

Millenium, 2(ed espec. nº5), 137-145.

pt

QUESTIONÁRIO DE EFICÁCIA CLÍNICA E PRÁTICA BASEADA EM EVIDÊNCIAS: ANÁLISE FATORIAL CONFIRMATÓRIA EM UMA AMOSTRA DE ENFERMEIROS

CLINICAL EFFICACY QUESTIONNAIRE AND EVIDENCE-BASED PRACTICE: CONFIRMATORY FACTORIAL ANALYSIS IN A NURSE SAMPLE

CUESTIONARIO DE EFICACIA CLÍNICA Y PRÁCTICA BASADA EN EVIDENCIA: ANÁLISIS FACTORIAL CONFIRMATORIO EN UNA MUESTRA DE ENFERMERÍA

*João Pina*¹

*Maria Augusta Veiga-Branco*²

*Madalena Cunha*³

*João Duarte*⁴

*Cláudia Silva*⁵

¹ Instituto Politécnico de Bragança, Escola Superior de Saúde, Estudante do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica. ARS Norte - ACES Douro II e Sul, SUB de Moimenta da Beira/Ambulância SIV – INEM, Portugal

² Instituto Politécnico de Bragança, Escola Superior de Saúde, Bragança, Portugal

³ Instituto Politécnico de Viseu, Escola Superior de Saúde, UICISA:E, SIGMA – Phi Xi Chapter, CIEC - UM, Viseu, Portugal

⁴ Instituto Politécnico de Viseu, Escola Superior de Saúde, UICISA:E, Viseu, Portugal

⁵ Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde | Escola Superior de Saúde de Alcoitão, Alcoitão, Portugal

João Pina - joापina@live.com.pt | Maria Augusta Veiga-Branco - aubra@ipb.pt | Madalena Cunha - madac@iol.pt | João Duarte - duarte.johnny@gmail.com | Cláudia Silva - claudia.r.silva72@gmail.com



Autor Correspondente

João Pina

Rua de São José, Lote-5
5100-163 Lamego - Portugal
joापina@live.com.pt

RECEBIDO: 19 de maio de 2019

ACEITE: 26 de maio de 2020

RESUMO

Introdução: Os cuidados de saúde, tal como são concebidos atualmente, baseiam-se na visão de que as decisões clínicas devem ser fundamentadas na melhor evidências científica disponível reconhecendo, contudo, a preferência do paciente, o contexto de cuidados de saúde e o julgamento clínico.

Objetivos: Avaliar a validade do Questionário de Eficácia Clínica e Prática Baseada em Evidências (QECPE).

Métodos: Estudo metodológico com a finalidade de determinar a consistência interna através do alfa de Cronbach e da análise fatorial confirmatória.

Resultados: Foram incluídos 738 enfermeiros com uma média de idades de 37,57 anos, sendo 76,0% mulheres. Após o refinamento do questionário, a análise fatorial confirmatória final evidenciou uma boa qualidade de ajustamento da estrutura fatorial composta por 3 fatores com 19 itens ($\chi^2/gf = 2,030$; CFI = 0,967; GFI = 0,926; RMSEA = 0,053; RMR = 0,064). A consistência interna global foi de $\alpha = 0,930$, demonstrando uma fiabilidade muito elevada, explicando 63,660% da variância total.

Conclusões: Os resultados evidenciaram que a escala é fiável e válida na avaliação das componentes estruturais da PBE. A PBE surge como potenciadora da decisão clínica segura, da qualidade de cuidados e da autonomia em enfermagem.

Palavras-chave: enfermagem baseada em evidências; métodos; prática baseada em evidências

ABSTRACT

Introduction: Health care, as it is currently conceived, is based on the view that clinical decisions must be based on the best scientific evidence available, while recognizing the patient's preference, health care context and clinical judgment.

Objetives: To evaluate the validity of the Clinical Effectiveness and Evidence-Based Practice Questionnaire (QECPE).

Methods: Methodological study in order to determine internal consistency using Cronbach's alpha and confirmatory factor analysis

Results: 738 nurses were included, with an average age of 37.57 years, 76.0% of whom were women. After the questionnaire was refined, the final confirmatory factor analysis showed a good quality of adjustment of the factor structure composed of 3 factors with 19 items ($\chi^2/gf = 2.030$; CFI = 0.967; GFI = 0.926; RMSEA = 0.053; RMR = 0.064). The overall internal consistency was $\alpha = 0.930$, demonstrating a very high reliability, explaining 63.660% of the total variance.

Conclusions: The results showed that the scale is reliable and valid in the evaluation of the structural components of EBP. EBP appears as an enhancer of safe clinical decision, quality of care and autonomy in nursing.

Keywords: evidence-based nursing; methods; evidence-based practice

RESUMEN

Introducción: La atención médica, tal como se concibe actualmente, se basa en la opinión de que las decisiones clínicas deben basarse en la mejor evidencia científica disponible, al tiempo que se reconoce la preferencia del paciente, el contexto de la atención médica y el juicio clínico.

