfermeiros, ou seja, individualmente em si próprio, verbalizam alterações positivas no seu desenvolvimento profissional (competências) e pessoal. Para o serviço, ou seja, para o contexto de prática clínica, percecionam a maior organização nos cuidados e nos processos, através da documentação de procedimentos e guias.

Na influência do modelo nas competências em PBE, surgiram as seguintes sub categorias: promoção do pensamento crítico-reflexivo, desenvolvimento de conhecimentos em investigação, mudança na gestão dos relacionamentos, novas metodologias de trabalho e comunicação inter pares. Verbalizam melhoria da comunicação inter pares e em especial dentro da equipa de enfermagem. Alguns referiram que desenvolveram competências em PBE, realçando o pensamento crítico reflexivo na sua tomada de decisão e nos procedimentos de enfermagem. Manifestam existir menos conflitos entre a equipa, uma vez que os momentos de discussão que este projeto proporcionou, são esclarecedores. Importa ainda dizer que, muitos acreditam que este projeto desenvolveu como nunca as suas capacidades de investigar.

Relativamente às experiências relatadas, emergiram como sub categorias: maior satisfação com o trabalho, maior apoio por parte da liderança, ganhos pessoais e percepção positiva sobre o processo. O suporte do enfermeiro gestor foi para a equipa fundamental, daí a percepção de apoio da liderança. Verbalizam maior satisfação com o trabalho, notando que a resistência à mudança, por parte de alguns profissionais, foi diminuindo ao longo destes quatro anos, o que os fazia sentir mais motivados e orgulhosos do trabalho desenvolvido. Sobre todo o processo de implementação da PBE, manifestam a importância das estratégias de implementação da PBE adotadas, na integração gradual deste conhecimento na prática clínica. Referiram ainda a importância dos momentos de discussão e reflexão em grupo, que os grupos de investigação proporcionam, as reuniões de supervisão e o contacto com os peritos da academia.

Relativamente à sustentabilidade e continuidade do projeto no serviço, emergiram duas sub categorias: contributos estruturais e contributos organizacionais. As estruturais, foram consideradas as relacionadas com a implementação do modelo KTA e as organizacionais relacionadas com o serviço, ou instituição. Nas estruturais, verbalizaram a necessidade de continuar a investir na formação nesta área e a continuidade do *journal club* e dos grupos de investigação. Já nas organizacionais, manifestam a importância desta cultura de PBE se alargar aos outros serviços de pediatria e a gestão do tempo que permita continuar a conciliar a clínica com a investigação.

Importa agora refletir no trabalho realizado e no contributo do mesmo para os enfermeiros, para o contexto clínico e para as crianças/pais/cuidadores. Sendo a implementação de modelos de PBE um campo relativamente recente e no passado algo negligenciado no setor da saúde, ainda escasseiam estudo acerca da implementação da evidência nos contextos clínicos (Shelton, Cooper & Stirman, 2018). Assim, a implementação de modelos de PBE é uma prioridade nos cuidados de saúde, sendo fundamental que a investigação e a prática estejam interligadas (Peters, Trans & Adam, 2013). O crescimento da

investigação produzida por e para enfermeiros, leva a um desafio acrescido: implementar e sustentar a evidência produzida. Apesar dos enfermeiros estarem familiarizados com os conceitos de PBE, percebemos que nem sempre lhe atribuem o significado correto. Por outro lado, também verificamos que, apesar de reconhecerem o valor desta prática para os cuidados, os enfermeiros apresentavam no início do estudo, conhecimentos inconsistentes acerca do conceito. Esta questão era atenuada, naqueles que possuíam formação académica superior, o que demonstra que a academia tem um papel fulcral na mudança dos ambientes de prática clínica.

Os focos dos processos de implementação da PBE, deve ser o conhecimento, a compreensão acerca dos mesmos, mas também motivação e envolvimento das lideranças. Quando estas premissas não estão presentes, a tradução da evidência para a prática clínica, pode ser um processo lento e incompleto, originando resistência, desistência. Este é o principal motivo pelo qual muitos clientes não recebem cuidados adequados, mesmo após a publicação pelo Institute of Medicine de indicações claras de que 90% das decisões clínicas deveriam ser baseadas em evidências (Christenbery, Williamson, Sandlin & Wells, 2020). Algumas organizações após a publicação deste relatório, desenvolveram programas direcionados para a aquisição de competências em PBE e implementação das mesmas. Incluíram mesmo, no seu plano estratégico a enculturação da PBE (Estabrooks, Midodzi, Cummings & Wallin, 2007).

A liderança, os conhecimentos, os recursos disponíveis, a presença de mentores em PBE nos contextos, poderão influenciar positivamente o uso da PBE, tal como descrito nos resultados da etapa 1 do estudo. Estes resultados são corroborados por outros estudos existentes (Jun, Kovner & Stimpfel, 2016; Hess, Desroches, Donelan, Norman & Buerhaus, 2014). Neste serviço, os enfermeiros referiram que por outro lado, as barreiras à implementação desta prática, poderiam estar no contexto de cuidados pediátrico (modelo de parceria de cuidados), onde as tradições e resistências de alguns pais/cuidadores, poderiam dificultar o processo. A comunicação interdisciplinar, também foi um aspeto apontado e que nos mereceu necessidade de intervenção, com a realização de um *workshop*.

O serviço onde este estudo foi implementado, tem uma liderança (enfermeiro gestor), com uma visão, para os cuidados de enfermagem pediátricos, que vão de encontro a esta mesma cultura de PBE, assim tornou-se um facilitador para todos os stakeholders envolvidos. Permitiu criar um ambiente estruturado e da promoção de acesso, suporte, oportunidade e recursos, tudo fundamental para o sucesso deste processo (Cicolini, Comparini & Simonetti, 2014). Ter uma equipa de enfermagem empoderada, comprometida e motivada com a PBE, leva a maior desenvolvimento profissional, tal como

podemos observar pelos resultados obtidos. A equipa de enfermagem do serviço, conseguiu desenvolver e sustentar estratégias que levam, não só à sua valorização profissional, mas também à promoção da qualidade e segurança dos cuidados pediátricos prestados, com aumento da satisfação por parte dos pais/cuidadores.

O *journal club* mensal, onde é discutida uma problemática do contexto clínico, assente na maior evidência disponível, a (re)ativação da figura do enfermeiro responsável pela formação em serviço, são apenas algumas estratégias que permitem sustentar a PBE no contexto clínico onde se desenvolveu o estudo. Relembrando o “funil do conhecimento” do modelo KTA (Graham et al., 2006) a incorporação evidência na prática clínica, será mais provável se as evidências oriundas dos estudos primários (conhecimento de primeira geração) se encontrarem disponíveis e otimizadas em formatos sistematizados como por exemplo nas revisões sistemáticas da literatura e meta-análises (conhecimento de segunda geração) e sobretudo se apoiada em normas de orientação clínica, guias orientadores de boas práticas e ainda protocolos, designado conhecimento de terceira geração (Melnyk, et al, 2014). Assim, não só os artigos utilizados para debate e reflexão no *journal club*, procuram seguir esta intensão, como os grupos de investigação constituídos na etapa 2 do estudo, procuram elaborar normas e protocolos de atuação que sejam direcionados para os pais/cuidadores crianças que frequentam o serviço.

CONCLUSÃO

Procuramos nesta investigação, dar contributos para a implementação da PBE nos cuidados de enfermagem prestados à criança e família. Recorremos ao Modelo KTA, para seguindo os seus pressupostos, orientar este percurso. No final deste estudo de investigação, consideramos que as opções metodológicas adotadas, permitiram dar resposta aos objetivos definidos para as diferentes etapas. Assim, entendemos que demos o nosso contributo para o empoderamento profissional dos enfermeiros que participaram no estudo e para a satisfação dos pais com os cuidados de enfermagem prestados.

A identificação do problema e diagnóstico de situação, realizados na etapa 1, possibilitou estruturar todas as fases do processo, sabendo que os enfermeiros estavam disponíveis a integrar este desafio. Tratando-se de um estudo de investigação ação, este pressuposto foi fundamental. Na etapa 2, através do plano formativo construído e validado à medida dos enfermeiros e de estratégias de PBE, foi possível alcançar um ambiente promotor desta prática. Foram mobilizados recursos necessários, para que fosse possível atingir os objetivos desta etapa tão fulcral. De realçar a importância do envolvimento do enfermeiro gestor e dos peritos da academia que aceitaram integrar as diferentes áreas de investigação. Os resultados obtidos nas etapas anteriores permitiram avançar para a terceira fase: “Avaliação e Sustentação”. Com a criação dos grupos de investigação e o apoio dos mentores e dos peritos da academia, foi possível a sustentação deste processo e a obtenção de resultados muito positivos. Consideramos que todos os passos descritos no capítulo anterior, bem como os resultados obtidos, ajudaram na implementação da PBE, com ganho de capacidades e competências dos enfermeiros pediatras. Em síntese, das diferentes etapas, resultam implicações a nível individual e organizacional, associadas à prática clínica, à gestão e educação e formação em PBE

Ao longo deste relatório procurámos assumir as limitações e insuficiências que, de algum modo, caracterizaram este percurso de investigação. É com objetividade que assumimos que muitas vezes tivemos receio que um projeto de investigação ação, na fase pandémica que vivemos, pudesse ser frágil e não “sobreviver”. Chegada a reta final, percebemos, que apesar do enquadramento cronológico, em circunstâncias mundiais péssimas e inesquecíveis, foi possível. Aqui chegados, marcados por transições situacionais e organizacionais complexas, sem dúvida que sentimos que fizemos o melhor possível, com o rigor que um processo destes exige. Acima de tudo depois do que “vivemos” nestes 4 anos, fica um enorme respeito por estes enfermeiros pediatras, que na maior batalha profissional que a vida lhes colocou, aceitaram este projeto, procurando oferecer mais e melhor aos seus “meninos”.

Um percurso desta natureza, assente em investigação ação, é naturalmente pautado por um conjunto de limitações. Estas refletem-se de duas perspetivas diferentes, as relacionadas com o investigador (intrínsecas) e as externas, mas que em algum momento condicionaram algumas opções do investigador, ou do decorrer da investigação. Numa primeira fase, considerou-se o envolvimento de 3 serviços de pediatria no estudo, no entanto, por questões institucionais inultrapassáveis, tal não foi possível. Em 2020 os serviços foram separados (fisicamente) e as equipas alteradas em parte. Optamos por realizar o estudo no serviço, onde a equipa de enfermagem tinha mais elementos e mais tempo de trabalho em conjunto.

Outra limitação que se previa poder afetar o estudo, teve a ver com a pandemia COVID-19, mas no decorrer do processo, percebemos que, tal não se veio a evidenciar como limitação. Iniciamos o projeto no final de 2019 e terminamos em 2023, precisamente quando decorreu toda a fase pandémica. O facto de adaptarmos muitos dos momentos de formação, colheita de dados (grupos focais, reuniões, *journal club*), ao formato zoom (devidamente autorizado pela CE), devida à impossibilidade de reunir de forma presencial, tornou-se algo motivador para a equipa. Esta motivação prende-se com a não utilização de máscara nas reuniões (à distância e via zoom, cada um estava em sua casa), o que levava a que fossem os únicos momentos que se viam de cara “livre”. Também foi um aspeto positivo, pela facilidade com que todos podiam aceder virtualmente às reuniões marcadas.

A impossibilidade de acesso à amostra de pais/cuidadores da etapa 1 para a etapa 3, limitou o tratamento, análise de dados e conclusões. No entanto, seria inviável outra opção, uma vez que os pais e crianças internadas nunca iriam coincidir em duas fases cronologicamente tão distantes.

Um constrangimento surgiu em dezembro de 2021, com a mudança de instalações do serviço de pediatria, que levou à necessidade da equipa se reorganizar. A abertura da ala covid no serviço, com encerramento de camas destinadas às outras patologias, alterou a dinâmica da equipa e exigiu um esforço redobrado, o que se tornou num desafio por tudo o que estava associado.

Atendendo a que o Modelo KTA, foi implementado de forma direcionada às necessidades específicas dos enfermeiros, adequado ao contexto de cuidados, a amostra, o tipo de amostragem, e o facto desta implementação ser realizada num contexto assistencial tão específico, como é a pediatria, poderá ser considerada uma limitação. Futuras pesquisas poderão ser desenvolvidas em outros contextos e com amostras maiores, para que os dados apresentados, sejam ainda mais robustos.

REFERÊNCIAS

- Aarons, G. A., Ehrhart, M. G., & Farahnak, L. R. (2014). *The implementation leadership scale (ILS): development of a brief measure of unit level implementation leadership*. Implementation Science, 9(1), 45. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-9-45>
- Aarons, G. A., Ehrhart, M. G., Farahnak, L. R., & Sklar, M. (2014). *The role of leadership in creating a strategic climate for evidence-based practice implementation and sustainment in systems and organizations*. Frontiers in Public Health Services and Systems Research, 3(4), 3. Recuperado de <https://uknowledge.uky.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1119&context=frontiersinphssr>
- Aarons, G. A., Ehrhart, M. G., Moullin, J. C., Torres, E. M., & Green, A. E. (2017). *Testing the leadership and organizational change for implementation (LOCI) intervention in substance abuse treatment: A cluster randomized trial study protocol*. Implementation Science, 12(1), 1–12. <https://doi.org/10.1186/s13012-017-0562-3>
- Aarons, G. A., Hurlburt, M., & Horwitz, S. M. (2011). *Advancing a conceptual model of evidence-based practice implementation in public service sectors*. Administration and Policy in Mental Health, 38(1), 4–23 <https://doi.org/10.1007/s10488-010-0327-7>
- Abad Corpa, E., Delgado Hito, P., & Cabrero García, J. (2010). *La investigación-acción-participativa: una forma de investigar en la práctica enfermera*. Invest. Educ. Enferm, 464–474. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-574491>
- Apóstolo, J., & Cardoso, D. (2014). *Systematic literature review: From the levels of evidence to the grades of recommendation*. Aten Primaria, 46(Espec Cong 1), 3.
- Augusto, M. C. B., Oliveira, K. S. de, Carvalho, A. L. R. F. de, Pinto, C. M. C. B., Teixeira, A. I. C., & Teixeira, L. O. L. S. M. (2021). *Impact of a model of clinical supervision over the emotional intelligence capacities of nurses*. Rev Rene, 22, e60279. <https://doi.org/10.15253/2175-6783.20212260279>
- Avolio, B. J., & Gardner, W. L. (2005). *Authentic Leadership development: Getting to the Root of Positive Forms of Leadership*. The Leadership Quarterly, 16(3), 315–338.
- Baker, C. M., Ogden, S. J., Prapaipanich, W., Keith, C. K., Beattie, L. C., & Nickleson, L. E. (1999). *Hospital Consolidation*. JONA: The Journal of Nursing Administration, 29(3), 11–20. <https://doi.org/10.1097/00005110-199903000-00004>

- Balakas, K., Potter, P., Pratt, E., Rea, G., & Williams, J. (2009). *Evidence Equals Excellence: The Application of an Evidence-Based Practice Model in an Academic Medical Center*. *Nursing Clinics of North America*, 44(1), 1–10. <https://doi.org/10.1016/j.cnur.2008.10.001>
- Bandin, L. (2016). *Análise de Conteúdo*. Edições 70
- Benedetto, M. A. C. D., & Gallian, D. M. C. (2018). *Narrativas de estudantes de Medicina e Enfermagem: currículo oculto e desumanização em saúde*. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 22(67), 1197–1207. <https://doi.org/10.1590/1807-57622017.0218>
- Beyer, J. M., & Trice, H. M. (1982). *The utilization process: A conceptual framework and synthesis of empirical findings*. *Administrative Science Quarterly*, 27(4), 591–622.
- Bilhim, J. (2009). *Gestão Estratégica de Recursos Humanos* (4ª Ed.). Lisboa: Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas.
- Bjørk, I. T., Lomborg, K., Nielsen, C. M., Brynildsen, G., Frederiksen, A.-M. S., Larsen, K., Reiersen, I. Å., Sommer, I., & Stenholt, B. (2013). *From theoretical model to practical use: an example of knowledge translation*. *Journal of Advanced Nursing*, 69(10), 2336–2347. <https://doi.org/10.1111/jan.12091>
- Botes, J., Bezuidenhout, J., Steinberg, W. J., & Joubert, G. (2016). *The needs and preferences of general practitioners regarding their CPD learning: a Free State perspective*. *South African Family Practice*, 58(3), 1. <https://doi.org/10.4102/safp.v58i3.5669>
- Brødsgaard, A., Pedersen, J. T., Larsen, P., & Weis, J. (2019). *Parents' and nurses' experiences of partnership in neonatal intensive care units: A qualitative review and meta-synthesis*. *Journal of Clinical Nursing*, 28(17-18), 3117–3139. <https://doi.org/10.1111/jocn.14920>
- Bruce, E., Lindh, V., Erlingsson, C., Lindkvist, M., & Sundin, K. (2016). *Translation and testing of the Swedish version of the Iceland-Family perceived support questionnaire with parents of children with congenital heart defects*. *Journal of Family Nursing*, 22(3), 298–320. <https://doi.org/10.1177/1074840716656343>.
- Bywood, P. T., Lunnay, B., & Roche, A. M. (2008). *Strategies for facilitating change in alcohol and other drugs (AOD) professional practice: A systematic review of the effectiveness of reminders and feedback*. *Drug and Alcohol Review*, 27(5), 548–558.

