CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIROS

Combater a desigualdade:

da evidência à ação



Dia Internacional do Enfermeiro **12 de maio de 2012**

COMBATER A DESIGUALDADE:
DA EVIDÊNCIA À AÇÃO

DIA INTERNACIONAL DO ENFERMEIRO 2012

Ficha Técnica

Título: Combater a desigualdade: da evidência à acção – *Closing the gap: from evidence to action*

Edição Portuguesa: Ordem dos Enfermeiros – maio 2012

Tradução: Enf.ª Sandy Severino

Revisão Técnica: Enf.º Bruno Noronha

Edição de texto: Dr.ª Luísa Neves

Capa: Conselho Internacional de Enfermeiros - ICN

ISBN da Versão Inglesa: 978-92-95094-75-8

ISBN da Versão Portuguesa: 978-989-8444-09-7

Esta obra foi redigida ao abrigo do Acordo Ortográfico.

Todos os direitos, incluindo a tradução noutras línguas, reservados. Nenhuma parte desta publicação pode ser reproduzida por qualquer meio eletrónico, mecânico, gravação, fotocópia ou outros, sem a autorização expressa do Conselho Internacional dos Enfermeiros ou do Centro Internacional de Recursos Humanos em Enfermagem. Pequenos excertos (menos de 300 palavras) poderão ser reproduzidos sem autorização, na condição da fonte estar indicada.

Copyright © 2012 pelo International Council of Nurses

3, place Jean-Marteau, 1201 Genebra, Suíça

Índice

Carta da Presidente e do CEO do ICN		5
Introdução		7
Capítulo 1:	Compreender a prática baseada na evidência	9
Capítulo 2:	Fontes de evidência	17
Capítulo 3:	Da evidência à ação	21
Capítulo 4:	Defendendo a causa	29
Capítulo 5:	Papel das Associações Nacionais de Enfermeiros (ANE)	33
Anexos		
Anexo 1:	Competências de avaliação crítica	39
Anexo 2:	*Framework* para a prática reflexiva	41
Anexo 3:	Plano de negócios / desenvolvimento de serviços	43
Anexo 4:	Tomada de Posição do ICN: Investigação em Enfermagem	47
Anexo 5:	Folha Informativa do ICN: Indicadores de Resultado Sensíveis ao Trabalho de Enfermagem	49
Anexo 6:	Folha Informativa do ICN: Investigação em Enfermagem	53
Referências		57
Recursos adicionais		59

12 de maio 2012

Caros Colegas,

Na nossa procura de qualidade e acesso aos cuidados de saúde, esforçamo-nos continuamente para utilizar abordagens baseadas na evidência nos serviços de Enfermagem. Hoje, serviços de saúde por todo o mundo estão a ser desafiados pelas desigualdades na qualidade e quantidade dos serviços, assim como, pela redução dos recursos financeiros. Uma das razões pela qual os serviços são prestados de uma forma pouco otimizada reside no facto das tomadas de decisão serem baseadas em informação desadequada. Poderá, também, resultar numa disponibilidade menos eficiente, efetiva e mais desigual dos serviços de saúde. A utilização de evidência para informar as nossas ações é uma maneira crítica e viável para melhorar o desempenho do sistema de saúde.

Contudo, o aumento da informação disponível pode significar que ao invés de tornar a procura de evidência mais fácil esta torna-se esmagadora. Hoje, mais que nunca, os enfermeiros precisam de aprender não apenas como adquirir evidência, mas também como utilizar esse conhecimento no seu dia-a-dia. Nem toda a evidência é robusta e confiável. Os enfermeiros precisam de aprender a identificar a melhor evidência disponível, considerando as necessidades e preferências dos utilizadores dos serviços de saúde, enquanto utilizando a sua própria experiência, competências e juízo clínico quanto à viabilidade da sua utilização no contexto local.

Este *kit* do Dia Internacional do Enfermeiro (DIE) 2012 capacita os enfermeiros para identificarem a evidência a utilizar, saberem como a interpretar e se os resultados esperados são suficientemente importantes para mudar a prática – e assim usar os recursos noutros locais onde poderão ser preciosos e necessários.