Objetivos: Evaluar la validez del cuestionario de efectividad clínica y práctica basada en evidencia (QECPE).

Métodos: Estudio metodológico para determinar la consistencia interna utilizando alfa de Cronbach y análisis factorial confirmatorio.

Resultados: Se incluyeron 738 enfermeras, con una edad promedio de 37.57 años, de los cuales el 76.0% eran mujeres. Después de que se refinó el cuestionario, el análisis factorial confirmatorio final mostró una buena calidad de ajuste de la estructura factorial compuesta por 3 factores con 19 ítems ($\chi^2/gf = 2.030$; CFI = 0.967; GFI = 0.926; RMSEA = 0.053; RMR = 0.064). La consistencia interna general fue $\alpha = 0.930$, lo que demuestra una fiabilidad muy alta, explicando el 63.660% de la varianza total.

Conclusiones: Los resultados mostraron que la escala es confiable y válida en la evaluación de los componentes estructurales de EBP. El EBP aparece como un potenciador de la decisión clínica segura, la calidad de la atención y la autonomía en enfermería.

Palabras Clave: enfermería basada en evidencia; métodos; práctica basada en evidencia

INTRODUÇÃO

Nos últimos anos, a preocupação das comunidades científicas e dos profissionais de enfermagem sobre se a prática dos enfermeiros está de acordo com a melhor e mais recente evidência científica disponível. A literatura é unânime em relatar uma clara disparidade entre os resultados da investigação e a prática clínica despoletando, por si só, uma lacuna merecedora de uma análise mais concisa e objetiva por parte da comunidade científica.

O facto de, nos dias que correm, os profissionais de saúde e as instituições onde exercem funções, serem fortemente observados e pressionados para “bem fazer” com o menor custo associado e com os maiores níveis de eficácia e eficiência. Por sua vez, a implementação de um plano sustentável de readaptação contínua face às realidades clínicas vivenciadas, porquanto a complexidade crescente das mesmas obriga precisamente ao desenvolvimento de intervenções diferenciadas promotoras da saúde no âmbito da prestação de cuidados de saúde que almejem a maior e melhor qualidade e segurança possível e, consequentemente a obtenção de ganhos positivos na saúde das pessoas.

Em conformidade e refletindo sobre o mandato social da profissão de enfermagem, está explícito com clareza que os enfermeiros têm como dever “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, 2015, Artigo 97.º, número 1, a), p.78). Corroborando, precisamente este pensamento, o Conselho Internacional de Enfermeiros (2012) afirma que cada vez mais são requeridos aos profissionais conhecimentos, competências e capacidades que possibilitem identificar, analisar e utilizar os resultados oriundos da melhor investigação produzida.

Alicerçado nestes postulados definiu-se a seguinte questão de investigação: Será o Questionário de Eficácia Clínica e Prática Baseada em Evidências, válido e fiável, para avaliar as práticas, atitudes e conhecimentos/habilidades e competências dos enfermeiros relativamente à PBE?

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

A PBE é definida como uma abordagem de solução à prática clínica pela integração da pesquisa sistemática e avaliação crítica das evidências mais atuais para responder a perguntas clínicas, considerando a experiência do profissional e as preferências e valores do paciente. Cada vez mais, a PBE é enfatizada internacionalmente como uma das disposições fundamentais de suporte aos cuidados de saúde de qualidade e da melhoria dos resultados de saúde, incluindo a qualidade das intervenções de enfermagem (Institute of Medicine, 2003; Melnik & Fineout-Overholt, 2015).

Esta definição vai de encontro à de Sackett (2003) citado por Chicória (2013), para o qual a PBE incorpora a habilidade clínica, isto é, capacidade para utilizar conhecimentos clínicos e experiências prévias na identificação do estado de saúde e diagnóstico, bem como os riscos individuais e os benefícios possíveis das intervenções propostas. Ou seja, é fundamental que a enfermagem no seu plano de atuação expansível a todos os contextos, crie uma base estrutural que se pautar pela melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros (Ordem dos Enfermeiros, OE, 2001; Lopes & Santos, 2010; Alquhtani et al., 2020). Abreu (2011) salienta ainda que o enfermeiro deve assumir o dever de se comprometer no desenvolvimento de um ambiente conducente a práticas baseadas em evidência.

Nos dias que correm, cada vez mais os profissionais de saúde e as suas instituições se deparam com desafios clínicos de maior complexidade que exigem respostas com maior qualidade e elevada segurança, numa perspetiva articulada com restrições de recursos humanos, materiais e técnicos que colocam em causa, precisamente, os respetivos planos de eficiência, eficácia e efetividade nas intervenções de saúde realizadas e, consequentemente nos ganhos positivos da saúde dos doentes.