Camargo, F. C., Iwamoto, H. H., Galvão, C. M., Monteiro, D. A. T., Goulart, M. B., & Garcia, L. A. A. (2018). *Modelos para a Implementação da Prática Baseada em Evidências na Enfermagem Hospitalar: Revisão Narrativa*. Texto & Contexto - Enfermagem, 26(4). <https://doi.org/10.1590/0104-07072017002070017>

Camargo, F. C., Iwamoto, H. H., Galvão, C. M., Pereira, G. de A., Andrade, R. B., & Masso, G. C. (2018). *Competences and Barriers for the Evidence-Based Practice in Nursing: an integrative review*. Revista Brasileira de Enfermagem, 71(4), 2030–2038. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0617>

Camelo, S. H. H., Soares, M. I., Chaves, L. D. P., Rocha, F. L. R., & Silva, V. L. dos S. (2016). *Enfermeiros gerentes de um hospital de ensino: formação profissional, responsabilidades e desafios*. Revista Enfermagem UERJ, 24(3), 11637. <https://doi.org/10.12957/reuerj.2016.11637>

Cardoso, A. (2014). *Inovar com a Investigação-Ação: desafios para a formação de professores*. Imprensa da Universidade de Coimbra.

Cardoso, D., Coelho, A., Louçano, C., Parola, V., Rodrigues, M., Fineout-Overholt, E., & Apóstolo, J. (2019). *Translation and cross-cultural adaptation of evidence-based practice instruments for Portuguese nursing students*. Revista de Enfermagem Referência, IV Série(23), 141–152. <https://doi.org/10.12707/riv19058>

Cardoso, M., Baixinho, C. L., Ferreira, Ó., Nascimento, P., Pedrosa, R., & Gonçalves, P. (2021). *Aprender prática baseada na evidência pelo envolvimento em atividades de investigação – autopercepção dos estudantes*. Cogitare Enfermagem, 26. <https://doi.org/10.5380/ce.v26i0.79806>

Casey A. (1988) *A partnership with child and family*. Senior Nurse; 8(4): 8. Catalano JT (1996) Contemporary Professional Nursing. Philadelphia: Davis.

Cerqueira C, Barbieri-Figueiredo MC.(2020) *Modelos de Cuidados em Saúde Infantil e Pediatria*. In: Ramos AL, Barbieri-Figueiredo MC. Enfermagem em Saúde da Criança e do Jovem. 1. ed. Lisboa, Portugal: Lidel-Edições Técnicas, p.26-27.

Chatburn, R. L. (2009). *How to find the best evidence*. Respiratory Care, 54(10), 1360–1365. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19796416/>

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

Christenbery, T., Williamson, A., Sandlin, V., & Wells, N. (2016). *Immersion in Evidence-Based Practice Fellowship Program*. *Journal for Nurses in Professional Development*, 32(1), 15–20. <https://doi.org/10.1097/nnd.0000000000000197>

Cicolini, G., Comparcini, D., & Simonetti, V. (2013). *Workplace empowerment and nurses' job satisfaction: a systematic literature review*. *Journal of Nursing Management*, 22(7), 855–871. <https://doi.org/10.1111/jonm.12028>

Cochrane Effective Practice and Organisation of Care Review Group DATA COLLECTION CHECKLIST Cochrane Effective Practice and Organisation of Care Review Group (EPOC) Data Collection Checklist CONTENTS. (n.d.). Retrieved May 30, 2023, from <http://methods.cochrane.org/sites/methods.cochrane.org.bias/files/uploads/EPOC%20Data%20Collection%20Checklist.pdf>

Coutinho, C. (2008). *A qualidade da investigação educativa de natureza qualitativa: questões relativas à fidelidade e validade*. *Educação Unisinos*, 12(1), 5–15. <https://doi.org/10.4013/5291>

Creswell, J.W. (2007). *Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto*. 2. ed. Porto Alegre: Artmed.

Cruz, S. S. M. S. (2012). *Do AD HOC a um modelo de supervisão clínica em enfermagem em uso* [Doctoral Thesis, Universidade Católica]. <http://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/12619>

Dagne, A. H., Beshah, M. H., Kassa, B. G., & Dagnaw, E. H. (2021). *Implementation of evidence-based practice and associated factors among nurses and midwives working in Amhara Region government hospitals: a cross-sectional study*. *Reproductive Health*, 18(1). <https://doi.org/10.1186/s12978-021-01096-w>

Danski, M. T. R., Oliveira, G. L. R. de, Pedrolo, E., Lind, J., & Johann, D. A. (2017). *Importância da prática baseada em evidências nos processos de trabalho do enfermeiro*. *Ciência, Cuidado e Saúde*, 16(2). <https://doi.org/10.4025/ciencuidsaude.v16i2.36304>

De Leo, A., Bayes, S., Butt, J., Bloxsome, D., & Geraghty, S. (2020). *Midwifery leaders' views on the factors considered crucial to implementing evidence-based practice in clinical areas*. Women and Birth. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2020.08.013>

Decreto-Lei n.º 71/2019 de 27 de maio. Diário da República n.º 101 - I série. Assembleia da República. Lisboa, Portugal.

DECRETO-LEI nº 104/98. D.R. I Série. 93 (98/04/21). 1755-1756 (Estatuto da Ordem dos Enfermeiros).

Dias, J. M. (2004). *Formadores: Que Desempenho?* Loures: Lusociência. P.197 ISBN 972-8383-75-4.

DiCenso, A., Bayley, L., & Haynes, R. B. (2009). *Accessing preappraised evidence: Fine-tuning the 5S model into a 6S model*. Annals of Internal Medicine, 151(6), JC3-2, JC3-3.

DiCenso, A., Cullum, N., & Ciliska, D. (1998). *Implementing evidence-based nursing: some misconceptions*. Evidence-Based Nursing, 1(2), 38–39. <https://doi.org/10.1136/ebn.1.2.38>

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

DiCenso, A. (2009). *Accessing preappraised evidence: fine-tuning the 5S model into a 6S model*. Annals of Internal Medicine, 151(6), JC3. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-151-6-200909150-02002>

Dieperink, K. B., Coyne, E., Creedy, D. K., & Østergaard, B. (2018). *Family functioning and perceived support from nurses during cancer treatment among Danish and Australian patients and families*. Journal of Clinical Nursing, 27, 271–278. <https://doi.org/10.1111/jocn.13894>.

Disponível em WWW:URL:<http://www.medigraphic.com/pdfs/enfe/en-2001/en011>

Dobbins, M., Davies, B., Danseco, E., Edwards, N., & Virani, T. (2005). *Changing Nursing Practice: Evaluating the Usefulness of a Best-Practice Guideline Implementation Toolkit*. Nursing Leadership, 18(1), 34–48. <https://doi.org/10.12927/cjnl.2005.17034>

Dunn, W. N. (1983). *Measuring Knowledge Use*. Knowledge, 5(1), 120–133. <https://doi.org/10.1177/107554708300500107>

Edward, K. (2015). *A Model for Increasing Appreciation, Accessibility and Application of Research in Nursing*. Journal of Professional Nursing, 31(2), 119–123. <https://doi.org/10.1016/j.profnurs.2014.08.003>

Einarsen, K. A., & Giske, T. (2019). *Nursing students' longitudinal learning outcomes after participation in a research project in a hospital*. International Practice Development Journal, 9(1), 1–10. <https://doi.org/10.19043/ipdj.91.004>

Ellis, J., Mulligan, I., Rowe, J., & Sackett, D. L. (1995). *Inpatient general medicine is evidence based*. A-Team, Nuffield Department of Clinical Medicine. Lancet (London, England), 346(8972), 407–410. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7623571/>

Emmamally, W., Erlingsson, C., & Brysiewicz, P. (2019). *Partnering with families: Is the ED ready?* International Emergency Nursing, 42, 1. <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2019.01.002>

Estabrooks, C. A., Midodzi, W. K., Cummings, G. G., & Wallin, L. (2007). *Predicting Research Use in Nursing Organizations*. Nursing Research, 56(Supplement 1), S7–S23. <https://doi.org/10.1097/01.nnr.0000280647.18806.98>

Estabrooks, C. A. (1999). *The conceptual structure of research utilization*. Research in Nursing & Health, 22(3), 203–216. [https://doi.org/10.1002/\(sici\)1098-240x\(199906\)22:3%3C203::aid-nur3%3E3.0.co;2-9](https://doi.org/10.1002/(sici)1098-240x(199906)22:3%3C203::aid-nur3%3E3.0.co;2-9)

Estatística de Enfermeiros - Ordem dos Enfermeiros. (2022, June 17). Ordem Dos Enfermeiros. <https://www.ordemenfermeiros.pt/estat%C3%ADstica-de-enfermeiros/>

European strategic directions for strengthening nursing and midwifery towards Health 2020 goals. (n.d.). https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/274306/European-strategic-directions-strengthening-nursing-midwifery-Health2020_en-REV1.pdf

EXECUTIVE BOARD EB138/CONF./6 138th session. (2016) https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB138/B138_CONF6-en.pdf

Facione, P. A. (1990). *Critical thinking: a statement of expert consensus for purposes of educational assessment and instruction*. Research findings and recommendations (Report). Newark: American Philosophical Association.

Farias, M.S., Parente, F.L., & Anjos, F.C. (2018). *Gerenciamento de enfermagem em unidades cardiológicas: prática baseada em evidências para a tomada de decisões*. Essentia, 19(2). <https://essentia.uvanet.br/index.php/ESSENTIA/article/view/157>

Ferlie, E.B. and Shortell, S.M. (2001) *Improving the Quality of Health Care in the United Kingdom and the United States A Framework for Change*. Milbank Quarterly, 79, 281-315. - References - Scientific Research Publishing. (n.d.). Wwww.scirp.org. Retrieved January 11, 2023, from [https://www.scirp.org/\(S\(351jmbntvnsjt1aadkozje\)\)/reference/referencespapers.aspx?referenceid=1954981](https://www.scirp.org/(S(351jmbntvnsjt1aadkozje))/reference/referencespapers.aspx?referenceid=1954981)

Ferreira, A. R., & Cruz, I. C. da. (2020). *Nursing evidence-based practice guidelines for the patient at risk of ineffective cerebral tissue perfusion in the intracranial aneurysm in ICU - Systematized Literature Review*. Journal of Specialized Nursing Care, 12(1). <http://www.jsncare.uff.br/index.php/jsncare/article/view/3332>

Field, B., Booth, A., Ilott, I., & Gerrish, K. (2014). *Using the Knowledge to Action Framework in practice: a citation analysis and systematic review*. Implementation Science, 9(1). <https://doi.org/10.1186/s13012-014-0172-2>

Folami, F. (2019). *Assessment of Patient Satisfaction with Nursing Care in Selected Wards of the Lagos University Teaching Hospital (Luth)*. Biomedical Journal of Scientific & Technical Research, 17(1). <https://doi.org/10.26717/bjstr.2019.17.002941>

Fonseca, S. A. da, Silveira, A. O., Franzoi, M. A. H., Motta, E., Fonseca, S. A. da, Silveira, A. O., Franzoi, M. A. H., & Motta, E. (2020). *Cuidado centrado en la familia en la unidad de terapia intensiva neonatal (UTIN): experiências de enfermeras*. Enfermería: Cuidados Humanizados, 9(2), 170–190. <https://doi.org/10.22235/ech.v9i2.1908>

Forsetlund, L., Bjørndal, A., Rashidian, A., Jamtvedt, G., O'Brien, M. A., Wolf, F. M., Davis, D., Odgaard-Jensen, J., & Oxman, A. D. (2009). *Continuing education meetings and workshops: effects on professional practice and health care outcomes*. Cochrane Database of Systematic Reviews. <https://doi.org/10.1002/14651858.cd003030.pub2>

Fortin, M. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Lusodidacta.

Freeman, C. (2005). *Clinical Supervision Guidelines for Registered Nurses*. Birkenhead and Wallasey PCT - NHS.

Friesen-Storms, J. H., Moser, A., van der Loo, S., Beurskens, A. J., & Bours, G. J. (2014). *Systematic implementation of evidence-based practice in a clinical nursing setting: a participatory action research project*. Journal of Clinical Nursing, 24(1-2), 57–68. <https://doi.org/10.1111/jocn.12697>

- Gagnon, M. P., Labarthe, J., Légaré, F., Ouimet, M., Estabrooks, C. A., Roch, G., & Grimshaw, J. (2011). *Measuring organizational readiness for knowledge translation in chronic care*. *Implementation Science*, 6(1), 1–10. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-6-72>.
- Goode, C. J., Fink, R. M., Krugman, M., Oman, K. S., & Traditi, L. K. (2010). *The Colorado Patient-Centered Interprofessional Evidence-Based Practice Model: A Framework for Transformation*. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 8(2), 96–105. <https://doi.org/10.1111/j.1741-6787.2010.00208.x>
- Gorsuch, C. (ret) P. F., Gallagher Ford, L., Koshy Thomas, B., Melnyk, B. M., & Connor, L. (2020). *Impact of a Formal Educational Skill-Building Program Based on the ARCC Model to Enhance Evidence-Based Practice Competency in Nurse Teams*. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 17(4). <https://doi.org/10.1111/wvn.12463>
- Gouveia, M.C.; Rodrigues, M.J.; Duarte, J.C.; Sveinbjarnardottir, E.K.; Henriques, M.A. (2019). *Cross Cultural Validation of the Iceland Family Perceived Support Questionnaire (ICE-FPSQ) to European Portuguese*. *BMC Nurs.*, 18, 7. [CrossRef]
- Graham, I. D., & Tetroe, J. (2007). *Some Theoretical Underpinnings of Knowledge Translation*. *Academic Emergency Medicine*, 14(11), 936–941. <https://doi.org/10.1197/j.aem.2007.07.004>
- Graham, I. D., & Tetroe, J. M. (2010). *The knowledge to action framework*. In J. Rycroft-Malone & T. Bucknall (Eds.), *Models and frameworks for implementing evidence-based practice: Linking evidence to action* (pp. 20–221). Wiley-Blackwell
- Graham, I. D., Bick, D., Tetroe, J., Straus, S. E., & Harrison, M. B. (2010). *Measuring outcomes of evidence-based practice: Distinguishing between knowledge use and its impact*. In D. Bick & I. D. Graham (Eds.). *Evaluating the impact of implementing evidence-based practice*. Oxford, UK: Wiley Blackwell.
- Graham, I. D., Logan, J., Harrison, M. B., Straus, S. E., Tetroe, J., Caswell, W., & Robinson, N. (2006). *Lost in knowledge translation: time for a map?* *The Journal of Continuing Education in the Health Professions*, 26(1), 13–24. <https://doi.org/10.1002/chp.47>
- Grahame-Smith, D. (1995). *Evidence based medicine: Socratic dissent*. *BMJ*, 310(6987), 1126–1127. <https://doi.org/10.1136/bmj.310.6987.1126>

Grisham, T. (2009). *The Delphi technique: a method for testing complex and multifaceted topics*. International Journal of Managing Projects in Business, 2(1), 112–130. <https://doi.org/10.1108/17538370910930545>

Grol, R., Wensing, M., & Eccles, M. (2005). *Improving patient care: The implementation of change in clinical practice*. London, UK: Elsevier Butterworth Heinemann.

Grove, S. K., & Gray, J. R. (2019). *Understanding nursing research: Building an evidence based practice* (7th ed.). Elsevier

Guides: Resources for Evidence-Based Practice: The 6S Pyramid. (2019). Libguides.com. <https://hslmcmaster.libguides.com/ebm>

Guyatt, G., Agoritsas, T., Vandvik, P. O., Neumann, I., Rochwerg, B., Jaeschke, R., Hayward, R., & McKibbin, K. A. (2014). *Finding current best evidence*. In archive-ouverte.unige.ch. McGraw-Hill Education / Medical. <https://archive-ouverte.unige.ch/unige:91124>

Harrison, M. B., Legare, F., Graham, I. D., & Fervers, B. (2009). *Adapting clinical practice guidelines to local context and assessing barriers to their use*. Canadian Medical Association Journal, 182(2), E78–E84. <https://doi.org/10.1503/cmaj.081232>

Harrison, M. B., Legare, F., Graham, I. D., & Fervers, B. (2009). *Adapting clinical practice guidelines to local context and assessing barriers to their use*. Canadian Medical Association Journal, 182(2), E78–E84. <https://doi.org/10.1503/cmaj.081232>

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

Haynes, R. B., Prorok, J. C., Iserman, E. C., & Wilzynski, N. L. (2013). *Essential Evidence Plus correctly evaluated by survey: midranked of 10 evidence-informed medical resources*. Journal of Clinical Epidemiology, 66(6), 696–697. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2012.12.011>

Henderson, A. J., Davies, J., & Willet, M. R. (2006). *The experience of Australian project leaders in encouraging practitioners to adopt research evidence in their clinical practice*. Australian Health Review, 30(4), 474. <https://doi.org/10.1071/ah060474>

Hess, R., DesRoches, C., Donelan, K., Norman, L., & Buerhaus, P. I. (2011). *Perceptions of Nurses in Magnet® Hospitals, Non-Magnet Hospitals, and Hospitals Pursuing Magnet Status*. JONA: The Journal of Nursing Administration, 41(7/8), 315–323. <https://doi.org/10.1097/nna.0b013e31822509e2>

Horsley, J. A., Crane, J., & Bingle, J. D. (1978). *Research Utilization As An Organizational Process*. JONA: The Journal of Nursing Administration, 8(7), 4–6. <https://doi.org/10.1097/00005110-197807000-00001>

Hua, D., Carter, S., Bellerive, J., Allu, S. O., Reid, D., Tremblay, G., Lindsay, P., & Tobe, S. W. (2012). *Bridging the Gap: Innovative Knowledge Translation and the Canadian Hypertension Education Program*. Canadian Journal of Cardiology, 28(3), 258–261. <https://doi.org/10.1016/j.cjca.2012.03.011>

ICPHR. (2013). *What is Participatory Health Research? Position Paper 1*. Obtido em agosto de 2017, de International Collaboration for Participatory Health Research: <http://www.icphr.org/position-papers/position-paper-no-1>

Im, Y., & Kim, D. H. (2021). *Family Management Style and Psychosocial Health of Children with Chronic Conditions*. Journal of Child and Family Studies, 30(2), 483–492. <https://doi.org/10.1007/s10826-020-01870-7>