O ICN acredita que os enfermeiros estão bem colocados para fornecer informações importantes sobre o contexto, sistemas diferentes, necessidades de grupos populacionais e sobre o papel da política local e mo os fatores sociais.

O uso de uma abordagem baseada na evidência permite-nos desafiar e sermos desafiados sobre a nossa abordagem para a prática, mantendo-nos

responsáveis. Permite-nos rever constantemente a nossa prática e procurar formas novas, mais eficazes e eficientes de fazer as coisas, aumentando assim o acesso aos cuidados e bem-estar.

Sinceramente,

Rosemary Bryant Presidente	David C. Benton Chief Executive Officer

INTRODUÇÃO

A disponibilidade de informação e o crescimento da ciência levaram a melhorias significativas nos resultados de saúde em todo o mundo. Contudo, a diferença nos resultados, as desigualdades de saúde e serviços de saúde com baixo desempenho continuam a apresentar um verdadeiro desafio para todos os enfermeiros. Metade das mortes no mundo poderiam ser prevenidas através de intervenções simples e custo-eficazes, tal como reconhecido pela Organização Mundial da Saúde (WHO 2004), não se sabendo o suficiente sobre como torná-las mais acessíveis para as pessoas que delas necessitam. Deve ser colocado maior ênfase não só na descoberta de novos produtos, medicamentos e diagnósticos, como também na forma como utilizamos este conhecimento, sobre *como vamos combater a desigualdade e diminuir a lacuna entre a evidência e a ação*.

Enquanto comunidade de enfermeiros, temos de compreender o papel que possuímos no contínuo da evidência à ação e, apesar destes papéis serem diferentes, é fundamental que nos sintamos informados o suficiente para colocar questões pertinentes, desenvolver as nossas competências e assegurar que trabalhamos proximamente com colegas para assegurar que o investimento na investigação é utilizado da melhor forma. Como utilizadores de investigação, os enfermeiros também gerem conhecimentos. Os enfermeiros estão habitualmente bem colocados para providenciar informação importante acerca do contexto, dos diferentes sistemas, grupos populacionais e o papel de políticas locais e fatores sociais. Esta compreensão é vital para inovar serviços locais e desenvolver novas formas de trabalhar.

Devemo-nos comprometer a desenvolver um ambiente conducente a tomadas de decisão e práticas baseadas na evidência. Porém, para atingir este objetivo, as equipas que produzem investigação precisam de trabalhar intimamente com as equipas que utilizam os seus resultados, incluindo a comunidade na sua globalidade. Isto nem sempre é fácil de atingir por várias razões, mas sem estas parcerias continuamos a desperdiçar recursos e resultados importantes que poderão demorar muitos anos até serem estabelecidos como melhor prática.

O conjunto de ferramentas que aqui apresentamos foi desenhado especificamente para apresentar uma visão global dos aspetos-chave de uma área complexa que necessita de ser desenvolvida. Inclui vários *links* para materiais detalhados que se encontram disponíveis aos leitores individuais, de forma a poderem seguir a sua área de interesse e as competências necessárias.

CAPÍTULO 1

Compreender a Prática Baseada na Evidência

O cumprimento dos Objetivos de Desenvolvimento do Milénio, estabelecidos pela Organozação das Nações Unidas (ONU) é uma ambição mundial que chama os enfermeiros à ação. Estes objetivos, tal como muitos outros objetivos relacionados com a Saúde, só serão cumpridos se tivermos políticas de saúde bem informadas e planos de ação bem geridos e liderados. A realidade é que os hábitos da prática e não a prática baseada na evidência impedem-nos de atingir os nossos objetivos. Tomadas de decisão mal informadas são uma das razões principais pela qual serviços poderão não funcionar de uma forma ótima e poderá contribuir para variações na prática que se traduzem em serviços menos eficientes, menos eficazes e desiguais. Todos precisamos de gerir o nosso orçamento de forma prudente, por diversas razões, e a evidência tem um papel vital nesta área.