Numa tentativa demonstradora da realidade efetiva, um estudo realizado no Nepal com 273 participantes, procurou-se explorar as perceções e as atitudes dos enfermeiros e dos estudantes de enfermagem relativamente à PBE tendo os seus autores afigurado que cerca de 93% dos inquiridos referem não possuir o treinamento adequado relativo à PBE identificando, como principais barreiras: a falta de tempo e de recursos; a dificuldade em entender os artigos de pesquisa em toda a sua plenitude e a autonomia “limitada” na mudança da prática de enfermagem com base nas evidências mais recentes. Ainda que existam estas limitações, os respondentes consideraram que a existência de fatores motivacionais poderão fazer toda a diferença relativamente à abordagem da PBE destacando-se o enfoque/ênfase nos currículos académicos e/ou profissionais nesta área de estudo que permita obter a formação adequada com vista a adoção de técnicas inovadoras na prestação dos cuidados de enfermagem (Karki et al., 2015). Corroborando precisamente esta ideia, o estudo de Alquhtani et al. (2020) também refere que os enfermeiros carecem de conhecimentos e habilidade suficientes para a PBE, como recorrer corretamente às bases de dados científicas, identificar e formular questões de investigação, avaliação crítica das evidências científicas encontradas percebendo a sua relevância ou não e, acima de tudo, todo o processo inerentemente associado que consiste na integração e implementação dessas mesmas evidências na prática clínica (Melnik & Fineout-Overholt, 2015; Alquhtani et al., 2020).

Por outro lado, e não menos importante sabe-se que a prática clínica atualizada, fundamentada nos resultados da investigação científica, está associada à segurança da decisão clínica, à qualidade dos cuidados e à confiança depositada na prática clínica que tornam a Enfermagem uma profissão mais desenvolvida, com um campo de atuação autónoma mais amplificado, distanciando-

se da subordinação ao corpo médico, promovendo o aumento dos índices de satisfação dos doentes, da qualidade dos cuidados prestados e da autonomia em enfermagem.

2. MÉTODOS

O estudo metodológico, de carácter psicométrico, teve por base a recolha de dados em corte transversal numa amostra não probabilística por conveniência de enfermeiros portugueses inscritos na Ordem dos Enfermeiros (OE).

2.1 Participantes

O estudo incluiu 738 enfermeiros, com idades compreendidas entre 21 e 67 anos e uma média de idades de 37,57 anos (Desvio Padrão - DP \pm 9,83 anos), maioritariamente do género feminino (76%), 75,1% com grau de bacharel/licenciado e 25,4% com grau de mestre/doutoramento.

O tempo de exercício profissional foi em média de 14,28 anos (DP \pm 9,77 anos). As mulheres, em média, (M=14,40 anos \pm 9,98) têm mais tempo de exercício profissional do que os homens (M=13,89 \pm 9,12).

O título profissional atribuído pela OE mais prevalente é que 61,2% têm o título de enfermeiro(a) e 38,8% de enfermeiro(a) especialista.

Os enfermeiros exercem funções, na sua maioria, em unidade de cuidados intensivos polivalentes (66,1%). Quanto à área de especialização em enfermagem, a maioria dos enfermeiros especialistas (42,7%) detém a especialidade em enfermagem médico-cirúrgica contudo, mais de metade da amostra exerce neste momento funções de enfermeiro generalista (67,6%), sendo de realçar que 22,5% exercem funções de enfermeiro especialista.

2.2 Instrumento de recolha de dados

O QECPBE - 20, versão original de Upton & Upton (2006), validado em português por Pereira, Guerra, Peixoto, Martins, Barbieri e Carneiro (2015) é um instrumento de autopreenchimento que é constituído por 20 itens avaliados através de uma escala de diferencial semântico, organizado em três dimensões. O primeiro componente avalia as Práticas e recorre a uma escala tipo Likert, que vai do 1 (nunca) ao 7 (frequentemente), integrando seis itens. No segundo componente avaliam-se as Atitudes, através do posicionamento de proximidade adotado para cada uma de questões, num total de três itens. Finalmente, o terceiro componente pretende avaliar Conhecimentos/Habilidades e Competências através de uma escala tipo Likert, que oscila entre 1 (pior) e 7 (melhor), num somatório de 10 itens (Pereira et al., 2015).

O somatório bruto esperado dos 19 itens do QECPBE distribuídos por 9 fatores, oscilou entre um mínimo de 19 e um máximo de 133, com um valor médio de 57.

Neste estudo optou-se por transformar os scores brutos dos fatores e dos totais numa escala de 0-100, facilitando assim a análise comparativa entre os fatores, sendo que quanto maior o score maior a eficácia clínica. Considera-se que resultados entre 0-49% revelam conhecimentos insuficientes, resultados entre 50 e 74% - conhecimentos razoáveis e resultados iguais ou acima de 75% resultados bons. Neste sentido, o QCIAEFDSCA foi transformado utilizando-se, precisamente, o mesmo procedimento para transformação da escala usado na escala de qualidade de vida WHOQOL-BREF (Vaz Serra et al., 2006) : [(score bruto-score mínimo bruto possível)/(score máximo bruto possível - score mínimo bruto possível)]X100.