Jamtvedt, G., Young, J. M., Kristoffersen, D. T., Thomson O'Brien, M. A., & Oxman, A. D. (2003). *Audit and feedback: effects on professional practice and health care outcomes*. The Cochrane Database of Systematic Reviews, 3, CD000259. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD000259>

Joanna Briggs Institute. (2013a). *Handbook for evidence transfer centres*. Recuperado de: http://joannabriggs.org/assets/docs/jbc/operations/connectNodeHankbook/NodeCentresDraft_MW2.pdf

Jolley, J., & Shields, L. (2009). *The Evolution of Family-Centered Care*. Journal of Pediatric Nursing, 24(2), 164–170. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2008.03.010>

Jun, J., Kovner, C. T., & Stimpfel, A. W. (2016). *Barriers and facilitators of nurses' use of clinical practice guidelines: An integrative review*. International Journal of Nursing Studies, 60, 54–68. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2016.03.006>

Jylhä, V., Oikarainen, A., Perälä, M.-L., & Holopainen, A. (2017). *Facilitating evidence based practice in nursing and midwifery in the WHO European Region*. World Health Organization, 1–34. <https://www.who.int/europe/publications/i/item/WHO-EURO-2017-5314-45078-64291>

Kennedy, C. C., Ioannidis, G., Giangregorio, L., Adachi, J. D., Lehana Thabane, Morin, S. N., Crilly, R. G., Marr, S., Josse, R. G., Lohfeld, L., Pickard, L., King, S., van, Campbell, G., Stroud, J., Dolovich, L., Sawka, A. M., Jain, R. K., Nash, L., & Papaioannou, A. (2012). *An interdisciplinary knowledge translation intervention in long-term care: Study protocol for the vitamin D and osteoporosis study (ViDOS) pilot cluster randomized controlled trial*. Implementation Science, 7(1). <https://doi.org/10.1186/1748-5908-7-48>

Kim, H.S. (2010) *The Nature of Theoretical Thinking in Nursing*. 3rd Edition, Springer Publishing Company, New York. - References - Scientific Research Publishing. (n.d.). Wwww.scirp.org. Retrieved May 30, 2023, from [https://www.scirp.org/\(S\(351jmbntvnsjt1aadkposzje\)\)/reference/ReferencesPapers.aspx?ReferenceID=1420792](https://www.scirp.org/(S(351jmbntvnsjt1aadkposzje))/reference/ReferencesPapers.aspx?ReferenceID=1420792)

Kitson, A., Brook, A., Harvey, G., Jordan, Z., Marshall, R., O'Shea, R., & Wilson, D. (2017). *Using Complexity and Network Concepts to Inform Healthcare Knowledge Translation*. International Journal of Health Policy and Management, 7(3), 231–243. <https://doi.org/10.15171/ijhpm.2017.79>

Kitson, A., Harvey, G., & McCormack, B. (1998). *Enabling the Implementation of Evidence Based practice: a Conceptual Framework*. Quality and Safety in Health Care, 7(3), 149–158. <https://doi.org/10.1136/qshc.7.3.149>

Knowledge Creation. (n.d.). CEBI. Retrieved December 7, 2022, from <https://hhscebi.ca/resources/knowledgetranslationframework/knowledge-creation/>

Knowledge-to-Action Framework. (n.d.). RNAO.ca. <https://rnao.ca/leading-change-toolkit/knowledge-to-action>

Knowles, M. S. (1988). *The modern practice of adult education. Andragogy versus pedagogy*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall/Cambridge.

Kocaman, G., Seren, S., Lash, A. A., Kurt, S., Bengu, N., & Yurumezoglu, H. A. (2010). *Barriers to research utilisation by staff nurses in a university hospital*. Journal of Clinical Nursing, 19(13-14), 1908–1918. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2009.03032.x>

Koehn, M. L., & Lehman, K. (2008). *Nurses' perceptions of evidence-based nursing practice*. Journal of Advanced Nursing, 62(2), 209–215. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2007.04589.x>

Kouzes J.M., Posner B.Z. O desafio da liderança. 2a ed. Rio de Janeiro: Campus; 1997. 435 p

Lawrence, D. J., Polipnick, J., & Colby, E. (2008). *Barriers to and Opportunities for the Implementation of Best Practice Recommendations in Chiropractic: Report of a Focus Group*. Journal of Allied Health, 37(2), 82–89. <https://www.ingentaconnect.com/contentone/asahp/jah/2008/00000037/00000002/art00005>

Lei nº 66-B/2007, de 28 de dezembro. (n.d.). Wwww.pgdlisboa.pt. https://www.pgdlisboa.pt/leis/lei_mostra_articulado.php?nid=1898&tabela=leis&so_miolo=

Leske, J. S., Whiteman, K., Freichels, T. A., & Percy, J. M. (1994). *Using Clinical Innovations for Research-Based Practice*. AACN Advanced Critical Care, 5(2), 103–114. <https://doi.org/10.4037/15597768-1994-2002>

Lewgoy A.M.B., Arruda M.P. (2004). *Novas tecnologias na prática profissional do professor universitário: a experiência do diário digital*. Revista Textos e Contextos 2:115-130.

Librarian, I. (n.d.). Training Skills for Health Care Providers. Wwww.hrhresourcecenter.org. Retrieved December 7, 2022, from <https://www.hrhresourcecenter.org/node/5146.html>

Loewenson, R., Laurell, A. C., Hogstedt, C., D'Ambruoso, L., & Shroff, Z. (2015). *Investigación-Acción Participativa en Sistemas de Salud: Una Guía de Métodos*. Equinet.

Loureiro, F., Araújo, B., & Charepe, Z. (2021). *Validação da Escala de Satisfação do Cidadão com Cuidados de Enfermagem para pais de crianças hospitalizadas*. Revista de Enfermagem Referência, V Série (Nº5). <https://doi.org/10.12707/rv20062>

Maher, L., Gustafson, F., & Evans, A. (2010). *NHS sustainability model and guide*. London, UK: National Health Service Institute for Innovation and Improvement. <https://www.ktpathways.ca/resources/sustainability-model-and-guide>

Marconi, M. A., & Lakatos, E. M. (2010). *Fundamentos de Metodologia Científica* (7th ed.). Sao Paulo Atlas. - References - Scientific Research Publishing. (n.d.). [Www.scirp.org](http://www.scirp.org). Retrieved February 26, 2024, from <https://www.scirp.org/reference/referencespapers?referenceid=989247>

Marôco, J. (2018). *Análise Estatística com o SPSS Statistics* (7ª ed.). Report Number.

Martins, M. E. (2013). *Investigação-ação participativa em saúde: revisão integrativa da literatura em língua portuguesa*. Coimbra: Tese de Mestrado em Enfermagem Comunitária apresentada à Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

McKenna, H. P., Ashton, S., & Keeney, S. (2004). *Barriers to evidence-based practice in primary care*. Journal of Advanced Nursing, 45(2), 178–189. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2003.02879.x>

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

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

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

Melnyk, B. M., & Newhouse, R. (2014). *Evidence-based practice versus evidence informed practice: A debate that could stall forward momentum in improving healthcare quality, safety, patient outcomes and costs*. Worldviews on Evidence-Based Nursing, 11(6), 347-349. <https://doi.org/10.1111/wvn.12070>

Melnyk, B. M., Fineout-Overholt, E., Gallagher-Ford, L., & Stillwell, S. B. (2011). *Evidence-Based Practice, Step by Step: Sustaining Evidence-Based Practice Through Organizational Policies and an Innovative Model*. AJN, American Journal of Nursing, 111(9), 57–60. <https://doi.org/10.1097/01.naj.0000405063.97774.0e>

Melnyk, B. M., Gallagher-Ford, L., Long, L. E., & Fineout-Overholt, E. (2014). *The establishment of evidence-based practice competencies for practicing registered nurses and advanced practice nurses in real-world clinical settings: proficiencies to improve healthcare quality, reliability, patient outcomes, and costs*. Worldviews on Evidence-Based Nursing, 11(1), 5-15. <https://doi.org/10.1111/wvn.12021>

Melnyk, B. M., Gallagher-Ford, L., Zellefrow, C., Tucker, S., Thomas, B., Sinnott, L. T., & Tan, A. (2018). *The First U.S. Study on Nurses' Evidence-Based Practice Competencies Indicates Major Deficits That Threaten Healthcare Quality, Safety, and Patient Outcomes*. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 15(1), 16–25. <https://doi.org/10.1111/wvn.12269>

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

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

Michelan, V. C. de A., & Spiri, W. C. (2019). *Journal Club estratégia de ensino e aprendizagem para desenvolvimento do gerenciamento em enfermagem baseada na prática: uma revisão integrativa*. *CIAIQ2019*, 1, 507–515. <https://proceedings.ciaiq.org/index.php/CIAIQ2019/article/view/2189>

Midwifery Assessment Tool for Education (MATE). (2020). *Www.who.int*. Retrieved December 7, 2022, from <https://www.who.int/europe/publications/i/item/WHO-EURO-2020-5577-45342-64887>

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

Minayo M.C.S. (2000). *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo, Hucitec. Rio de Janeiro, Abrasco.

Ministério da Educação [ME] (1991). Conselho Nacional de Educação. Parecer nº 5 / 90. Diário da República, 2ª Serie nº 29

Mohsen, M., Safaan, N., & Okby, O. (2016). *Nurses' Perceptions and Barriers for Adoption of Evidence Based Practice in Primary Care: Bridging the Gap*. *American Journal of Nursing Research*, Vol. 4, 2016, Pages 25-33, 4(2), 25–33. <https://doi.org/10.12691/ajnr-4-2-1>

Molfenter, S. M., Ammoury, A., Yeates, E. M., & Steele, C. M. (2009). *Decreasing the knowledge-to-action gap through research-clinical partnerships in speech-language pathology*. *Tspace.library.utoronto.ca*. <https://tspace.library.utoronto.ca/handle/1807/17677>

- Monica, E. L., Oberst, M. T., Madea, A. R., & Wolf, R. M. (1986). *Development of a patient satisfaction scale*. Research in Nursing & Health, 9(1), 43–50. <https://doi.org/10.1002/nur.4770090108>
- Moraes, V. C. O. de, & Spiri, W. C. (2019). *Development of a journal club on the Nursing management process*. Revista Brasileira de Enfermagem, 72(supl 1), 221–227. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0019>
- Morris, Z. S., & Clarkson, P. J. (2009). *Does social marketing provide a framework for changing healthcare practice?* Health Policy, 91(2), 135–141.
- Murad, M. H., Asi, N., Alsawas, M., & Alahdab, F. (2016). *New Evidence Pyramid*. Evidence Based Medicine, 21(4), 125–127. <https://doi.org/10.1136/ebmed-2016-110401>
- Newhouse, R. P., & Johnson, K. (2009). *A Case Study in Evaluating Infrastructure for EBP and Selecting a Model*. JONA: The Journal of Nursing Administration, 39(10), 409–411. <https://doi.org/10.1097/nna.0b013e3181b920b7>
- Obringer, K., Hilgenberg, C., & Booker, K. (2012). *Needs of adult family members of intensive care unit patients*. Journal of Clinical Nursing, 21(11-12), 1651–1658. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2011.03989.x>
- Oliveira, D. V., Oliveira, E. de L. N. de, França, J. R. F. de S., & Buck, E. C. da S. (2021). *Satisfação de pais de crianças com necessidades especiais de saúde com os cuidados de enfermagem*. Research, Society and Development, 10(13), e271101321047. <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i13.21047>
- Ordem dos Enfermeiros. (2001). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: - Enquadramento Conceptual Enunciados Descritivos*. Ordem Dos Enfermeiros. (2006) *Investigação em Enfermagem– Tomada de Posição*. In Ordem dos Enfermeiros. http://www.ordemenfermeiros.pt/tomadasposição/Documents/TomadaPosição_26Abr2006.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2010). *Caderno Temático. Modelo de Desenvolvimento Profissional. Fundamentos, processos e instrumentos para a operacionalização do Sistema de Certificação de Competências*. Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2015a). *Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros. (2021). *Anuário Estatístico da Ordem dos enfermeiros*. <https://www.ordemenfermeiros.pt/estat%C3%ADstica-de-enfermeiros/>

Osborne, J., Collins, S., Ratcliffe, M., Millar, R., & Duschl, R. (2003). *What ?ideas-about-science? should be taught in school science? A Delphi study of the expert community*. Journal of Research in Science Teaching, 40(7), 692–720. <https://doi.org/10.1002/tea.10105>

Palmer, D., & Kramlich, D. (2011). *An Introduction to the Multisystem Model of Knowledge Integration and Translation*. Advances in Nursing Science, 34(1), 29–38. <https://doi.org/10.1097/ans.0b013e318209439f>

Paul, M., & Leibovici, L. (2014). *Systematic review or meta-analysis? Their place in the evidence hierarchy*. Clinical Microbiology and Infection, 20(2), 97–100. <https://doi.org/10.1111/1469-0691.12489>

Pearson, A., Jordan, Z., & Munn, Z. (2012). *Translational Science and Evidence-Based Healthcare: A Clarification and Reconceptualization of How Knowledge Is Generated and Used in Healthcare*. Nursing Research and Practice, 2012, 1–6. <https://doi.org/10.1155/2012/792519>

Pearson, A., Wiechula, R., Court, A., & Lockwood, C. (2005). *The JBI model of evidence-based healthcare*. International Journal of Evidence-Based Healthcare, 3(8), 207–215. <https://doi.org/10.1111/j.1479-6988.2005.00026.x>

Pena, L. M. (2001). *Práctica de enfermería basada en evidencias*. Revista Mexicana de Enfermeria Cardiologica, 9(1-4), 24–30. <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=9927>

Pereira, R. P. G., Cardoso, M. J., Martins, M. A., Martins, T., Figueiredo, M. do C. A. B. de, & Carneiro, A. V. (2015). *Validação da versão portuguesa do questionário de atitudes e barreiras em relação à prática baseada na evidência*. Repositorium.sdum.uminho.pt. <http://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/40460>

Peres, A.M., & Ciampone, M.H.T. (2006). [Management and general nursing competencies]. Texto Contexto-Enferm. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072006000300015>

Pestana, M. H., & Gageiro, J. G. (2003). *Análise de dados para ciencias sociais A complemen- taridade de SPSS* [Data Analysis for Social Sciences The Complementarity of

SPSS] (3rd ed.). Lisboa Edicoes Silabo. - References - Scientific Research Publishing. (n.d.). Wwww.scrip.org. Retrieved December 19, 2021, from <https://www.scrip.org/reference/referencespapers?referenceid=1867800>

Peters, D.H., Tran, N.T., Adam, T. (2013). *Implementation Research in Health: A Practical Guide*. Geneva: World Health Organization

Pinto, M.A.F. (2018). *O profissional de informação em saúde no apoio à decisão clínica e à investigação*. Tese de Mestrado. Disponível no RCAAP: <http://hdl.handle.net/10451/31844>

Ploeg, J., Davies, B., Edwards, N., Gifford, W., & Miller, P. E. (2007). *Factors Influencing Best-Practice Guideline Implementation: Lessons Learned from Administrators, Nursing Staff, and Project Leaders*. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 4(4), 210–219. <https://doi.org/10.1111/j.1741-6787.2007.00106.x>

Porter, M. E., & Teisberg, E. O. (2006). *Redefining Health Care: Creating Value-Based Competition on Results*. https://www.hbs.edu/ris/Publication%20Files/20060502%20NACDS%20%20Final%2005012006%20for%20On%20Point_db5ede1d-3d06-41f0-85e3-c11658534a63.pdf

Porter-O'Grady, T., & Malloch, K. (2015). *Leadership in Nursing Practice*. Jones & Bartlett Learning, LLC.

Powell, C. (2003). *The Delphi technique: myths and realities*. *Journal of Advanced Nursing*, 41(4), 376-382. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2003.02537.x>

Pravikoff, D. S., Pierce, S. T., & Tanner, A. (2005). *Evidence-based practice readiness study supported by academy nursing informatics expert panel*. *Nursing Outlook*, 53(1), 49–50. <https://doi.org/10.1016/j.outlook.2004.11.002>

Prior, M., Guerin, M., & Grimmer-Somers, K. (2008). *The effectiveness of clinical guideline implementation strategies - a synthesis of systematic review findings*. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 14(5), 888–897. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2753.2008.01014.x>

Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). (2012). *Toolkit: Implementation of best practice guidelines* (2nd ed.). Toronto. 4e.pdf. ISSN 1405-0315

Registered Nurses' Association of Ontario. (2008). *Oral health: Nursing assessment and interventions*. Toronto, ON: Registered Nurses' Association of Ontario. Retrieved April 17, 2012, from [http://www.rnao.org/Storage/50/4488 Oral Health-Jan9.09-web.pdf](http://www.rnao.org/Storage/50/4488%20Oral%20Health-Jan9.09-web.pdf).

Richardson, J. (n.d.). *LibGuides: Guide to Evidence Based Practice: The 6S Pyramid*. Guides.hsict.library.utoronto.ca. Retrieved November 16, 2022, from <https://guides.hsict.library.utoronto.ca/c.php?g=723946&p=5181631>

Rocha, F. L. R., Marziale, M. H. P., Carvalho, M. C. de, Cardeal Id, S. de F., & Campos, M. C. T. de. (2014). *The organizational culture of a Brazilian public hospital*. Revista Da Escola de Enfermagem Da USP, 48(2), 308–314. <https://doi.org/10.1590/s0080-6234201400002000016>

Rodrigues F.M., Pereira R.P. & Martins M.M. (2023). *Organizational culture towards change in a hospital setting: a nursing perspective*. Acta Paul Enferm.36:eAPE00551. <http://dx.doi.org/10.37689/acta-ape/2023AO005511>

Rodrigues, M. J. B. & Dias, M. L. (2003). *Satisfação dos utentes face aos cuidados de enfermagem: desenvolvimento de uma escala e resultados obtidos numa amostra dos cuidados hospitalares e dos cuidados de saúde primários da Região Autónoma da Madeira*. Funchal: Escola Superior de Enfermagem – Universidade da Madeira, Centro Hospitalar do Funchal.

Rogers, E. M. (2003). *Diffusion of Innovations* (5th ed). New York, NY: Free Press.

Rosenthal, J. A. (1996). *Qualitative descriptors of strength of association and effect size*. Journal of Social Service Research, 21(4), 37-59. https://doi.org/10.1300/j079v21n04_02

Rosswurm, M. A., & Larrabee, J. H. (1999). *A Model for Change to Evidence-Based Practice*. Image: The Journal of Nursing Scholarship, 31(4), 317–322. <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.1999.tb00510.x>

Russell, D. J., Rivard, L. M., Walter, S. D., Rosenbaum, P. L., Roxborough, L., Cameron, D., Darrah, J., Bartlett, D. J., Hanna, S. E., & Avery, L. M. (2010). *Using knowledge brokers to facilitate the uptake of pediatric measurement tools into clinical practice: a before-after intervention study*. Implementation Science, 5(1). <https://doi.org/10.1186/1748-5908-5-92>

Ryan, R. W., Harris, K. K., Mattox, L., Singh, O., Camp, M., & Shirey, M. R. (2015). *Nursing leader collaboration to drive quality improvement and implementation science*. Nursing Administration Quarterly, 39(3), 229-238. <https://doi.org/10.1097/naq.0000000000000111>

- Rycroft-Malone, J. (2004). The PARIHS Framework—A Framework for Guiding the Implementation of Evidence-based Practice. *Journal of Nursing Care Quality*, 19(4), 297–304. <https://doi.org/10.1097/00001786-200410000-00002>
- Rycroft-Malone, J., & Bucknall, T. (2010). *Models and frameworks for implementing evidence-based practice: Linking evidence to action*. Hoboken, NJ: Wiley-Blackwell.
- Sackett, D., Rosenberg, W. M. C., Gray, J. A. M., Haynes, R. B., & Richardson, W. S. (1996). *Evidence based medicine: what it is and what it isn't*. *British Medical Journal*, 312, 71-72. <https://doi.org/10.1136/bmj.312.7023.71>
- Schardt, C., Adams, M. B., Owens, T., Keitz, S., & Fontelo, P. (2007). *Utilization of the PICO Framework to Improve Searching PubMed for Clinical Questions*. *BMC Medical Informatics and Decision Making*, 7(7), 16. <https://doi.org/10.1186/1472-6947-7-16>
- Scherzer, R., Shaffer, K. M., Maceyko, K., & Webb, J. (2015). *Journal Club for Prelicensure Nursing Students*. *Nurse Educator*, 40(5), 224–226. <https://doi.org/10.1097/nne.0000000000000165>
- Shajani, Z., & Snell, D. (2019). *Wright & Leahey's Nurses and Families: A Guide to Family Assessment and Intervention*, 7th ed.; F.A. Davis: Philadelphia, PA, USA.
- Shelton, R. C., Cooper, B. R., & Stirman, S. W. (2018). *The Sustainability of Evidence-Based Interventions and Practices in Public Health and Health Care*. *Annual Review of Public Health*, 39(1), 55–76. <https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-040617-014731>
- Silva, I. S., Veloso, A. L., & Keating, J. B. (2014). *Focus group: Considerações teóricas e metodológicas*. *Revista Lusofona de Educacao*, 26 (26), 175–190. <https://revistas.ulusofona.pt/index.php/rleducacao/article/view/4703>
- Springett, J., Wright, M., & Roche, B. (2011). *Developing Quality Criteria for Participatory Health Research: An Agenda for Action*. WZB Discussion Paper.
- Stacey, D., Higuchi, K. A. S., Menard, P., Davies, B., Graham, I. D., & O'Connor, A. M. (2009). *Integrating Patient Decision Support in an Undergraduate Nursing Curriculum: An Implementation Project*. *International Journal of Nursing Education Scholarship*, 6(1). <https://doi.org/10.2202/1548-923x.1741>

- Stetler, C. B. (2001). *Updating the Stetler Model of research utilization to facilitate evidence-based practice*. Nursing Outlook, 49(6), 272–279. <https://doi.org/10.1067/mno.2001.120517>
- Stokke, K., Olsen, N., Espehaug, B. & Nortvedt, M. (2014). *Evidence based practice beliefs and implementation nurses: a cross-sectional study*. BMC Nursing, 13(1), 13-18. <https://doi.org/10.1186/1472-6955-13-8>
- Straus, S. E., Graham, I. D., Taylor, M., & Lockyer, J. (2008). *Development of a mentorship strategy: A knowledge translation case study*. Journal of Continuing Education in the Health Professions, 28(3), 117–122. <https://doi.org/10.1002/chp.179>
- Straus, S. E., Tetroe, J., Graham, I. D., Zwarenstein, M., Bhattacharyya, O., & Shepperd, S. (2010). *Monitoring use of knowledge and evaluating outcomes*. Canadian Medical Association Journal, 182(2), E94–E98. <https://doi.org/10.1503/cmaj.081335>
- Streubert, H., & Carpenter, D. (2011). *Investigação Qualitativa em Enfermagem- Avança o Imperativo Humanista*. Lusodidacta.
- Sutthisompohn, S., & Kusol, K. (2021). *Association Between Caregivers' Family Management and Quality of Life in Children with Chronic Disease in Southern Thailand. Patient Preference and Adherence*, Volume 15, 2165–2174. <https://doi.org/10.2147/ppa.s327553>
- Svavarsdottir, E. K., & Sigurdardottir, A. O. (2013). *Benefits of a brief therapeutic conversation intervention for families of children and adolescents in active cancer treatment*. Oncology Nursing Forum, 40(5), 346–357. <https://doi.org/10.1188/13>
- Sveinbjarnardottir, E. K., Svavarsdottir, E. K., & Hrafnkelsson, B. (2012). *Psychometric Development of the Iceland-Family Perceived Support Questionnaire (ICE-FPSQ)*. Journal of Family Nursing, 18(3), 328–352. <https://doi.org/10.1177/1074840712449203>
- Tedford, J., & Price, J. (2011). *Role of the nurse in family-centred care*. Cancer Nursing Practice, 10(2), 14–18. <https://doi.org/10.7748/cnp2011.03.10.2.14.c8392>
- Teixeira, A. I. C. (2021). *Supervisão Clínica em Enfermagem - Contributo para a Prática Baseada na Evidência e Competência Emocional*. [Tese de doutoramento]. Universidade do Porto. <https://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/136599>

Teixeira, A. I. C., Teixeira, L. O. L. S. M., Pereira, R. P. G., Barroso, C., Carvalho, A. L. R. F. de, & Püschel, V. A. de A. (2021). *Development of nurses' evidence-based practice skills: contributions of clinical supervision*. *Rev Rene*, 22, e67980. <https://doi.org/10.15253/2175-6783.20212267980>

Thomas, L. H., McColl, E., Priest, J., Bond, S., & Boys, R. J. (1996). *Newcastle satisfaction with nursing scales: An instrument for quality assessments of nursing care*. *Quality in Health Care*, 5(2), 67–72. <https://doi.org/10.1136/qshc.5.2.67>

Thompson, D. R., Chau, J. P. C., & Lopez, V. (2006). *Barriers to, and facilitators of, research utilisation: a survey of Hong Kong registered nurses*. *International Journal of Evidence-Based Healthcare*, 4(2), 77–82. <https://doi.org/10.1111/j.1479-6988.2006.00036.x>

Thorsteinsson, H. S. (2012). *Icelandic Nurses' Beliefs, Skills, and Resources Associated with Evidence-Based Practice and Related Factors: A National Survey*. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 10(2), 116–126. <https://doi.org/10.1111/j.1741-6787.2012.00260.x>

Titler, M. G., Kleiber, C., Steelman, V. J., Rakel, B. A., Budreau, G., Everett, L. Q., Buckwalter, K. C., Tripp-Reimer, T., & Goode, C. J. (2001). *The Iowa Model of Evidence-Based Practice to Promote Quality Care*. *Critical Care Nursing Clinics of North America*, 13(4), 497–509. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11778337/>

Vera, F. (2020). *Research skills in nursing undergraduate students: A case study at a Chilean private university*. *Open Science Journal*, 5(3). <https://doi.org/10.23954/osj.v5i3.2487>

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

Warren, J. I., Mclaughlin, M., Bardsley, J., Eich, J., Esche, C. A., Kropkowski, L., & Risch, S. (2016). *The Strengths and Challenges of Implementing EBP in Healthcare Systems*. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 13(1), 15–24. <https://doi.org/10.1111/wvn.12149>

Watts, R., Botti, M., & Hunter, M. (2010). *Nurses' perspectives on the care provided to cancer patients*. *Cancer Nursing*, 33(2), 1–8. <https://doi.org/10.1097/NCC.0b013e3181b5575a>

Yousuf, M. (2007). *Using Experts' Opinions Through Delphi Technique*. *Practical Assessment, Research, and Evaluation*, 12, 4. <https://doi.org/10.7275/rph-t210>

ANEXOS

ANEXO I

Protocolo de Estudo publicado na Public Library of Science (PLOS ONE)

STUDY PROTOCOL

Use of "The Knowledge-to-Action Framework" for the implementation of evidence-based nursing in child and family care: Study protocol

Cânia P. Torres^{1,2,3,4,*}, Francisco J. Mendes^{2,3}, Maria Barbieri-Figueiredo^{1,2,5}

1 Institute of Biomedical Sciences Abel Salazar, University of Porto, Porto, Portugal, **2** Center for Health Technology and Services Research at the Health Research Network (CINTESIS@RISE), Porto, Portugal, **3** Nursing Department, Pediatrics Service, São João Hospital Centre, Porto, Portugal, **4** Nursing School of Tâmega e Sousa, CESPU, Penafiel, Portugal, **5** Nursing Department, University of Huelva, Huelva, Spain

* caniabasto@gmail.com



OPEN ACCESS

Citation: Torres CP, Mendes FJ, Barbieri-Figueiredo M (2023) Use of "The Knowledge-to-Action Framework" for the implementation of evidence-based nursing in child and family care: Study protocol. PLOS ONE 18(3): e0283656. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0283656>

Editor: Majed Sulaiman Alasmri, University of Hail, SAUDI ARABIA

Received: December 12, 2022

Accepted: February 26, 2023

Published: March 31, 2023

Peer Review History: PLOS recognizes the benefits of transparency in the peer review process; therefore, we enable the publication of all of the content of peer review and author responses alongside final, published articles. The editorial history of this article is available here: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0283656>

Copyright: © 2023 Torres et al. This is an open access article distributed under the terms of the [Creative Commons Attribution License](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author and source are credited.

Data Availability Statement: No datasets were generated or analysed during the current study. All relevant data from this study will be made available upon study completion.

Abstract

Nurses are increasingly focused on a practice based on scientific knowledge. However, it is important to distinguish high-quality evidence that can be applied in practice from studies of low or dubious scientific quality. Therefore, nurses must base their practice on structural support that allows for the definition of personalized and context-specific interventions. The objectives of this study are to identify the main barriers and facilitators to the evidence-based nursing approach and to implement an Evidence-Based Practice model (EBP) in clinical practice settings. We seek to contribute to evidence-based nursing by promoting professional skills in nurses, using "The Knowledge-to-Action Framework" (KTA). The research focuses on a participatory action research methodology based on the cyclical process of the KTA framework, contemplating the creation of knowledge and the implementation of existing solutions or new solutions through an action cycle. The participants will be nurses and parents/caregivers from a pediatric service in Northern Portugal. The study will be conducted in 3 phases: phase 1 will identify the priority issues by exploring the barriers and facilitators of EBP from the nurses' perspective and assessing the parents'/caregivers' satisfaction with nursing care. Phase 2 will be divided into (a) the planning and (b) the implementation of the KTA model, where we aim to build and validate (a) a training plan and (b) the implementation of the KTA model. Phase 3 is for the evaluation of the model implementation and sustaining knowledge. It is recognized that there is a large gap between knowledge production and the subsequent implementation of interventions based on the best available evidence. However, this reality is complex and involves several levels of decision and intervention that oscillate from the individual responsibility of each nurse to the organizational dimension.

Anexo II

Questionário de Atitudes e Barreiras em Relação à Prática Baseada na Evidência

– 26 itens

Consentimento Informado, livre e esclarecido de participação em investigação ^{1,2}

Cânia Patrícia Martins Basto Torres
caniabasto@gmail.com

Sr(a). Enfermeiro(a),

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

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

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

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

Ao dispor para qualquer esclarecimento adicional,

A investigadora principal: Cânia Torres

Data: _____

Assinatura: _____

¹https://www.arsnorte.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/3/2018/01/Declaracao_Helsinquia_2008.pdf

²<https://www.ministeriopublico.pt/instrumento/convencao-para-proteccao-dos-direitos-do-homem-e-da-dignidade-do-ser-humano-face-22>

Parte I: Caracterização sócio-demográfica

As perguntas seguintes destinam-se a caracterizar sócio-demograficamente a amostra, solicitando-se que responda com **X** ou **✓** nos quadrados correspondentes à sua opção

1. Idade: _____ Anos

2. Género: Masculino ☐ Feminino ☐

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

4. Habilitações Académicas: Bacharelato ☐ Licenciatura ☐

Mestrado ☐ Qual?

Doutoramento ☐ Qual?

5. Habilitações Profissionais

Curso Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem ☐

Se sim, qual?

Curso de Pós-Graduação ☐

Se sim, qual(ais)?

6. Tempo de exercício Profissional _____ anos _____ meses

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

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

9. Cargo que ocupa: Enfermeiro especialista ☐ Enfermeiro ☐

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

Prática Baseada na Evidência ☐ Metodologia e implementação de projetos ☐ Investigação ☐
Gestão ☐

Parte II: Instrumento de Atitudes e Barreiras em Relação à Prática Baseada na evidência

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

2 1	Constato que as limitações de tempo impedem que a prática baseada na evidência, seja usada eficazmente no meu exercício clínico.	1	2	3	4	5
2 2	Acredito nos resultados da investigação que leio.	1	2	3	4	5
2 3	Sentir-me-ia mais confiante se alguém experiente em investigação me fornecesse investigação relevante.	1	2	3	4	5
2 4	Os meus colegas apoiam a aplicação da investigação relevante na prática.	1	2	3	4	5
2 5	Frequentemente, os resultados da investigação não são facilmente transferíveis para a minha prática clínica.	1	2	3	4	5
2 6	Implementar práticas baseadas na evidência trará benefícios para o meu desenvolvimento profissional.	1	2	3	4	5

Terminou o preenchimento deste questionário.

Obrigado pela colaboração.

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

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

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

ANEXO III

Questionário de Satisfação do Cidadão com os Cuidados de Enfermagem para Pais de
Crianças Hospitalizadas

Utilização do Modelo “The Knowledge to Action Framework” para Implementar uma Enfermagem Baseada na Evidência nos Cuidados Prestados à Criança e Família

Cânia Torres | RN | MSc | PhD student in Nursing Science
Investigador Colaborador @CINTESIS
caniabasto@gmail.com

Exmo.(a) Sr. ou Sr.ª,

Existe uma preocupação crescente por uma Prática Baseada na Evidência (PBE), havendo uma melhoria clara dos resultados. Através da revisão da literatura acerca da temática em estudo, foi notório que uma prática clínica dos enfermeiros sustentada pelo conhecimento e evidência científica, leva a cuidados de enfermagem de qualidade para as crianças e famílias. Assim, com este estudo, integrado no Programa Doutoral em Ciências de Enfermagem do Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, propomo-nos a dar resposta à seguinte questão de investigação: *“Qual o contributo da implementação do Modelo “The Knowledge to Action Framework” para a promoção da enfermagem baseada na evidência nos cuidados prestados à criança e família?”*.

Este questionário é constituído por duas partes, com um tempo médio de preenchimento de 10 minutos: caracterização sociodemográfica, e “Satisfação com os cuidados de enfermagem e Perceção do suporte familiar”. Estes instrumentos, foram previamente validados para a população portuguesa, pelo que segue a respetiva formatação, de acordo com as orientações seguidas aquando desse processo.

Assim, para o desenvolvimento deste estudo, contamos com a sua participação, sendo garantido o anonimato, podendo desistir a qualquer momento, sem qualquer penalização. Salientamos que os resultados serão disponibilizados após a apresentação do estudo à comunidade científica. A vossa colaboração é fundamental para que possamos levar a cabo este trabalho, pelo que agradecemos a vossa participação. De forma a manter o anonimato dos dados, pedimos que retire a folha de consentimento informado sendo entregue, posteriormente, com a entrega dos questionários.



PARTE I: CARATERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA

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

1. Idade: _____ Anos

2. Sexo: Masculino ☐ Feminino ☐

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

4. Habilitações Académicas: Até 4ª Classe ☐ 5 Ano ao 9º Ano ☐ 12º Ano ☐ Bacharelato ☐ Licenciatura ☐

Mestrado ☐ Doutoramento ☐

5. Profissão: _____

6. Número de Filhos: _____

7. Relativamente ao seu(sua) filho(a) internado(a) neste serviço:

7.1. Idade em anos e meses: _____

7.2. Tempo de internamento: 1 dia ☐ 2 a 3 dias ☐ mais de 3 dias ☐ 5 dias ou mais ☐

7.3. O seu filho tem antecedentes patológicos conhecidos: Sim ☐ Não ☐

7.4. No último ano quantas vezes recorreu a esta Unidade de Saúde: 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ou mais ☐

7.5. No último ano quantas vezes esteve internado neste serviço: 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ou mais ☐

Questionário de Satisfação do Cidadão com Cuidados de Enfermagem para pais de crianças hospitalizadas.
ESCCE

Adaptação e Validação da Escala de Satisfação com Cuidados de Enfermagem (ESCCE).
Rodrigues, M. J., & Dias, M. L., 2003

Um questionário para clientes e suas famílias sobre a satisfação com os cuidados de enfermagem

INTRODUÇÃO: Por favor marque um X à frente da afirmação que melhor descreve a sua opinião ou a sua experiência, acerca das suas **experiências e opiniões com os cuidados de enfermagem** neste serviço de saúde.