O processo de construção desta escala teve por base uma análise semântica e de conteúdo por painel de peritos com posterior aplicação de pré-teste (António, Santos, Cunha & Duarte, 2019).

2.3 Procedimentos éticos

A aprovação da Comissão de Ética foi garantido pelo Parecer da Comissão de Ética do Instituto Politécnico de Bragança (Parecer N.º4/2019:RA001-2019/00151) e, igualmente, pelo Parecer de Autorização da OE para divulgação do questionário no site institucional e na sua maillist (Ref. SAI-OE/2019/27).

Todos os inquiridos assinaram o consentimento informado previamente à sua participação individual no estudo, via online na aplicação do Google Forms.

2.4 Análise estatística

As análises descritivas, correlacionais e o estudo da consistência interna foram realizadas através do software IBM SPSS Statistics, versão 24.0, pela determinação do coeficiente de correlação de Pearson e do alfa de Cronbach. Para análise da consistência interna foram considerados os seguintes valores de referência: >0,9 muito boa; 0,8-0,9 boa; 0,7-0,8 média; 0,6-0,7 razoável; 0,5-0,6 má; <0,5 inaceitável (Marôco, 2014).

O referencial para o coeficiente de correlação de Pearson, foram assumidas as seguintes associações: $r < 0,2$ muito baixa; $0,2 \leq r \leq 0,39$ baixa; $0,4 \leq r \leq 0,69$ moderada; $0,7 \leq r \leq 0,89$ alta; $0,9 \leq r \leq 1$ muito alta (Marôco, 2014).

O estudo da validade de constructo foi realizado, unicamente, através da análise fatorial confirmatória, uma vez que já existia informação prévia sobre a estrutura fatorial da escala. Recorreu-se ao software AMOS V.24.0 (IBM SPSS, Chicago, Illinois, USA).

Conforme recomendado, para aferir a qualidade de ajustamento do modelo, foram utilizados diferentes índices de ajustamento global, nomeadamente a razão entre o Qui-quadrado e os Graus de Liberdade (χ^2/gl), o Goodness-of-Fit Index (GFI), o Comparative-of-Fit Index (CFI), o Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA), o Root Mean square Residual (RMR) e o Standardized Root Mean square Residual (SRMR). Assume-se um bom ajustamento dos modelos quando: $\chi^2/gl < 3$; os valores do GFI e o CFI $> 0,90$; os valores do RMSEA, RMR e SRMR $< 0,06$ são considerados ideais, embora valores entre 0,08 e 0,10 sejam aceitáveis (Marôco, 2014).

3. RESULTADOS

3.1 Validade de Constructo - Análise Fatorial Confirmatória

Efetuuou-se o estudo de consistência interna, nomeadamente os estudos de fiabilidade. Os resultados indicam as estatísticas (médias e desvios padrão) e as correlações obtidas entre cada item e o valor global o que possibilita obter informações de como o item se combina com o valor global. Ao analisar-se os valores de alfa de Cronbach, os mesmos podem ser classificados, na sua larga maioria de bons, na medida em que os valores mínimos e máximos oscilam entre os 0.586 no item 8 do fator 2 (práticas) e 0.934 no item 11 do fator 3 (conhecimentos/habilidades e competências). Os valores médios e respetivos desvios padrão dos diferentes itens permitem afirmar que, na globalidade, os itens se encontram bem centrados. Os coeficientes de correlação item total corrigido indicam que se está perante correlações positivas, sendo o valor mais baixo o do item 9 do fator 2 (práticas) ($r=0.507$) com uma variabilidade de 25,9%, e o mais elevado o item 16 do fator 3 (conhecimentos/habilidades e competências) ($r=0.803$), correspondendo-lhe uma variabilidade de 69,8% (cf. Tabela 1).

Foi-se de seguida analisar a estatística descritiva de cada item da escala (média e desvios padrão) e as correlações obtidas entre cada item e o total corrigido de cada subescala (com a exclusão do item), além disso estudou-se também a fidelidade da escala nomeadamente a consistência interna, calculando-se o Alpha de Cronbach de cada subescala e para o total global (cf. Tabela 1).

No Fator 1 – Práticas verifica-se, pelos valores médios, homogeneidade nas respostas dadas aos diferentes itens uma vez que se obteve uma pontuação que oscila entre os 4,97 no item 1 e 5,60 no item 4. O coeficiente de Alpha de Cronbach obtido neste fator foi de 0,881, indicando uma boa consistência interna. Constata-se ainda que nenhum dos itens ao ser eliminado conduz a um aumento da consistência interna do fator. O maior valor de correlação do item com o total do fator corrigido situa-se no item 2 ($r=0,766$) com uma variabilidade de 65,3% e o que apresenta menor correlação é o item 6 ($r=0,601$), com uma percentagem de variância explicada de 43,4% (cf. Tabela 1).