LEGENDA: DC=discordo completamente, DM=discordo muito, DUP=discordo um pouco, NDNC=nem discordo nem concordo, CUP=concordo um pouco, CM=concordo muito e CC=concordo completamente

Item		DC	DM	DUP	NDNC	CUP	CM	CC
1	Os enfermeiros explicavam as coisas de forma que eu compreendia.							
2	Havia uma atmosfera agradável no serviço, graças aos Enfermeiros.							
3	Os Enfermeiros sabiam fazer o melhor para a criança.							
4	Se tivesse o mesmo ou outro problema que necessitasse de cuidados de enfermagem, voltaria de bom agrado a este serviço.							
5	Sentia-me seguro quando os Enfermeiro estavam a cuidar de mim.							
6	Os Enfermeiros compreendiam-me quando partilhava com eles os meus problemas.							
7	Os Enfermeiros tranquilizavam os meus familiares ou amigos.							
8	Médicos e Enfermeiros trabalhavam bem como uma equipa.							
9	Os Enfermeiros pareciam saber realmente o que diziam.							
10	Os Enfermeiros explicavam o que iam fazer antes de fazê-lo.							
11	Os Enfermeiros faziam coisas que me faziam sentir mais confortável.							
12	Eu via os Enfermeiros como amigos.							
13	Os Enfermeiros verificavam regularmente se eu estava bem.							
14	Os Enfermeiros certificavam-se de que as crianças tinham privacidade sempre que dela necessitava.							

Loureiro, F.; Araújo, B.; Charepe, Z., 2020 Escala de Satisfação do Cidadão com Cuidados de Enfermagem para pais de crianças hospitalizadas ESCCE – Adaptação e Validação da Escala de Satisfação com Cuidados de Enfermagem do ESCCE

Item		DC	DM	DUP	NDNC	CUP	CM	CC
15	Sentia-me à vontade com os Enfermeiros.							
16	Os Enfermeiros explicavam-me o que se passava com a criança.							
17	Estivessem ou não muito ocupados, os Enfermeiros arranjavam tempo para mim.							
18	Os Enfermeiros informavam os outros colegas sobre a situação dos cuidados.							
19	Os Enfermeiros pareciam não compreender o que eu estava a passar.							
20	Os Enfermeiros demoravam a atender-me quando eu pedia.							
21	Os Enfermeiros obrigavam-me a fazer coisas antes de eu estar preparado.							
22	Os Enfermeiros não me disseram o suficiente sobre o tratamento.							
23	Os Enfermeiros favoreciam mais umas crianças do que outras.							
24	Os Enfermeiros pareciam não ter conhecimento sobre o que cada colega fazia.							
25	Os Enfermeiros diziam-me coisas que não coincidiam com o que o médico me dizia.							
26	Os Enfermeiros costumavam ir embora e esqueciam-se o que eu tinha pedido.							
27	Os Enfermeiros pareciam ter pouca vontade de me ajudar quando precisava.							
28	Os Enfermeiros falavam comigo com superioridade.							

LEGENDA: IN=insatisfeito, PS=pouco satisfeito, BS=bastante satisfeito, MS=muito satisfeito e CS=completamente satisfeito

Item		IN	PS	BS	MS	CS
1	A boa vontade com que os Enfermeiros responderam aos seus pedidos.					
2	O quanto os Enfermeiros estiveram atentos às suas necessidades.					
3	Como os Enfermeiros o trataram como pessoa.					
4	A ajuda que recebeu dos Enfermeiros.					
5	A privacidade que os Enfermeiros lhe deram.					
6	O tipo de informações que os Enfermeiros lhe deram sobre o estado e tratamento / situação da criança.					
7	Como os Enfermeiros ouviram as suas preocupações.					
8	A frequência com que os Enfermeiros perguntavam se a criança estava bem.					
9	A maneira como os enfermeiros lhe explicaram as coisas.					
10	O quanto os Enfermeiros sabiam sobre os cuidados que deviam prestar.					
11	A forma como os Enfermeiros fizeram o seu trabalho.					
12	A maneira como os Enfermeiros o fizeram sentir como se estivesse em sua casa.					
13	A liberdade que lhe deram dentro do Serviço.					
14	A quantidade de informação que os Enfermeiros lhe deram sobre o estado e tratamento/situação do seu filho.					
15	Capacidade com que os Enfermeiros desempenharam as suas atividades.					
16	A rapidez com que os Enfermeiros vieram quando os chamou.					
17	Estava sempre um enfermeiro por perto quando dele precisou.					
18	A maneira como os Enfermeiros tranquilizaram os seus familiares ou amigos.					
19	O tempo que os Enfermeiros gastaram consigo.					

Obrigado pela sua colaboração,

A investigadora principal

Cânia Torres

Loureiro, F.; Araújo, B.; Charepe, Z., 2020 Escala de Satisfação do Cidadão com Cuidados de Enfermagem para pais de crianças hospitalizadas ESCCE – Adaptação e Validação da Escala de Satisfação com Cuidados de Enfermagem do ESCCE

ANEXO IV

Questionário de Percepção do Suporte Familiar

Questionário de Percepção do Suporte Familiar (QPSF)

Versão em Português Europeu da Tradução, adaptação cultural e validação psicométrica do Ice Family Perceived Support Questionnaire (ICE- FPSQ). © Erla Kolbrun Svavarsdottir & Eydis Kristin Sveinbjarnardottir, 2011

Um questionário para clientes e suas famílias sobre a percepção face ao apoio dos enfermeiros.

INTRODUÇÃO: Por favor marque um X à frente da afirmação que melhor descreve a sua opinião ou a sua experiência, acerca da sua relação com os enfermeiros nas unidades de cuidados de saúde.

Quando nos referirmos à sua família, referimo-nos aos seus familiares próximos (família nuclear) bem como à sua família alargada.

DEFINIÇÃO DE UMA FAMÍLIA: Família é um grupo de indivíduos ligados por fortes laços emocionais, com um sentido de pertença entre eles e com um intenso envolvimento na vida uns dos outros (Wright and Bell, 2009).

Tenha em consideração, que não existem afirmações/respostas certas ou erradas.

Emocional

Na Unidade de cuidados de saúde as enfermeiras têm....

1. ...proporcionado reuniões de família.
 - ☐ Quase sempre
 - ☐ Geralmente
 - ☐ Às vezes
 - ☐ Raramente
 - ☐ Quase nunca
2. ...ajudado os membros da família, a reconhecerem que a nossa resposta emocional é normal e a aceitarem a expressão das emoções dos membros da família.
 - ☐ Quase sempre
 - ☐ Geralmente
 - ☐ Às vezes
 - ☐ Raramente
 - ☐ Quase nunca

3. ...encorajado os membros da família, a partilharem as suas histórias de doença - não só histórias de doenças e de sofrimento, mas também histórias de forças e de capacidades.
- ☐ Quase sempre
 - ☐ Geralmente
 - ☐ Às vezes
 - ☐ Raramente
 - ☐ Quase nunca
4. ...valorizado os pontos fortes da família.
- ☐ Quase sempre
 - ☐ Geralmente
 - ☐ Às vezes
 - ☐ Raramente
 - ☐ Quase nunca
5. ...ajudado os membros da família, a compreenderem como a nossa resposta emocional, está relacionada com a doença do familiar.
- ☐ Quase sempre
 - ☐ Geralmente
 - ☐ Às vezes
 - ☐ Raramente
 - ☐ Quase nunca
6. ... encorajado a minha família a fazer uma pausa na prestação de cuidados.
- ☐ Quase sempre
 - ☐ Geralmente
 - ☐ Às vezes
 - ☐ Raramente
 - ☐ Quase nunca
7. ... prestado atenção, à influência que os membros da família podem ter uns nos outros, no bem-estar de um membro e na própria doença.
- ☐ Quase sempre
 - ☐ Geralmente
 - ☐ Às vezes
 - ☐ Raramente
 - ☐ Quase nunca

8. ...procurado os pontos fortes e as possibilidades da família, para elogiar os familiares quando os pontos fortes são revelados.

☐ Quase sempre
☐ Geralmente
☐ Às vezes
☐ Raramente
☐ Quase nunca

Cognitivo

Na Unidade de cuidados de saúde as enfermeiras têm....

9. ...proporcionado informação e a sua opinião profissional.

☐ Quase sempre
☐ Geralmente
☐ Às vezes
☐ Raramente
☐ Quase nunca

10. ...proporcionado documentação acessível e de fácil leitura, sobre o problema de saúde.

☐ Quase sempre
☐ Geralmente
☐ Às vezes
☐ Raramente
☐ Quase nunca

11. ... informado a família sobre os recursos disponíveis na comunidade, que têm sido úteis para famílias em situações semelhantes.

☐ Quase sempre
☐ Geralmente
☐ Às vezes
☐ Raramente
☐ Quase nunca

12. ... disponibilizado ideias e informações, que nos permitiram aprender e refletir, sobre essas ideias e informações.

- ☐ Quase sempre
- ☐ Geralmente
- ☐ Às vezes
- ☐ Raramente
- ☐ Quase nunca

13. ...realçado o uso de rituais/práticas familiares, para promover a saúde dos membros da família.

- ☐ Quase sempre
- ☐ Geralmente
- ☐ Às vezes
- ☐ Raramente
- ☐ Quase nunca

Anexo V

Autorização da Comissão de Ética para Realização do Estudo

Unidade de Investigação
 Tomei conhecimento. Nada a opor. À DC.
 13 de Abril de 2021
 A Coordenadora da Unidade de Investigação

n.º 93, 21

DIREÇÃO CLÍNICA
 2021, 4, 14

PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO
 Realização de Investigação

Exmo. Senhor Presidente do Conselho de Administração

2021, 4, 14

Nome do Investigador Principal:
 Cânia Patrícia Martins Basto Torres

CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO - PRESIDÊNCIA

Título da Investigação:

Utilização do modelo "The Knowledge to Action Framework", para implementação de uma enfermagem baseada na evidência nos cuidados prestados à criança e família.

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

Pediatria Médica

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

Para o efeito, anexo toda a documentação referida no dossier da Comissão de Ética do Centro de Estudos e de Formação da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto respeitante à investigação, à qual enderecei pedido de apreciação e parecer.

Com os melhores cumprimentos.

O Investigador/Promotor

Porto, 26 de fevereiro de 2021.

Cânia Torres

Encarregado
 da Proteção de Dados
 Data Protection Officer

CES-0005-0

LISTA DE DOCUMENTOS ANEXOS☒ Pedido de autorização ao Presidente do Conselho de Administração do☐ Pedido de autorização à Diretora da Faculdade de☒ Protocolo do estudo☒ Declaração do Diretor de Serviço onde decorre o estudo

(sendo um estudo na área de enfermagem deve anexar também a concordância do chefe de enfermagem)

☒ Profissional de ligação☒ Informação dos orientadores☒ Informação ao participante☒ Modelo de consentimento☒ Instrumentos a utilizar (inquéritos, questionários, escalas, p.ex.): _____☒ Curriculum Vitae abreviado (máx. 3 páginas)☐ Protocolo financeiro☐ Outros:**COMPROMISSO DE HONRA E DECLARAÇÃO DE INTERESSES**

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

Porto, 22 de Fevereiro de 2021

Nome legível: Cânia Patrícia Martins Basto Torres

Cânia Torres
signature

Parecer da Comissão de Ética do Centro

Emitido na reunião plenária da CE de 19/03/2021

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

Anexo VI

Autorização dos Autores das Escalas



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

para mim, ymendes@hotmail.com, Maria ▾

seg., 11 de mar. de 2019 11:26



Cara Cânia Torres,

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

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

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

Estamos ao inteiro dispor para o que entender necessário.

Votos de bom trabalho e cordiais saudações académicas.

Pelos autores,

Rui Pereira



Fernanda Loureiro <floureiro@egasmoniz.edu.pt>

para Maria, Francisco, zaidacharepe@ics.lisboa.ucp.pt, mim ▾

seg., 8 de mar. de 2021 15:50



Boa tarde cara colega,

agradeço o email e o interesse na investigação.

Dou-lhe os parabéns pela escolha do tema e área.

Tem autorização para a utilização da Escala de Satisfação do Cidadão com Cuidados de Enfermagem para pais de crianças hospitalizadas, desde que devidamente referenciada.

Solicito-lhe ainda que me informe posteriormente dos resultados da sua investigação e desejo-lhe muito sucesso no seu percurso.

Com os melhores cumprimentos

Fernanda Loureiro, PhD, MNurs, MEdSc, RN



Carmo Gouveia <carmo.gouveia@gmail.com>

para Francisco, Adriana, mim, Maria ▼

sex., 26 de fev. de 2021 11:12



Cara Cânia:

Dou a minha autorização para que possa utilizar o Questionário de Percepção do Suporte familiar - QPSF (Gouveia, M.C.L.V., Sveinbjarnardottir, E.K., Rodrigues, M.J., Duarte, J.C. & Henriques, M.A.P., 2019), versão em Português Europeu do Iceland-Family Perceived Support Questionnaire, na Fase 3 de 3 do estudo " Utilização do Modelo *The Knowledge to Action Framework* para Implementar uma Enfermagem Baseada na Evidência nos Cuidados prestados à criança e família", no âmbito do Doutoramento em Enfermagem do Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, com a condição de que seja feita referência aos autores e ao artigo original da versão em Português Europeu, em todas as publicações e comunicações científicas que envolvam a utilização deste instrumento.

Como condição adicional, solicito que me sejam dados a conhecer todos os resultados obtidos da aplicação do instrumento.

Com votos de muito sucesso para o seu trabalho

Maria do Carmo Lemos Vieira Gouveia

ANEXO VII

Implementation of Evidence-Based Practice in Paediatric Nursing Care:
Facilitators and Barriers. Submetido à Sage Open Nursing, ID:SON-22-0378.



Implementation of Evidence-Based Practice in Pediatric Nursing Care: Facilitators and Barriers

Journal:	<i>SAGE Open Nursing</i>
Manuscript ID:	SON-22-0378.R1
Manuscript Type:	Original Research Article
Keywords:	Best Practices < Business Concepts, Advance practice nurses < Other-zero level, Pediatrics < Practice, Qualitative Methodology < Research
Abstract:	Abstract Objective: To analyze the barriers and facilitators identified by nurses concerning evidence-based practice (EBP) implementation in the care provided to children and their families. Method: The study followed a qualitative approach, and it was carried out with nurses in a pediatric unit of a university hospital. The focus group technique was used with a semi-structured interview script for the data collection. The data were analyzed using the BARDIN method of content analysis. Results: Two focus groups were conducted with 32 nurses. After content analysis, three categories emerged: Facilitators to the Implementation of the EBP, Barriers to the Implementation of EBP, and Family and Child-Centered Care (FCC) in Clinical Practice. The main facilitators are the presence of mentors, institutional recognition, a practice-promoting environment based on evidence, and the interest and motivation of the team. The major barriers highlighted were unassertive intradisciplinary and interdisciplinary communication, time management, tradition, and inexperience in research. Conclusion: Organizations must implement policies that promote EBP enabling environments. Nurses recognize the importance of mentors as a key to the implementation of this practice. Keywords: Evidence-Based Clinical Practice, Nursing, Pediatric Nursing, Child; Family, Evidence-Based Nursing.

SCHOLARONE™
Manuscripts

<https://mc.manuscriptcentral.com/son>

ANEXO VIII

Consentimento Informado e Guião do Grupo de Discussão Focal - Etapa 1

Consentimento Informado, livre e esclarecido de participação em investigação ^{1,2}

Por favor, leia com atenção a informação que de seguida apresentamos. Poderá pedir esclarecimento, relativamente a alguma incorreção ou dúvida que se apresente. Se concordar com a proposta apresentada, assine por favor, este documento.

O estudo que se apresenta intitula-se “*Utilização do Knowledge-to-action Framework para implementar a Enfermagem baseada na Evidência nos Cuidados Prestados à Criança e Família*”. Neste projeto estão envolvidos a estudante Cânia Torres, a frequentar o Programa Doutoral em Ciências de Enfermagem do Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, sob orientação da Prof. Doutora Maria do Céu Barbieri e do Mestre Francisco Mendes.

Com este estudo pretende-se explorar barreiras e facilitadores que os enfermeiros consideram existir na implementação de uma Enfermagem Baseada na Evidência.

A sua participação neste estudo é voluntária e não trará qualquer encargo financeiro. Toda a informação recolhida será tratada de forma anónima e confidencial. A sua colaboração é fundamental para a realização deste estudo, pelo que, agradecemos a sua colaboração.

Ao dispor para qualquer esclarecimento adicional,

A investigadora principal: Cânia Torres

Data: _____

Assinatura: _____

¹https://www.arsnorte.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/3/2018/01/Declaracao_Helsinquia_2008.pdf

²<https://www.ministeriopublico.pt/instrumento/convencao-para-proteccao-dos-direitos-do-homem-e-da-dignidade-do-ser-humano-face-22>

O plano orientador de sessões de grupo focal

Data: 3 e 5 de fevereiro de 2021

Itens	Roteiro
Introdução	Agradecer a disponibilidade de participação; Propor a apresentação dos participantes.
Legitimação do Elementos do Grupo Focal	Solicitar autorização para gravação; Solicitar autorização para citar excertos no trabalho; Solicitar a natureza do grupo focal e a importância para o estudo.
Desenvolvimento	Apresentar a finalidade e objetivo do estudo; Contextualizar as fases do estudo (de forma breve); Expor os objetivos: • Identificar as expectativas dos enfermeiros relativamente à implementação do Modelo “Knowledge to Action Framework (KTA)”; • Explorar barreiras e facilitadores que os enfermeiros consideram existir na implementação de uma Enfermagem Baseada na Evidência; • Refletir acerca dos desafios de uma Enfermagem baseada na Evidência nos cuidados centrados na família.
Conclusão	Agradecer a disponibilidade de colaboração; Dar garantia do cumprimento dos princípios éticos, relativamente à confidencialidade da informação; Informar que os resultados serão acessíveis após o término do trabalho.

Data:	Hora de Inicio: Hora de Fim:	Moderador
Perguntas		
1. O que entendem por Prática Baseada na Evidência? O que envolve esta temática?		
2. Quais os principais desafios que vos ocorrem quando falamos em EBE e cuidados centrados na família?		
3. Quais as barreiras que consideram existirem à Enfermagem Baseada na Evidência? E especificamente no vosso contexto clínico?		
4. Quais os facilitadores que consideram importantes para Enfermagem Baseada na Evidência? E especificamente no vosso contexto clínico?		
5. Qual vos parece ser o papel da organização onde estão inseridos para o sucesso da implementação desta prática (PBE)?		

Caracterização sócio demográfica:

Já realizada na aplicação do instrumento anterior.

Anexo IX

Matriz de Categorização Análise do
Grupo Focal: Etapa 1

Categoria: Facilitadores à Implementação da PBE	
Subcategorias/Temas	Exemplos das verbalizações/Unidades de registo
Mentores de referência em PBE	E2: Para implementarmos, o que quer que seja num local de trabalho acho que a equipa toda deve estar envolvida, porque quando á 1 ou 2 pessoas envolvidas a restante equipa desconfia, não quer participar, mesmo nem sabendo do que na realidade se trata, por isso penso ser super importante quanto maior número de pessoas envolvidas, melhor e termos um elemento de referência em PBE também é importante. E11: Sem dúvida que o mentor nesta área poderá ajudar neste processo. Ajuda muito alguém nos oriente neste caminho. Fazer formação nesta área pare depois termos quem nos oriente E21: Para além da vontade, se superiormente não existir acompanhamento e apoio dificilmente se conseguirá avançar. E23: Uma pessoa que nos ajudasse com experiência em PBE era importante, porque existem diversos estudos e tem que haver a capacidade de analisar esses estudos e verificar se eles de facto fidedignos, não basta pegar num estudo e dizer “ok” este é certo. É preciso organizar a informação por temas e escolher aqueles que são mais pertinentes e a partir daí fundamentar a nossa prática e com isso todos beneficiam, nós e os que são alvo das nossas intervenções ao longo da nossa vida profissional
Reconhecimento e incentivo organizacional	E12: Seria importante o reconhecimento e apoio da instituição neste nosso trabalho e mesmo fora da instituição. E20: O reconhecimento através da progressão na carreira e a valorização profissional são importantes. Por outro lado, poderá ser oportunidade para nos afirmarmos e para mostrarmos mudança. Temos que ter esperança e vontade própria para tentarmos mudar. E21: O reconhecimento e apoio dos nossos superiores. Facilitarem este processo, é uma forma de motivar a equipa e se tornar facilitador. Se nos apresentam este projeto e avançamos com ele, mas depois aos pouco começam a cortar e a retirar o apoio, ou porque não substituem um elemento que está ausente durante muito tempo ou porque não nos dão as condições de trabalho adequadas para prestarmos os melhores cuidados à criança e família... E24: No fundo é termos algum reconhecimento por parte da instituição e por parte dos nossos pares. Para sabermos que aquilo que vamos fazendo muda alguma coisa, é um processo de mudança de algo que pretendemos que dê frutos, à partida viáveis e importantes.

Promover um ambiente de PBE	E3: Não devemos prestar cuidados de enfermagem pensando apenas na técnica, na PBE vamos além da questão técnica, refletimos criticamente cada intervenção, procuramos perceber em outras realidades já estudadas qual a melhor prática. Vamos perceber que publicações existem acerca do nosso problema. Depois decidimos o que mais se adequa de forma fundamentada à nossa prática. E12: Termos tempo de serviço dedicado não só à área clínica, neste caso, a este projeto. E15: É sem dúvida um grande facilitador o interesse da instituição para que se faça esse caminho. É preciso darem condições na prática para chegarmos a isso. Para além do nosso interesse, acho que a instituição também deveria ter interesse e, criar condições para a implementação dessa prática. E21: A organização deveria ser uma facilitadora deste processo promovendo condições e ambientes favoráveis, porque com a investigação ganham os enfermeiros, ganham as crianças e família e acima de tudo ganha a instituição porque são prestados cuidados de qualidade e a organização tem assim a sua missão completa. Todas as organizações e instituições tem uma missão e nós contribuimos para ela. E25: A organização deve estar a par deste projeto e saber em que moldes vai funcionar para criar condições para o seu sucesso. E11: O que nós estamos a fazer pode nem sempre ser o melhor...vamos selecionar as melhores práticas e com melhores evidências
Disponibilidade de tempo	E2: Eu acho que antes de mais deveria ser incorporado no nosso contrato nós nos dedicarmos à investigação porque nós fazemos muito trabalho em casa, mas devíamos consciencializar a importância da investigação no próprio local de serviço. E5: A instituição ter esse cuidado e reconhecer que é importante termos tempo para isto. Seria importante fazermos normas e protocolos, não só para nós, mas também para os colegas novos e para alunos para ser mais fácil a sua integração. Concordo que devemos atualizar constantemente a nossa prática através dos estudos novos e conteúdos novos que vão surgindo e que se enquadrem na nossa prática. Ter horas de serviço, não só para a prática, mas também para a investigação. E22: É muito importante que o hospital nos permita ter mais tempo para podermos investigar E25: Na minha forma de ver, a horas que nos foram disponibilizadas para fazer formação são muito importantes e levam-me a acreditar que o projeto se possa mesmo concretizar.

Apoio da chefia	E11: Eu considero...por cima...ter apoio por parte das chefias, ter tempo, motivação, a própria equipa, se tudo contribuir vai tudo seguir o mesmo caminho. estes pontos são motivadores. Se uma equipa estiver motivada, os outros vão por arrasto. Ter acesso a bases de dados também é muito importante. E21: é fundamental neste processo todo o nosso chefe reconhecer a importância da formação e da investigação para a nossa prática. E30: Na minha opinião, foi importante sabermos que o projeto foi apoiado pela chefia.
Motivação e atitude	E11: O aspeto mais facilitador é termos vontade. Se tivermos vontade conseguimos e fazemos. E termos vontade para estarmos disponíveis para prestar os melhores cuidados à criança e família. Parece-me este o maior facilitador. Se este não for o nosso objetivo, o prestarmos os melhores cuidados possíveis, então torna-se difícil. E17: Eu acho que toda a equipa esta envolvida e comprometida com esta prática, já é um aspeto positivo e muito importante para que esta prática seja uma realidade. E20: Na minha opinião uma atitude positiva de querer mudar pode facilitar muito este processo E22: Para mim, o estar motivada e acreditar que este projeto pode melhor os nossos cuidados, pode torná-los mais seguros e qualidade é fundamental. E30: Sou de acordo que se queremos muito, se sentimos que é preciso mudar e fazer alguma coisa então vamos conseguir implementar isto. Não vai ser fácil, mas acredito que é o caminho
Harmonização da prática	E2: Haver uniformização através de normas e protocolos que consigam orientar os nossos procedimentos, ainda que cada um tente adaptar à sua personalidade, deveria haver uma norma por onde todos os enfermeiros se consigam reger. Acho que isso é super importante. E7: protocolarmos e uniformizarmos aquilo que fazemos, documentar o que fazemos para uniformizar os cuidados e depois podermos expandir o que produzimos em termos de conhecimentos da nossa prática. E9: Não haver normas e protocolos que consigam orientar os nossos procedimentos, ainda que cada um tente adaptar à sua personalidade, deveria haver uma norma por onde todos os enfermeiros se consigam reger. Acho que isso é super importante. E11: há uma falta de estruturação de procedimentos, protocolos que é uma coisa que nós falamos e acabamos todos por concordar: nós não temos o suporte, sabemos as coisas, mas não temos aquele suporte, até mesmo para integrar elementos novos, alunos e não temos isso E12: A existência de protocolos também ajudaria para que todos os pudéssemos seguir e chegarmos a um consenso para que o nosso serviço pudesse ser reconhecido cientificamente. Se um trabalha para norte e outro para sul, como acontece

	agora, não vamos conseguir ser uma equipa verdadeira. Um dos grandes problemas da enfermagem é que não nos apoiamos a ajudamos. Se na nossa equipa que é tão pequena não conseguirmos fazer isso, então não vamos conseguir chegar ao objetivo final. E14: Eu também acho que é isso, criar normas e protocolos. Acho que é fundamental isto. E18: “Eu acho que pode existir PBE e podem ser seguidos determinados parâmetros e depois ser adequada à família e é aqui que cabe o grande desafio da pediatria. Cada família é única e há pais que conseguem aprender de uma determinada forma e há outros pais que conseguem aprender de outra e se existirem protocolos no serviço conseguimos uniformizar os cuidados. Falta os protocolos e a sua adequação a cada doente, a cada família. Não quer dizer que no meu entender não se esteja a cumprir a PBE”. E19: Acho que nos devemos aproximar dos pais, mas uniformizar procedimentos, através de protocolos ou guias de boas práticas. Acho que passa muito por aí e é uma coisa que o nosso serviço precisa muito, acho que o que faz mais sentido até é pensarmos no cliente. E20: “Os protocolos são uma linha de orientação científica baseadas na prática com coerência e depois em cada protocolo, cada um de nós, ou a equipa (com a comunicação a interação entre pares) disponibilizará a adequação. No fundo, é tentar adequar cada situação, dentro de certos limites, porque se não deixamos cair o termo protocolo, a protocolo que temos a cada família ou situação com que nos vamos deparando”. E21: A equipa tem de aderir à prática baseada na evidencia, haver uma uniformização de procedimentos, uma uniformização de discurso, de postura, de atitude perante a equipa multidisciplinar e perante os cuidadores das nossas crianças. E25: Ou a equipa adere ou então se de alguma forma em algum procedimento por mais simples que seja há um enfermeiro que tem um tipo de discurso e outro que tem outro isto vai criar duvida, vai criar angústia e a partir daí a adesão começa a ser cada vez mais difícil. Acho que o grande desafio começa na equipa, a adesão da equipa, haver uma unanimidade de procedimentos, todos temos direito a opiniões e a interpretar a evidencia que consigamos encontrar para cada procedimento, mas tem de haver uma uniformização de cuidados porque não havendo é fácil as pessoas agarraram-se e inseguras como estão pela condição dos filhos a essa falta de coerência para não aderirem a qualquer cuidado que nos tentemos implementar. E27: Eu acho que pode existir PBE e podem ser seguidos determinados parâmetros e depois ser adequada à família e é aqui que cabe o grande desafio da pediatria. Cada família é única e há pais que conseguem aprender de uma determinada forma e há outros pais que conseguem aprender de outra e se existirem protocolos no serviço conseguimos uniformizar os cuidados.
--	--

	E30: Falta os protocolos e a sua adequação a cada doente, a cada família. Não quer dizer que no meu entender não se esteja a cumprir a PBE.
--	--

Categoria: Facilitadores à Implementação da PBE	
Subcategorias/Temas	Exemplos das verbalizações
Estrutura do serviço e equipamentos	E1: “A minha perceção é que o serviço não está adequado, existe muito barulho e nenhum espaço para reunirmos com tranquilidade”. E5: “Não temos um local próprio e destinado à comunicação com a família” E6: “As condições físicas do serviço, para mim, não são de todo as ideais para que se consiga ter uma comunicação eficaz, nem com os pais, nem entre nós” E10: “Antes de pensarmos implementar este projeto acho importante trabalhar as questões da comunicação e melhorar o espaço físico. As enfermarias são muito grandes e barulhentas e somos constantemente interrompidos, na passagem de turno igual” E12: Não adianta querermos prestar cuidados baseados na evidência, se depois a organização não nos dá estrutura física e equipamentos para a mesma, como é o caso do que se passa com os transportes de crianças e da sua segurança durante o mesmo. E13: As condições que temos neste momento, tão afastados do edifício principal também é uma barreira. Temos que acreditar que quando mudarmos as coisas serão mais fáceis e, que podemos aplicar os procedimentos e normas que estão à volta da PBE de uma forma séria. Agora da maneira que estamos tudo é difícil...até a forma de nos relacionarmos com os pais se torna mais complicado, acaba por ser mais distante e mais fria porque as condições que temos são o que são... E16: “Não temos uma sala para reunir, passamos o turno e no mesmo local prepara-se medicação e faz-se os registos” E21: Para implementar a PBE, e não termos logo um problema, temos que começar por trabalhar a comunicação que muitas vezes não é a melhor e as condições físicas do serviço também não ajudam. E19: Ao mudarmos para o edifício central, algumas questões serão ultrapassadas...acho que isto será positivo e vai motivar-nos...o querermos ser bem vistos. Uma pediatria que tanta visibilidade dá à instituição, perdeu ao longo dos anos algumas coisas que lhe eram características, alguns tipos de cuidados, perdeu até elementos que nós tínhamos como referências. Acho que é um bocado, ir buscar o comboio que está um pouco descarrilado. Acho que ir para o edifício novo será um facilitador deste processo.

	E21: A direção do serviço poderia ter uma preocupação para criar condições para pesquisa e acesso a revistas, plataformas ou bases de dados, nem que fosse nos 5 min que faltam para passar o turno. Se tivermos acesso fácil no serviço a estas plataformas, torna-se muito mais fácil obtermos a informação e termos os dados que nos permitam trabalhar as questões da PBE. Se tivermos que deixar este trabalho para fazer em casa já sabemos que será muito mais difícil e vamos protelar a resolução destas problemáticas. E1: A disponibilidade dos recursos de informação também. Os computadores no nosso local de trabalho são escassos para tanta gente. E3: ter acesso a bases de dados é muito importante E11: Ter acesso a bases de dados também é muito importante. E15: Um sítio sossegado para trabalharmos estas questões no serviço. E18: Um sítio sossegado que não a sala de enfermagem.
Comunicação pouco assertiva	E2: “Noto que talvez nos devêssemos empenhar mais em comunicar bem, às vezes falamos muito e perdemos a informação e assim são falamos todos a mesma linguagem” E3: Para mim, acho que seria importante cada um de nós pensar e refletir na maneira como comunica porque na PBE não podemos estar a dizer aos pais a mesma coisa, mas de forma tão diferente que os confunda” E4: Primeiro podíamos começar todos por falar a uma só voz no serviço, dizermos todos a mesma coisa, por exemplo, na SNG, dependendo do enfermeiro que for fazer o ensino à mãe, já aconteceu que se forem 3 colegas diferentes seja dada informação diferente. E5: Se nós tivermos todos o mesmo fundamento, iremos todos ensinar da mesma forma e depois já não haverá esta questão do: A enfermeira ensinou-me assim, e depois veio outra e ensinou-me de outra maneira. Quando o enfermeiro faz os primeiros ensinamentos é como quase uma verdade absoluta para os pais, mas depois quando começa a haver mais enfermeiros envolvidos e com práticas diferentes, os pais ficam confusos e apreensivos e começam eles próprios a escolher no meio de toda a informação que receberam aquela que acham melhor. Se de facto tivermos as coisas protocoladas vai-nos ajudar a sermos uniformes nos cuidados que estamos a prestar porque toda a gente vai fazer da mesma maneira e ensinar da mesma forma. E6: “sermos concisos na informação, às vezes alguns de nós gostamos de falar um bocadinho mais, mas se é para ensinar a entubar, então é acerca disto que se deve falar com os pais. Por vezes metemos muitas coisas ao barulho, mas não, devemos passar a ser mais concisos e diretos na informação que vamos dar aos pais e dar exemplos mais práticos nos ensinamentos que fazemos. Mas isto é uma situação que sentimos necessidade de fazer há muitos anos, mas ainda assim, no serviço de pediatria nunca conseguimos encontrar uma só voz para dizer: É assim que se faz! E

	andamos sempre a dizer isto. Está na hora! E se este projeto vier para nos trazer esta ferramenta de nos juntarmos e uniformizarmos a informação, então acredito na mudança” E7: Para além de pesquisar, é muito importante a comunicação entre a equipa. Todos nós podemos ir estudar, podemos ter acesso ao que existe de mais recente sobre as mais diferentes temáticas, mas se a equipa não se juntar, se não comunicar e encontrar um caminho em conjunto vai continuar a seguir diferentes formas de atuação. Temos que falar todos a mesma língua. E9: Acho que a comunicação era fundamental ser trabalhada. Agora agravou-se (com a questão da pandemia) esta questão com a diminuição da proximidade da equipa de enfermagem fora do contexto prático, mas acho que se nota muito, muito na equipa. Eu estive ausente 1 ano e agora que voltei noto muito isso. Se já existia pouca comunicação entre a equipa agora ainda menos. E nós não "falamos todos a mesma língua", uns mais que outros, obviamente. Não nos respeitamos, se eu tomei uma atitude perante uma criança ou família e se o colega que vai a seguir não concorda, deveria perceber primeiro a razão porque foi assim feito antes de fazer um juízo de valor e mudar completamente, por exemplo, o tratamento de um penso ou outra. E10: Antes de começar isto tudo, temos que fazer formação em relações interpessoais e comunicação de equipa e só depois podemos avançar no trabalho. A barreira da comunicação pode ser fatal para uma PBE. E11: Uma barreira muito importante é a comunicação, falhamos muito, uns dizem uma coisa e depois outros dizem diferente e os pais ficam confusos(...) temos que ter mais preocupação com isto” E12: “se todos falássemos a uma só voz e da mesma maneira, se calhar era facilitador...assim como está é uma barreira. Todos nós já passamos pela situação de ir fazer ensinios a pais de crianças crónicas que vão brevemente para casa sermos confrontados com estas questões. Se calhar, uma das coisas que vai dificultar a implementação esta prática é que cada um de nós faz à sua maneira. Isso será um dos maiores desafios que teremos pela frente e em qualquer projeto” E14: “Acho que também é importante o diálogo entre a equipa médica e a equipa de enfermagem. Quando a equipa médica não comunica connosco devidamente depois claro que as informações se perdem um bocado, eu acho” E16: E também comunicação entre a equipa Intra disciplinar, entre nós. A comunicação, é a comunicação...acho que é um problema da pediatria. É transversal a todos os grupos, a todas as equipas, a todas as pessoas. Considero a comunicação, ser o primeiro ponto a precisar de ser trabalhado porque pode ser uma barreira muito grande para esta implementação. Temos que saber ouvir os outros, às vezes não sabemos, não conseguimos por alguma razão. Se calhar temos que procurar em nós o porquê de não conseguirmos ouvir os outros. Temos que nos fazer ouvir também. E20: “Acho que para uniformizar isto temos que começar pela comunicação. A comunicação na nossa área é muito importante. Se nós não tivermos entre pares, entre o nosso cliente, uma comunicação que seja clara às vezes vai ser
--	---