Em relação ao Fator 2 – Atitudes, infere-se, pelos valores médios, que a menor média se situa no item 7 “Não me agrada que a minha prática clínica seja questionada/ Acolho com agrado as perguntas sobre a minha prática” com 5,98 e a maior no item 8 com 6,50 “A prática com base em evidências é uma perda de tempo/ A prática baseada em evidências é essencial à prática”. Quanto aos valores da correlação de cada item com o total corrigido do fator (com exclusão desse item), o mais elevado é de $r=0,536$ no item 8 e o menor de $r=0,507$ no item 9, com uma variabilidade de 28,7% e 25,9%, respetivamente. O coeficientes de alpha de Cronbach neste fator é de $\alpha=0,701$ revelando uma razoável consistência interna. Verifica-se ainda que nenhum item desta escala ao ser eliminado conduziria ao aumento do Alpha de Cronbach do fator (cf. Tabela 1).

Ao analisar-se o Fator 3 – Conhecimentos/habilidades e competências, pelos valores médios, constata-se que o item mais favorável recai é o 15 “Capacidade de identificar lacunas na sua prática profissional” e o menos favorável o item 13 “Conversão das suas necessidades de informação numa pergunta de investigação”. O Alpha total do fator (0,934) revela uma consistência interna muito elevada. Relativamente à correlação de cada item com o total do fator corrigido (com exclusão do item) o maior valor de correlação situa-se no item 16 ($r=0,803$) com uma variabilidade de 69,8% e o que apresenta menor correlação é o item 11 ($r=0,603$) com uma percentagem de variância explicada de 47,0% (cf. Tabela 1).

Tabela 1 – Estatística descritiva dos itens por subescala da Escala Eficácia Clínica e Prática Baseada em Evidências (QECPBE-20)

	Média	SD	r/item total	r ²	α sem item
Fator 1 - Práticas					0.881
1. Formulou uma pergunta de partida claramente definida, como início de um processo para preencher essa lacuna	4.97	1.610	.631	.620	.873
2. Localizou as evidências relevantes depois de ter formulado a pergunta	5.16	1.467	.754	.701	.850
3. Analisou criticamente e segundo critérios explícitos, qualquer literatura que tenha encontrado	5.18	1.451	.747	.614	.851
4. Integrou as evidências que encontrou na sua prática	5.60	1.260	.766	.653	.851
5. Avaliou os resultados da sua prática	5.50	1.349	.670	.555	.864
6. Partilhou essa informação com colegas	5.49	1.406	.601	.434	.875
Fator 2 - Atitudes					0.701

	Média	SD	r/item total	r ²	α sem item
7. Não me agrada que a minha prática clínica seja questionada/ Acolho com agrado as perguntas sobre a minha prática	5.98	1.105	.509	.260	.621
8. A prática com base em evidências é uma perda de tempo/ A prática baseada em evidências é essencial à prática profissional	6.50	1.051	.536	.287	.586
9. Mantenho-me fiel a métodos testados e aprovados, ao invés de mudar para algo novo/ A minha prática mudou devido às evidências que encontrei	6.15	1.048	.507	.259	.621
Fator 3 - Conhecimentos/habilidades e competências					0.934
10. Competências de pesquisa	5.36	1.000	.744	.623	.927
11. Competências em TI (Tecnologias de Informação)	5.46	1.064	.603	.470	.934
12. Monitorização e revisão de competências praticas	5.36	1.067	.786	.658	.925
13. Conversão das suas necessidades de informação numa pergunta de investigação	4.83	1.331	.736	.597	.929
14. Percepção dos principais tipos e fontes de informação	5.35	1.128	.775	.628	.925
15. Capacidade de identificar lacunas na sua prática profissional	5.74	.962	.655	.476	.931
16. Saber como obter as evidências	5.39	1.096	.803	.698	.924
17. Capacidade de analisar, de forma crítica, as evidências segundo normas definidas	5.40	1.097	.799	.707	.924
19. Capacidade de determinar a utilidade (aplicabilidade clínica) do material	5.56	.990	.745	.686	.927
20. Capacidade de aplicar a informação a casos individuais	5.36	1.000	.744	.623	.927
Coefficiente alfa de Cronbach global					0.930

Utilizando a análise fatorial confirmatória, com recurso a um *software* de modelização de equações estruturais, AMOS, procurou-se confirmar a estrutura fatorial de 3 fatores da escala original.

Foram testados dois modelos: um com a totalidade dos itens da escala original e outro com a eliminação do item 18. Constatou-se que com eliminação do item 18, as medidas de ajustamento melhoraram consideravelmente. A Figura 1 refere-se a uma análise fatorial confirmatória de 2ª ordem referente ao modelo sem o item 18. De seguida mostram-se as medidas de ajustamento dos dois modelos de forma a fundamentar a eliminação do item 18.