	difícil as pessoas asserirem às nossas ideias e opiniões. Podem até por vezes criar alguns conflitos que são muitas vezes desnecessários. A comunicação é de facto muito importante num processo tão importante quanto este” E21: Para mim que venho de fora da pediatria, apesar de já lá estar à 5 anos, venho com experiência de outras realidades, o primeiro fator a trabalhar no serviço é a comunicação. Se a comunicação não for trabalhada dificilmente se consegue ir para a frente em condições. E23: A comunicação inter e intra disciplinar teremos que trabalhar. E27: “se todos falássemos a uma só voz e da mesma maneira, se calhar era facilitador...assim como está é uma barreira. Todos nós já passamos pela situação de ir fazer ensinios a pais de crianças crónicas que vão brevemente para casa sermos confrontados com estas questões. Se calhar, uma das coisas que vai dificultar a implementação esta prática é que cada um de nós faz à sua maneira. Isso será um dos maiores desafios que teremos pela frente e em qualquer projeto” E28: Agora, o caminho que passa por nós aprendermos a comunicar como equipa
Protocolos e Procedimentos	E2: Não haver normas e protocolos que consigam orientar os nossos procedimentos, ainda que cada um tente adaptar à sua personalidade, deveria haver uma norma por onde todos os enfermeiros se consigam reger. Acho que isso é super importante. E4: Há uma falta de estruturação de procedimentos, protocolos que é uma coisa que nós falamos e acabamos todos por concordar: nós não temos o suporte, sabemos as coisas, mas não temos aquele suporte, até mesmo para integrar elementos novos, alunos e não temos isso E9: A existência de protocolos também ajudaria para que todos os pudéssemos seguir e chegarmos a um consenso para que o nosso serviço pudesse ser reconhecido cientificamente. Se um trabalha para norte e outro para sul, como acontece agora, não vamos conseguir ser uma equipa verdadeira. Um dos grandes problemas da enfermagem é que não nos apoiamos a ajudamos. Se na nossa equipa que é tão pequena não conseguirmos fazer isso, então não vamos conseguir chegar ao objetivo final. E11: Eu também acho que é isso, criar normas e protocolos. Acho que é fundamental isto. E14: “Eu acho que pode existir PBE e podem ser seguidos determinados parâmetros e depois ser adequada à família e é aqui que cabe o grande desafio da pediatria. Cada família é única e há pais que conseguem aprender de uma determinada forma e há outros pais que conseguem aprender de outra e se existirem protocolos no serviço conseguimos uniformizar os cuidados. Falta os protocolos e a sua adequação a cada doente, a cada família. Não quer dizer que no meu entender não se esteja a cumprir a PBE”.

	E19: Acho que nos devemos aproximar dos pais, mas uniformizar procedimentos, através de protocolos ou guias de boas práticas. Acho que passa muito por ai e é uma coisa que o nosso serviço precisa muito, acho que o que faz mais sentido até é pensarmos no cliente. E20: “Os protocolos são uma linha de orientação científica baseadas na prática com coerência e depois em cada protocolo, cada um de nós, ou a equipa (com a comunicação a interação entre pares) disponibilizará a adequação. No fundo, é tentar adequar cada situação, dentro de certos limites, porque se não deixamos cair o termo protocolo, a protocolo que temos a cada família ou situação com que nos vamos deparando”. E21: A equipa tem que aderir à prática baseada na evidencia, haver uma uniformização de procedimentos, uma uniformização de discurso, de postura, de atitude perante a equipa multidisciplinar e perante os cuidadores das nossas crianças. E25: Ou a equipa adere ou então se de alguma forma em algum procedimento por mais simples que seja há um enfermeiro que tem um tipo de discurso e outro que tem outro isto vai criar duvida, vai criar angústia e a partir daí a adesão começa a ser cada vez mais difícil. Acho que o grande desafio começa na equipa, a adesão da equipa, haver uma unanimidade de procedimentos, todos temos direito a opiniões e a interpretar a evidencia que consigamos encontrar para cada procedimento, mas tem que haver uma uniformização de cuidados porque não havendo é fácil as pessoas agarraram-se e inseguras como estão pela condição dos filhos a essa falta de coerência para não aderirem a qualquer cuidado que nos tentemos implementar.
Sobrecarga de trabalho	E3: A falta de tempo pode ser uma barreira, o número de doentes, ou excessivo nº de doentes pode implicar a capacidade de chegarmos onde pretendemos e de fazer os tão bem quanto queríamos e de acordo com a evidência científica. Não quer dizer que façamos mal, quer dizer que se calhar fazemos mais rápido e saltamos alguns passos, eventualmente. Barreiras físicas, neste momento o estar fora do edifício principal, impede-nos de falarmos com outros colegas, ter acesso a outras informações que se calhar posam ser úteis para o nosso dia a dia e para o nosso trabalho e para contribuir para melhores cuidados. E7: Mas esta questão da PBE tem que partir de uma forma mais estruturada e não podemos estar à espera de um momento mais livre do dia a dia para tratar estas questões da PBE e para debater este assunto tão importante para o serviço e para cada um de nós. Tínhamos que ter estes momentos fora da dinâmica do dia a dia para nos focarmos só nisto, mas não a sobrecarga de trabalho dificulta. E9: Por exemplo, o número de enfermeiros por turno são insuficientes, por exemplo nas tarde. Recordo-me da última tarde que realizei, que nem consegui uma coisa tão simples como lanchar e jantar. Isto faz parte das nossas

	necessidades e, para dar resposta ao volume de trabalho, abdicamos das refeições para tentar sair a horas do turno e deixar os cuidados realizados. Os turnos, são muitas vezes uma correria e damos resposta ao que é mais urgente, ou então saímos depois do nosso horário. A falta de recursos humanos é uma barreira e uma problemática, E12: Acho que outra barreira que existe na estrutura é aquela azafama do dia a dia que não nos dá margem de manobra para refletir sobre nada...é fazer e pronto. E16: Há outra coisa que eu gostava de referir, na azafama dos nossos turnos, a necessidade de executarmos uma imensidão de intervenções e de o fazermos rápido e eficiente, deixa-nos muito pouca margem de diálogo com os pais, crianças, adolescentes para que possamos, a meu ver, fazer um caminho de PBE. E17: Vamos ter de fazer um esforço muito grande em casa ou fora do tempo de serviço para que se possa discutir as problemáticas existentes, a realização de protocolos, para que depois possamos fazer na prática de forma eficiente. E20: As exigências do nosso trabalho, dos nossos turnos, pelo menos de momento, deixam-nos pouco tempo disponível para estar com os pais e lhes transmitir qual a maior evidência científica para eles prestarem cuidados aos seus filhos... no hospital, ou mesmo posteriormente no domicílio. E22: Não temos neste momento, por muito que eu possa gerir bem o meu tempo, não tenho disponibilidade para nada...muitas vezes nem para almoçar. Nem para as nossas necessidades básicas nós temos tempo. Não sei, mas o serviço tem que ser organizado de outra forma, através da contratação de mais colegas porque o que tenho vindo a ver nos últimos anos de trabalho é que cada vez mais se fecham as portas para que a prática possa ser baseada na evidência científica. Deixamos de ter essa capacidade.
Ausência de reuniões sistemáticas	E4: Faz-nos também fazer sistematicamente pontos de situação, como o género do que estamos a fazer hoje, mas uma coisa mais sistemática para debatermos determinado assunto. E12: Resta-nos pouco tempo para reflexão e, esses momentos têm que ser fora do nosso dia a dia. Não podemos estar à espera de tratar destas questões apenas durante o turno. E13: Temos tempo para reunir, para discutir os cuidados, como vamos fazer. Juntarmo-nos todos para decidir que ensinios vamos fazer, como vamos abordar aquela família. Isto ia ajudar muito neste processo. E20: Cada vez mais é exigido, porque temos que sair a horas, que a passagem de turno seja rápida! Eu acho que para além do momento de passagem de turno, deveria haver, uma reunião quinzenal, mensal de reflexão dos nossos cuidados e da nossa prática. Se calhar agora, com este projeto vamos consegui-lo. E30: A passagem de turno surge para passar apenas informação e não para reflexão..."porque vamos lá", porque "já conheces o doente"... a ideia é passar rápido e perde-se o momento para refletir não é porque de facto, as pessoas

	são pagas até determinada hora e não são pagas mais e acho que deveria mesmo existir um momento para a reflexão acerca da nossa prática, tipo reuniões periódicas. E32: Devíamos reunir mais vezes para discutir as problemáticas do serviço e isso nunca acontece. É a primeira vez, nos últimos meses que o fazemos.
Inexperiência em investigação	E3: O que me deixa triste é que nós somos um hospital conceituado e nós não produzimos conhecimento para o exterior, nós não produzimos artigos para o exterior, basearmos nos em artigos de outros países, fazemos como em outros países, quando nós temos conhecimento, experiência e não a conseguimos traduzir em artigos científicos que outras pessoas possam usufruir também. E2: Acho que seria importante dedicarmo-nos mais a investigar e daí a importância do enfermeiro investigador porque há ideias que surgem sobre diversas questões da prática e como conseguirmos melhorá-los, daí ter importância refletirmos de forma sistemática no que fazemos. E11: Na PBE, a evidência há muito importante, mas a evidência também existe porque temos a prática e esses estudos basearam-se de uma necessidade das pessoas na sua prática tentarem completar algo, vontade de querer fazer melhor e com isso fundamentar com o que existe. Se as pessoas não fizerem estudos, as coisas não avançam. A prática e a teoria impulsionam-se uma à outra. E2: Acho que não é muito habitual, até para a equipa médica acharem que os enfermeiros percebem alguma coisa de investigação, se calhar, se sentirem que nós estamos a investigar alguma coisa vão por algum entrave, não sei... esse poderá ser um desafio, ou talvez uma barreira. Vai ser interessante ver o comportamento e a opinião deles. E4: Às vezes, e começando por mim própria, nós dizemos que não temos tempo, ou queixamo-nos da falta de tempo e é daquelas coisas que já se torna um pouco saturante porque estamos naquela geração de fazer tudo a correr, mas temos que parar e refletir para aprendermos a gerir o tempo que temos de outra forma e se calhar há momentos até durante o turno de trabalho que poderíamos trabalhar estes aspetos da PBE. E12: Nos computadores do serviço temos acesso a mais plataformas que em casa, mas esta pesquisa em que ser estruturada. Falta esta parte, procurar o quê? Estrutura o quê?
Tradição	E1: há algum conhecimento novo, há sempre resistência à mudança por parte da equipa e essa também acaba por ser uma barreira. Estamos habituados a fazer determinada coisa durante anos daquela forma e sempre que há conhecimento recente e com evidência há alguma resistência a mudar. Durante muitos anos fazemos daquela forma e, apesar dos estudos que no indicam que há algo de novo, continuamos a fazer daquela forma

	E17: Acho que há uma resistência individual de cada um à mudança. Muitas vezes surgem novos dados de várias coisas que até já se pratica de maneira diferente, mas nós continuamos a fazer o que já fazíamos. Porque se torna mais confortável. Também não procuramos comparar o que fazemos com o que o outro nos está a dizer. Todos nós somos um bocadinho resistentes a mudar as práticas que já temos enraizadas. E12: Há uma componente de observação e de experiência do dia a dia que pode levar-nos a aprofundar determinado assunto e fazer estas revisões teóricas do que está para trás e tentar até inovar e mudar alguma coisa e quebrar a barreira dos conformismos e da tradição.
Categoria: Facilitadores à Implementação da PBE	
Subcategorias/Temas	Exemplos das verbalizações
Criança e Jovem com internamentos mais prolongados/recorrentes	E2: Relativamente ao cuidado centrado na família, quem trabalha em pediatria já se habituou a ter a presença constante dos pais, no entanto é certo que para além de se prestarem cuidados à criança, também a família é alvo dos mesmos. Acontece termos que ajudar os pais, em diferentes problemas pessoais e que podem interferir na sua colaboração nos cuidados aos filhos. Quando nos deparamos com problemas mais graves, internamentos mais prolongados ou doenças crónicas eu acho que isso dificulta o processo. E5: Em relação à família, apesar de estarmos muito habituados a lidar com a família, mas o que é certo é que famílias crónicas têm muitas vezes dúvidas crónicas e fazem procedimentos que acham corretos há determinados anos e não aceitam bem que o enfermeiro coloque em causa os seus cuidados e ficam chateados e zangados. É interessante quando conseguimos explicar e desmistificar algumas ideias nas famílias e percebemos que elas até aderem às novas ideias, porque no final o intuito de tudo é melhorar os cuidados ao seu filho. este pode ser um desafio da EBE e do cuidado centrado na família. E11: A nossa prática do nosso serviço é uma, mas mães de crianças crónicas que vêm de outros hospitais, dá-nos logo para perceber que têm práticas diferentes das nossas. Era interessante haver intercâmbio entre serviços e entre hospitais. E12: Uma das áreas em que nós somos mais fortes e onde devemos investir é mesmo nos ensinamentos aos pais, prepará-los para viver em casa com os seus filhos. Aí vamos ter menos interferência de outras áreas. E15: Só queria acrescentar aqui uma coisa relativamente à questão da prática dos pais e dos doentes crónicos. Em primeira instância somos sempre nós, a nossa equipa ou outra equipa de enfermagem que prepara estes pais para casa, por isso, somos sempre nós quem começa e aí podemos trabalhá-los melhor desde início.

	E25: Não nos podemos esquecer da preparação para a alta e do desafio que este processo pode ser. Com este projeto podemos agora trabalhar esta questão e pode ser mesmo uma mais-valia. Não nos podemos esquecer da articulação entre os ensinamentos diários no internamento e a preparação da alta. Será importante os pais reconhecerem em nós o rigor científico e a evidência no conhecimento. Devemos consciencializar os pais dos riscos e das dificuldades das intervenções que realizam nos seus filhos. Isto será favorável na transição para a alta.
Literacia prévia	E3: Na minha opinião teremos sempre dificuldade na adaptação da família ao conhecimento novo. Podemos utilizar todos os modelos, mas temos que lidar com os conhecimentos da família, com a vontade da família em aprender, lidar com as suas personalidades. Nós podemos ter um protocolo, mas às vezes temos de nos adaptar à família que temos à frente quer nos ensinamentos quer na prestação de cuidados. E11: A literacia da família é um fator dificultador, nomeadamente, o ter uma literacia mais baixa. E15: Uma vez que trabalhamos em parceria de cuidados e, sabemos que o conhecimento está muito relacionado ao grau de escolaridade, isso pode ser algo dificultador na transmissão de conhecimento. E17: Pode haver alguma dificuldade no sentido daquilo que as famílias trazem como certezas e que nos vamos ter que confrontar os dados que temos da evidência científica com aquilo que os pais acreditam que é. Isto pode ser um bocadinho difícil. E13: O principal desafio prende-se com o facto de os pais estarem habituados a fazer as coisas de uma determinada forma e mudar mentalidades, mudar procedimentos que os pais já façam no seu dia a dia, vai ser difícil deparamo-nos com essa realidade no nosso serviço, as coisas terão de ser analisadas caso a caso.
Parceria de Cuidados	E5: Eu acho que o desafio passará por entender mediante a condição da criança, aquilo em que os pais necessitarão ser mais ajudados, para estipularmos um plano para desenvolver a parceria de cuidados com aqueles pais, porque certamente terão mais dificuldades com algumas coisas do que com outras e o nosso planeamento e ensino se definirá conforme o feedback que teremos da família, que no fundo é muito importante nesta parceria de cuidados. E6: O desafio será por aí, percebermos a expectativa de cada família e as dificuldades que eles podem apresentar, para depois podermos implementar a evidência com cada um. Acho que será por aí. Devemos ouvir a família porque os nossos cuidados estão muito centrados na família e eles são um ponto chave no nosso trabalho. E12: A parceria de cuidados torna a coisa mais complexa e envolve mais variáveis, que é o bem-estar da família, os casos individuais de cada família e a evidência científica, que se calhar vai ter que se ajustar ou adaptar a cada caso, o que vai tornar as coisas mais complicadas, e nós sabemos disso.