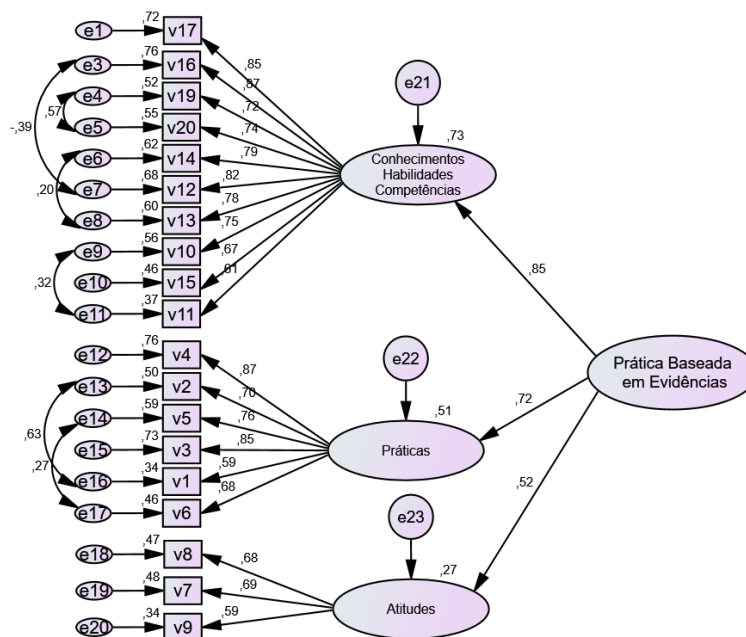


Figura 1 – Modelo Final AMOS de 2ª ordem: Eficácia Clínica e Prática Baseada em Evidências

As medidas de ajustamento para a escala original (com o item 18) constataam que o valor do χ^2/df revela um mau ajustamento (5,004) e o RMSEA também revela um valor inaceitável (0,104), os valores de CFI (0,864) e GFI (0,803) são considerados aceitáveis. Retirando o item 18 o valor do χ^2/df torna-se aceitável (2,030), e o RMSEA bom (0,053). Os valores de CFI (0,967) e GFI (0,926) passam a traduzir um ajustamento bom ou muito bom. Optou-se assim, neste estudo, por retirar o item 18 do Fator 3 que se refere aos conhecimentos/habilidades e competências (cf. Tabela 2). Neste sentido, o estudo da consistência interna do instrumento, após eliminação do item 18, foi considerada muito bom através da obtenção do valor global de $\alpha = 0,930$ e, por fatores por ordem crescente, valores de $\alpha = 0,881$; 0,701 e 0,934, respetivamente.

Tabela 2 – Medidas de Ajustamento: valores referência e valores encontrados para a escala - Eficácia Clínica e Prática Baseada em Evidências (QECPE-20)

Medidas de Ajustamento	Valores de Referência	Valores encontrados com item 18	Valores encontrados sem item 18
χ^2 / df	>5 – Ajustamento mau]2;5[- Ajustamento aceitável]1;2[– Ajustamento Bom ~ 1 – Ajustamento Muito Bom	$\chi^2 / df = 5,004$	$\chi^2 / df = 2,030$
CFI GFI	<0,8– Ajustamento mau]0,8; 0,9[- Ajustamento aceitável]0,9; 0,95[– Ajustamento Bom ≥ 0,95– Ajustamento Muito Bom	CFI = 0,864 GFI = 0,803	CFI = 0,967 GFI = 0,926
RMSEA	>0,10– Ajustamento inaceitável]0,05; 0,10[– Ajustamento Bom ≤ 0,05– Ajustamento Muito Bom	RMSEA = 0,104	RMSEA = 0,053
RMR	Quanto menor este valor, melhor o ajustamento, indicando um RMR = 0 um ajustamento perfeito	RMR = 0,085	RMR = 0,064

A matriz de correlação de Pearson entre os diversos fatores da escala revela, na globalidade, valores positivos e significativamente correlacionados. Perante estes resultados, apura-se que o aumento ou diminuição dos índices da eficácia clínica e prática baseada em evidências num dos fatores se encontra associado ao aumento ou diminuição nos índices nos restantes fatores (cf. Tabela 3).

Tabela 3 – Matriz de Correlação de Pearson entre os fatores da Escala Eficácia Clínica e Prática Baseada em Evidências (QECPE-20)

Fatores	Fator 1- Práticas	Factor 2 - Atitudes	Fator 3 – Conhecimentos/habilidades e competências
Fator 1- Práticas	-	.302**	.552**
Factor 2 - Atitudes	.302**	-	.359**
Fator 3 - Conhecimentos/habilidades e competências	.552**	.359**	-

4. DISCUSSÃO

A validade de constructo procura identificar se o instrumento mede realmente o que pretende medir e é simplesmente aceite, na medida em que as provas a seu favor vão sendo superiores às provas contrárias (Cunha et al., 2018).