	E15: Temos de inserir os cuidados que os pais prestam nessas evidencias, adequando às necessidades dos pais, se calhar vamos ter de parte alguma questão que a nível científico se adeque mais a cada contexto. Então temos que mudar e alterar. E18: Eu acho que o mais complicado vai ser integrar a PBE na especificidade de cada família, esse sem dúvida o maior desafio. Não sei como, não vem à ideia, nem consigo explorar, mas essa essa será a nossa maior dificuldade. A especificidade de cada um é importante, mas temos de a defender que a PBE tem pressupostos científicos que estão validados e temos que conseguir adaptar a cada caso. E21: O foco da nossa atenção são sem dúvida as crianças e os cuidadores e como tal nunca podemos afastar a família do caminho que temos que percorrer para a PBE. E9: Os pais acham que num "abrir e fechar" de olhos já sabem mais que nós. É importante que eles entendam que o que fazem é meramente técnico e em nada se aproxima da complexidade de uma intervenção de enfermagem. Nós realizamos uma Enfermagem Baseada na evidência, com reflexão e conhecimento, que em nada se assemelha aquilo que lhes transmitimos, ou ensinamos apenas para dar resposta às necessidades do seu filho enquanto pais/cuidadores. E11: Também nos deparamos muitas vezes com o Dr GOOGLE, temos de desmistificar os conhecimentos que os pais trazem e que dão como certos! Conhecimento á luz do nosso conhecimento científico e da evidência versus o conhecimento Dr GOOGLE dos pais. E12: É importante ao ensinar os pais fazê-los entender que o procedimento que eles vão realizar é um procedimento de cópia, que em nada se assemelha aos nossos, para que eles estejam sempre abertos às alterações que lhes formos dando ao longo dos tempos. Alterações que serão atualizadas à luz da evidência que vai surgindo.
--	--

Anexo X
Etapas do Painel de Delphi

“Utilização do Modelo “The Knowledge to Action Framework”, para Implementar uma Enfermagem Baseada na Evidência nos Cuidados Prestados à Criança e Família” - Validação de Plano Formativo

Etapas a realizar ao longo do estudo:

Etapas	Descrição
1ª Construção do <i>Pool</i> de itens tendo como base os grupos focais	Foram realizados grupos Focais para identificação das necessidades formativas dos intervenientes onde o KTA vai ser implementado. Os itens foram agrupados de acordo com a análise de conteúdo.
2º Construção do Instrumento	Foi construído um documento com itens, resultantes da 1ª etapa, distribuídos por 2 dimensões (4 MÓDULOS)
3º Definição dos critérios de seleção dos peritos	Enfermeiros e Docentes de Enfermagem Experiência como investigador em PBE
4ª Identificação e contacto com peritos	Contacto por correio eletrónico com profissionais de saúde com trabalho reconhecido na área da PBE e solicitação de outros peritos na área. Contactos obtidos através da consulta de artigos científicos publicados. Identificaram-se 9 peritos, entre janeiro e fevereiro de 2021#
5ª 1º Envio do Instrumento	Enviado por correio eletrónico, instrumento no aplicativo <i>Google Docs</i> entre os dias 4 e 5 de março, aos 9 peritos identificados, solicitando-se respostas até o dia 12 de março. No final do prazo, obtiveram-se 9 respostas
6ª Análise das respostas ao instrumento	As respostas foram selecionadas através dos critérios de concordância estabelecidos (Scarpato et al., 2012): apenas foram incluídos os itens em que se obteve “concordância positiva” (concordância entre peritos $\geq 75\%$)
7ª 2º Envio do Instrumento	Enviado por correio eletrónico, instrumento no aplicativo <i>Google Docs</i> , nos dias 20 de março, aos 9 peritos identificados, solicitando-se respostas até o dia 2 de abril. No final do prazo, obtiveram-se 9 respostas
8ª 3º Envio do Instrumento	Enviado por correio eletrónico, instrumento no aplicativo <i>Google Docs</i> , no dia 7 de abril, aos 9 peritos identificados, solicitando-se respostas até o dia 15 de abril. No final do prazo, obtiveram-se 9 respostas
9ª Redação do documento final	Plano formativo validado

“Utilização do Modelo “The Knowledge to Action Framework”, para Implementar uma Enfermagem Baseada na Evidência nos Cuidados Prestados à Criança e Família” - Validação de Plano Formativo

Por favor, leia com atenção a informação abaixo.

Este estudo tem como objetivo principal, explorar qual o contributo da implementação do Modelo *The Knowledge to Action Framework (KTA)* para a promoção da Enfermagem Baseada na Evidência nos cuidados prestados à criança e família.

Integra-se no trabalho de investigação desenvolvido no âmbito da tese de doutoramento em Ciências de Enfermagem do Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar (ICBAS), da estudante Cânia Torres, sob a orientação de Maria do Céu Barbieri e Francisco Mendes.

O objetivo desta fase do estudo é, realizar a validação de um Plano Formativo para a implementação do Modelo Knowledge to Action Framework (KTA) num serviço de Pediatria de um Hospital do Norte de Portugal.

Este plano é dirigido aos participantes do estudo, na sua totalidade são enfermeiros. O KTA centra-se em 2 ciclos: Ciclo de Ação e Ciclo do Conhecimento e para que a implementação a que nos propomos seja fiel ao Modelo, vamos realizar formação aos participantes do estudo.

Este documento foi construído, a partir da análise de conteúdo resultante dos grupos focais, que foram realizados entre os dias 3 e 5 de fevereiro.

Centramos este questionário, nas barreiras e facilitadores à implementação deste modelo, identificados pelos participantes dos grupos focais.

Serão respeitadas as recomendações das Declarações de Helsínquia e de Tóquio, da Organização Mundial de Saúde e da Comunidade Europeia. Foi obtido parecer favorável da Comissão de Ética para a Saúde da Instituição onde o estudo será desenvolvido. A sua participação é voluntária e confidencial. O questionário é anónimo e os dados serão apenas conhecidos e analisados pelo investigador e orientadores. A sua divulgação futura, em eventos científicos ou artigos científicos, respeitará sempre o anonimato e a confidencialidade dos participantes. O preenchimento do questionário tem uma duração média de 10 minutos. É constituído por questões de preenchimento rápido.

Ao dispor para qualquer esclarecimento adicional,

Cânia Torres| Rn | MsC | PhD student

CINTESIS: NursID | ESSVS| CHUSJ

caniabasto@gmail.com

Telemóvel:939153120

Obrigado pela sua colaboração.

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

A sua colaboração neste estudo deverá ser voluntária, o que significa que só deve participar se realmente quiser e, mesmo aceitando participar, sinta-se livre para interromper se assim o entender.

Os dados obtidos são anónimos e confidenciais e em momento algum é pedido o seu nome, mas sim alguns dados que possam ajudar na compreensão dos resultados. Apenas o investigador principal e orientadores terão acesso aos questionários preenchidos.

Assim, garantimos, em todo o processo, o sigilo, o anonimato e a confidencialidade dos dados recolhidos, assim como a sua aplicação no âmbito restrito da realização e divulgação do estudo.

Após tomar conhecimento, com o que está mencionado neste documento, declaro que tomei conhecimento de todas as explicações acerca do pedido que me é feito, compreendi a informação sobre o estudo anteriormente referido, tendo-me sido disponibilizado tempo para refletir sobre a participação, colocar as minhas dúvidas e ficar esclarecido/a.

Aceito participar no estudo_____

Não aceito participar no estudo_____

I - CARATERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA

1. Idade (em anos) ____
2. Género
 1. Masculino
 2. Feminino
3. Estado Civil
 1. Solteiro
 2. Casado / União de Facto
 3. Viúvo
 4. Divorciado
4. Habilitações Académicas
 1. Licenciatura
 2. Mestrado
 3. Doutoramento
5. Principal Atividade Profissional
 1. Enfermeiro
 2. Docente
 3. Investigador
6. Tempo de Experiência Profissional na Atividade Principal
 1. Entre 1 e 5
 2. Entre 5 e 10
 3. Mais de 10
7. Publicações Científicas na área da PBE
 1. Entre 1 e 3
 2. Entre 3 e 5
 3. Mais de 5

Anexo XI
Guião de Notas de Campo

Registo das sessões de supervisão

Sessão nº		Supervisor	
Data			
Elementos presentes:			
Objetivos da reunião:		Estratégias/Intervenções:	
Resumo da Reunião:			

Anexo XII

Consentimento Informado e Guião do Grupo de Discussão Focal
Etapa 3

Consentimento Informado, livre e esclarecido em investigação ^{1,2}

Por favor, leia com atenção a informação que de seguida apresentamos. Poderá pedir esclarecimento, relativamente a alguma incorreção ou dúvida que se apresente. Se concordar com a proposta apresentada, assine por favor, este documento.

O estudo que se apresenta intitula-se “*Utilização do Knowledge-to-action Framework para implementar uma Enfermagem baseada na Evidência nos Cuidados Prestados à Criança e Família*”. Neste projeto estão envolvidos a estudante Cânia Torres, a frequentar o Programa Doutoral em Ciências de Enfermagem do Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, sob orientação da Profª Doutora Maria do Céu Barbieri e do Mestre Francisco Mendes.

Com este estudo pretende-se identificar as perceções dos enfermeiros sobre as alterações introduzidas no contexto após a implementação do Modelo KTA e o nível das competências de PBE na equipa.

A sua participação neste estudo é voluntária e não trará qualquer encargo financeiro. Toda a informação recolhida será tratada de forma anónima e confidencial.

A sua colaboração é fundamental para a realização deste estudo, pelo que, agradecemos a sua colaboração.

Ao dispor para qualquer esclarecimento adicional,

A investigadora principal: Cânia Torres

Data: _____

Assinatura: _____

¹https://www.arsnorte.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/3/2018/01/Declaracao_Helsinquia_2008.pdf

²<https://www.ministeriopublico.pt/instrumento/convencao-para-proteccao-dos-direitos-do-homem-e-da-dignidade-do-ser-humano-face-22>

O plano orientador de sessões de grupo focal

Data: fevereiro/março 2023

Itens	Roteiro
Introdução	Agradecer a disponibilidade de participação; Propor a apresentação dos participantes.
Legitimação do Elementos do Grupo Focal	Solicitar autorização para gravação; Solicitar autorização para citar excertos no trabalho; Solicitar a natureza do grupo focal e a importância para o estudo.
Desenvolvimento	Apresentar a finalidade e objetivo do estudo; Contextualizar as fases do estudo (de forma breve); Expor os objetivos: • Identificar o contributo da implementação do Modelo “Knowledge-to- Action Framework (KTA)” no serviço; • Explorar o desenvolvimento de competências em PBE nos enfermeiros do serviço; • Avaliar a experiência da implementação do KTA, na perspectiva dos enfermeiros; • Avaliar a sustentabilidade da implementação do KTA no futuro.
Conclusão	Agradecer a disponibilidade de colaboração; Dar garantia do cumprimento dos princípios éticos, relativamente à confidencialidade da informação; Informar que os resultados serão acessíveis após o término do trabalho.

Data:	Hora de Inicio: Hora de Fim:	Moderador
Perguntas		
1. Qual o contributo que a implementação do KTA, teve no seu contexto profissional?		
2. Que influência teve o KTA no desenvolvimento de competências em PBE?		
3. Como avalia esta experiência?		
4. Como vê a sustentabilidade da utilização do modelo KTA no futuro?		

Caracterização sócio demográfica:

Idade: _____(anos)

Género: ☐ Masculino ☐ Feminino

Estado Civil: ☐ Solteira(o) ☐ Casada(o)/União de facto ☐ Divorciada(o)

Habilitações académicas:

Licenciatura ☐

Pós-licenciatura ☐ Qual? _____

Mestrado ☐ Qual? _____

Doutoramento ☐ Qual? _____

Tempo de exercício Profissional _____(anos)

Tempo de exercício Profissional no serviço _____(anos)

Anexo XIII

Matriz de Categorização Análise do
Grupo Focal: Etapa 3

Categorias	Subcategorias	Unidades de Registo
Contributo do modelo KTA para o contexto clínico	Família	(...) pensamos muito mais nos cuidados centrados na família e na parceria de cuidados (E1). (...) existiu uma mudança completa de paradigma, onde as nossas práticas passaram a ser influenciadas pela evidência (...) antes nem pensava nisso (E3) (...) aliamos a investigação à prática (...) os cuidados de enfermagem saíram beneficiados (E5). (...) temos uma preocupação ainda maior com as preferências da família e o seu envolvimento (E6). (...) os cuidados são organizados e planeados de forma diferente (...) há mais reflexão acerca da prática (E14) (...) uma coisa muito importante é que agora pensamos e refletimos sobre outras questões, o que contribui para uma melhoria na qualidade dos cuidados (E18).
	Enfermeiro	(...) temos uma melhor visão de equipa (E1). Este processo foi agregador, numa fase em que duas equipas se estavam a juntar, foi crucial (E3). (...) já não se diz “eu antes fazia assim” (...) vamos pesquisar e perceber o que diz a evidência (E5). (...) eu que tinha acabado de chegar ao serviço quando isto começou, ajudou-me muito na minha integração (E7). A equipa está muito mais ligada a estes processos de investigação e a esta prática (E11) Estamos muito mais unidos e organizados, até acho que como equipa funcionamos melhor (E17) Pessoalmente ajudou-me muito, mesmo nas questões relacionadas com a especialidade (...) aliás este projeto foi o meu “motor” (E20)
	Serviço	(...) o serviço reorganizou-se em muitas coisas, o que foi muito facilitador para todos (E3) Se pensar há muitas coisas que mudamos e nem nos apercebemos, porque foi um processo de evolução natural e o serviço ficou diferente (E12) Foram feitas alterações nos procedimentos, o que afetou todo o contexto (...) procedimentos fundamentais e que organizaram melhor as coisas no serviço (E18).

Influencia do modelo KTA nas competências em PBE	Promoção do pensamento crítico-reflexivo	(...) influenciou o nosso pensamento critico (E2). (...) agora pensamos mais nos cuidados que prestamos (E4). (...) refletimos de forma crítica o que fazemos (...) e se é o melhor para a criança e família (E6) A forma como penso é completamente diferente (...) a investigação agora está sempre no pensamento e na minha tomada de decisão (E11)
	Desenvolvimento de conhecimentos em Investigação	(...) eu nem sabia o que queria dizer essas 3 palavras (PBE), agora até sou investigadora (...) incrível (E2). (...) antes não sabia avaliar a qualidade de um artigo, lia e achava que tudo era evidência (...) agora sei o que me serve ou não (E7) Conseguí entender a verdadeira utilidade da investigação (...) (E9)
	Mudança na gestão de relacionamentos	(...) gerimos melhor as relações (...) há discussões que já não temos porque ganha a evidência (E1) (...) Agregou muito a equipa, até porque tínhamos de trabalhar em pequenos grupos e partilhar o conhecimento com todos (E3).
	Melhor comunicação interpares	(...) melhorou a comunicação entre todos, porque os cuidados são mais uniformes (E2). A mensagem passa melhor porque a comunicação é mais eficaz (...) não se divaga tanto (E19) (...) acho que até as passagens de turno correm melhor porque já não discutimos assuntos sem interesse (E20)
	Novas metodologias de trabalho	(...) tornou-se uma metodologia de trabalhar (...) é mesmo uma filosofia que adotamos (E5). (...) não há outra maneira de trabalharmos (a PBE) mudou tudo (E7). (...) é uma cultura de trabalho (...) e sabes, que orgulho sinto desta forma de trabalhar (...) eleva os cuidados que prestamos (E10) (...) mudamos em muitas coisas a nossa organização e método de trabalho (...) incorporamos novas estratégias (E17)

Impacto do Modelo KTA no desenvolvimento profissional	Melhor satisfação no trabalho	(...) quando falava com outros colegas, sobre este projeto que tínhamos no serviço, sentia orgulho de pertencer a esta equipa (E4). (...) foi muito bom (...) é um orgulho o que esta equipa conseguiu fazer (...) foi uma sorte para nós este projeto existir (E5). Durante a especialidade (...) quando fui estagiar para outros serviços; percebi como estávamos “à frente” (...) encontrei coisas super desatualizadas e senti muito orgulho no nosso trabalho. (E7) (...) na escola já sabiam da existência deste projeto e até davam como exemplo a seguir (...) eu ficava muito orgulhosa de nós (E7).
	Apoio da liderança	(...) o nosso chefe foi muito importante (...) motivava-nos diariamente (E2). O facto de tu que lideravas o projeto trabalhares connosco foi muito importante (...) tínhamos uma referência (E5). (...) o enfermeiro chefe também foi muito importante para que este processo tivesse este sucesso todo (E6). (...) professores da academia que estão connosco(...) também nos leva a querer fazer mais e bem (E7).
	Perceção positiva sobre o processo	(...) era tão preciso que este projeto chegasse ao serviço, que acho que todos concordamos que nos mudou a nível, pessoal e profissional (E1). (...) foi um sucesso porque toda a equipa aderiu (E3). (...) com este modelo conseguimos moldar até colegas mais difíceis de aceitar a mudança (...) isso foi um feito (E5).
	Ganhos pessoais	(...) este processo trouxe-me ganhos a nível pessoal (...) permitiu-me quando ingressei no mestrado estar muito mais familiarizada com estes conteúdos (E2). (...) todos ganhamos, cada um de nós, a equipa, o serviço e os meninos de quem cuidamos (...) (E4). Na minha perspetiva (ganhamos em vários aspetos (...) a nível pessoal, nomeadamente nos trabalhos que faço para o mestrado e no meu currículo (E18).

Sustentabilidade do modelo no contexto	Contributos estruturais	(...) não tenho dúvida que ficará para sempre e a ideia é que se espalhe pelos outros serviços (E3). (...) já não é possível voltar para trás (...) o serviço já se organizou assim (E14). Está estruturalmente introduzido na equipa e na forma de trabalhar (...) agora é organizarmo-nos e gerir este processo todo no tempo (E15)
	Contributos organizacionais	O jornal club que existe mensalmente ajuda muito em nos mantermos atualizados (E1) (...) é para ficar, sem dúvida (...) já não há outra forma de se trabalhar (E3). As reuniões de jornal club são muito importantes, porque mantem este espírito de atualização constante (E5) (...) os trabalhos de investigação e os grupos de trabalho são para continuar, agora sei/sabemos que não é possível prestar bons cuidados de outra forma (E7).