O presente estudo teve como objetivo proceder à validação das propriedades psicométricas do Questionário de Eficácia Clínica e Prática Baseada em Evidências, focando-se na validade de constructo tendo-se apurado que o estudo de validação e de fiabilidade realizados, por intermédio, da técnica análise fatorial confirmatória revelou a manutenção da estrutura fatorial da escala, constituída por 3 fatores perfazendo um total de 19 itens, contrastando com os 20 itens propostos por Pereira et al. (2015), tendo-se obtido que a consistência interna do questionário, aferida através do alfa de Cronbach, no geral é classificado de muito bom ($\alpha=0,930$). Os valores de alfa de Cronbach por subescala denotam uma consistência interna a oscilar entre o bom e o muito bom, nomeadamente: F1 - Práticas ($\alpha=0,881$); F2 - Atitudes ($\alpha=0,701$) e F3 - Conhecimentos/Habilidades e Competências ($\alpha=0,934$). Estes resultados indicam ser mais consistentes do que o estudo original validado para a população portuguesa de Pereira et al. (2015) que evidenciou um valor de $\alpha = 0,740$ e variância total explicada de 56,739% e, por fatores F1 com $\alpha = 0,740$; F2 com $\alpha = 0,750$ e F3 com $\alpha = 0,950$. Pela exposição dos resultados exposto, é possível afirmar que o QECPE-19

identifica a existência de uma estrutura válida e fiável para este instrumento de medida das práticas, atitudes e conhecimentos/habilidade e competências dos enfermeiros portugueses relativamente à PBE.

De modo a aprofundar o estudo de validade do questionário, realizou-se uma análise fatorial exploratória no sentido de se obter o valor da variância total explicada em função do valor de α obtido com a eliminação do item 18 ($\alpha = 0,930$) e obteve-se o valor de 63,660%, valor também ele superior ao estudo de Pereira et al. (2015).

Face aos resultados poder-se-á referir que a PBE surge, portanto, como potenciadora da decisão clínica segura, da qualidade dos cuidados e da autonomia em enfermagem na medida que, os recursos são usados com maior eficiência, aumentando a satisfação dos pacientes e, por outro lado, os índices de efetividade e de segurança sentidos pelos enfermeiros aquando da realização das suas realizações é incomparavelmente maior, pois sentem que tudo o que fazem se encontra sustentado à luz da evidência científica mais atual (Melnyk & Fineout-Overholt, 2015).

Por outro lado, encontrando-se, motivados para o desenvolvimento destas competências, a PBE poderá ser vista pelos enfermeiros como um conjunto de estratégias cognitivas e comportamentais que lhes permitirá lidar de modo mais eficaz e adequado perante as constantes e tendencialmente maiores exigências internas ou externas com que se deparam no seu dia-a-dia, as quais se poderão apresentar, inclusivamente, desafiantes e permitir o desenvolvimento contínuo dessas mesmas competências. A adoção de estratégias educativas, em melhoria contínua, alicerçadas num adequado processo de gestão de recursos e de tempo permitirão, por sua vez, o desenvolvimento e a capacitação dos profissionais para a PBE (Alqahtani et al., 2020).

CONCLUSÕES

Sendo um questionário relativamente breve, de aplicação simples, que utiliza uma linguagem facilmente compreendida pelos enfermeiros, este, demonstra-se adequado para utilização em amostras com características sociodemográficas diferentes com contextos de prestação de cuidados também eles diferentes o que, por si só, sustentou a nossa dúvida e/ou receio inicial de que isso não poderia ser concretizado. Corroborando esta afirmação, os resultados obtidos permitem concluir que a escala denota propriedades psicométricas adequadas, evidenciadas pelos índices de fiabilidade: alfa global de Cronbach ($\alpha = 0,930$) e variância total explicada de 63,660%, ambos superiores ao da escala validada para a população portuguesa por Pereira et al. (2015).

Pela observação da estatística descritiva referenciada na Tabela 1, constatamos que no que concerne às implicações para o exercício profissional dos Enfermeiros, estes, assumem claramente o F2 – Atitudes como o fator mais valorizado relativamente à PBE revelando, neste sentido, a existência de interesse desta classe profissional na mudança e no aprimorar da prática de cuidados. No entanto, é fundamental que tanto as instituições de saúde como as instituições académicas e/ou formativas fomentem a prática de cuidados baseada em evidências, fazendo-se munir de todas as ferramentas necessárias para proporcionar todas as condições que se almejem ser favoráveis à instituição e ao desenvolvimento destes hábitos de trabalho de cariz investigador que, como vimos, melhoram substancialmente os índices de satisfação dos doentes e da qualidade e segurança dos cuidados prestados.

Por fim, almejamos que esperamos que este estudo reforce o alerta para a necessidade de investimento das instituições de saúde e dos profissionais de saúde nesta área de intervenção (por exemplo: acoplamento destas temáticas nos planos de formação institucionais), por forma a colmatar lacunas com a falta de tempo e de recursos que estimulem, precisamente, o desenvolvimento das práticas e dos conhecimentos/habilidades e competências que, como vimos, evidenciaram valores médios inferiores às atitudes preferencialmente reconhecidas pelos enfermeiros deste estudo.

Este estudo comporta algumas limitações, sendo a mais evidente a lacuna na referência a estudos sobre a problemática estudada, resultante da escassez de estudos que contemplem a relação entre a eficácia clínica e os componentes estruturais da PBE (práticas, atitudes e conhecimentos/habilidades e competências), o que não permitiu uma explanação mais aprofundada dos resultados, de modo a discutir e comparar as inferências descritas. Todavia, é de salientar pela positiva: o estudo da análise fatorial confirmatória do instrumento de medida – QECPBE-20 e a análise da problemática numa amostra de 738 enfermeiros(as) originários de todo o território português, nos vários contextos de prestação de cuidados pese embora, só representem cerca de 1% do corpo de profissionais de enfermagem registados na OE em Portugal, sensivelmente.

Apesar destas limitações, considera-se que esta investigação se assume como um contributo, ainda que humilde, para futuros estudos sobre o conhecimento dos enfermeiros portugueses sobre a eficácia clínica e a PBE.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abreu, W. (2011). *Transições e Contextos Multiculturais – contributos para a anamnese e recurso aos cuidados informais*. 2aed. Coimbra: Formasau - Formação e Saúde. ISBN 978-989-8269-13-3.

- Alqahtani, N., Oh, K.M., Kitsantas, P., & Rodan, M. (2020). Nurses' evidence-based practice knowledge, attitudes and implementation: A cross-sectional study. *Journal of Clinical Nursing*, 29, 274–283. Acedido em <https://doi.org/10.1111/jocn.15097>
- António, C., Santos, E., Cunha, M., & Duarte, J. (2019). Estudo psicométrico da Escala de Práticas de Enfermagem na Gestão da Dor. *Revista de Enfermagem Referência, Série IV*, 22, 51-62. Acedido em <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserIVn22/serIVn22a06.pdf>
- Chicória, M. (2013). Cuidados de Enfermagem: Uma Prática Baseada na Evidência. Dissertação de Mestrado, Coimbra. Acedido em <https://repositorio.esenfc.pt/private/index.php?process=download&id=27656&code=210>.
- Conselho Internacional de Enfermeiros (2012). Combater a desigualdade: Da evidência à ação. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Acedido em https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8904/ind-kit-2012-final-portugu%C3%AAs_vfinal_correto.pdf
- Cunha, M., Duarte, J., Cardoso, A., Ramos, A., Quintais, D., Monteiro, R., & Almeida, V. (2018). Inventário habilidades do cuidador: Estrutura fatorial numa amostra de participantes portugueses. *Revista Millenium, Série 2*, 6, 41-55. DOI:10.29352/mill0206.04.00164
- Institute of Medicine. (2003). Health professions education: A bridge to quality. Washington, D.C.: National Academies; Oxford Publicity Partnership. Acedido em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK221528/>
- Karki, S., Acharya, R., Budhwani, H., Shrestha, P., Chalise, P., Shrestha, U., & et al. (2015). Perceptions and Attitudes towards Evidence Based Practice among Nurses and Nursing Students in Nepal. *Kathmandu Univ Med J*, 52(4), 308-15. Acedido em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27423280>
- Lopes, L., & Santos, S. (2010). O modelo de cuidados de saúde baseados na evidência do Instituto Joanna Briggs. *Revista Referência. UNIDADE DE INVESTIGAÇÃO (UICISA-dE). II.a Série*, 12, 123-133. Coimbra, Portugal. Acedido em https://rr.esenfc.pt/rr/index.php?module=rr&target=publicationDetails&pesquisa=&id_artigo=2162&id_revista=4&id_edicao=32
- Marôco, J. (2014). *Análise Estatística com o SPSS Statistics (6a ed.)*. Pêro Pinheiro: ReportNumber.
- Melnyk, B. M., & Fineout-Overholt, E. (2015). Evidence-based practice in nursing and healthcare: A guide to best practice (3rd edn). Philadelphia, PA: Wolters Kluwer Health. Acedido em <https://www.semanticscholar.org/paper/Evidence-Based-Practice-in-Nursing-%26-Healthcare%3A-A-Melnyk-Fineout-Overholt/c7dd03907f4c34459a991bd728a1f6b6dc0b51ce>
- Ordem dos Enfermeiros. (Dezembro de 2001). Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Enquadramento Conceptual; Enunciados Descritivos. Acedido em <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE. Lisboa. Acedido em https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/nEstatuto_REPE_29102015_VF_site.pdf
- Pereira, R., Guerra, A., Cardoso, M., Santos, A., Figueiredo, M., & Vaz Carneiro, A. (2015). Validação da versão portuguesa do Questionário de Eficácia Clínica e Prática Baseada em Evidências. *Revista Latino Americana de Enfermagem*, 23, 345-351. DOI:10.1590/0104-1169.0367.2561
- Vaz Serra, A., Canavarró, M. C., Simões, M. R., Pereira, M., Gameiro, S., Quartilho, M. J., Carona, C., & Paredes, T. (2006). Estudos psicométricos do instrumento avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-Bref) para Português de Portugal. *Psiquiatria Clínica*, 27(1), 41-49. Acedido em <https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/21539/1/2006%20Estudos%20psicom%3a9tricos%20do%20WHOQOL-Bref.pdf>