Desde o início dos anos 90 que existe uma procura para a medicina baseada na evidência que se foca na tomada de decisão médica. Isso emergiu do trabalho de um grupo de investigadores da Universidade de McMaster, em Ontário, no Canadá, que se propuseram a redefinir a prática de medicina de forma a poderem adquirir e utilizar a informação mais facilmente. Queriam mudar a medicina de uma cultura baseada na experiência clínica – baseada na evidência médica, caracterizada por um viés pessoal e pobres registos de resultados – para uma cultura onde existem registos de informação sem viés e onde os benefícios para o doente são valorizados.

Esta abordagem rapidamente apresentou benefícios reais para os clientes e reduziu custos. Outros clínicos começaram a seguir este exemplo e os princípios desta abordagem foram adaptados por todos os envolvidos nos sistemas de saúde, incluindo utilizadores, decisores políticos, gestores de saúde e, claro, enfermeiros. Uma crítica inicial à abordagem da prática baseada na evidência (PBE) foi a que fomentava a crença de que a maioria das práticas era determinada por evidência resultante de investigação. Isto mostrou-se um desafio para a Enfermagem, onde a base investigativa ainda carece de muito desenvolvimento. Na realidade, o que a abordagem da PBE reconhece é que as decisões são raramente baseadas apenas na evidência. Juízos, valores e fatores individuais têm sempre um papel importante (Hamer & Collinson 2005).

No entanto, também é claro que se os enfermeiros utilizarem uma abordagem baseada na evidência na sua prática, eles são capazes de colocar boas questões sobre como e quando eles devem mudar a sua prática, demonstrando que utilizam boa informação para basear as suas decisões, avaliam a sua prática e sabem se os resultados pelos quais estão a ser avaliados são, antecipadamente, adequados e aceites. É por esta razão que o ICN promove e apoia a prática baseada na evidência através das suas publicações e da Rede de Investigação do ICN (ICN 2010; www.icn.ch/networks/research-network/).

O que é a evidência?

É fácil confundir-se a evidência com a linguagem associada à abordagem da PBE dado que esta utiliza frequentemente linguagem académica que, historicamente, poderá ter atuado como uma barreira para a compreensão dos enfermeiros. Talvez nos ajude o desenvolvimento de uma compreensão comum do que é a evidência. Como Lomas et al. (2005) referiu: «evidência refere-se a factos (atuais ou afirmados) a serem utilizados para apoiar uma conclusão». Adicionalmente, um facto é algo que se sabe através da observação ou experiência. Isto significa que existem várias possíveis fontes de evidência utilizando vários meios diferentes, desde histórias tradicionais a imagens visuais na internet.

Figura 1: Definições Principais

Prática Baseada na Evidência (PBE)
Um método de resolução de problemas no âmbito da decisão clínica que incorpora uma pesquisa da melhor e mais recente evidência, experiência e avaliação clínica, bem como as preferências do doente no contexto do cuidar.

Investigação em Enfermagem
Investigação em Enfermagem envolve o inquérito sistemático desenhado especificamente para desenvolver, aperfeiçoar e aumentar o conhecimento em Enfermagem. O objetivo da investigação em Enfermagem é responder a questões e desenvolver conhecimento utilizando uma metodologia científica - sendo esta quantitativa, qualitativa ou mista.

Melhoria da Qualidade (MQ)
A melhoria da qualidade, da clínica ou do desempenho concentra-se nos sistemas, nos processos e funções, na satisfação clínica e nos resultados de custo. Projetos de MQ poderão contribuir para a compreensão das melhores práticas ou processos de tratamento que envolvem os enfermeiros. A MQ não está projetada para o desenvolvimento de *standards* para a prática ou para a ciência de Enfermagem.

Nem toda a evidência é igualmente útil. O quão útil é a evidência poderá ser tema de muito debate (WHO 2004) porém, habitualmente a evidência resultante da investigação – porque utiliza métodos sistemáticos para recolher e analisar observações – tem uma ponderação mais significativa no processo de tomada de decisão. Além disso, uma investigação que é melhor em termos de desenho e execução é vista como mais útil pelos decisores.

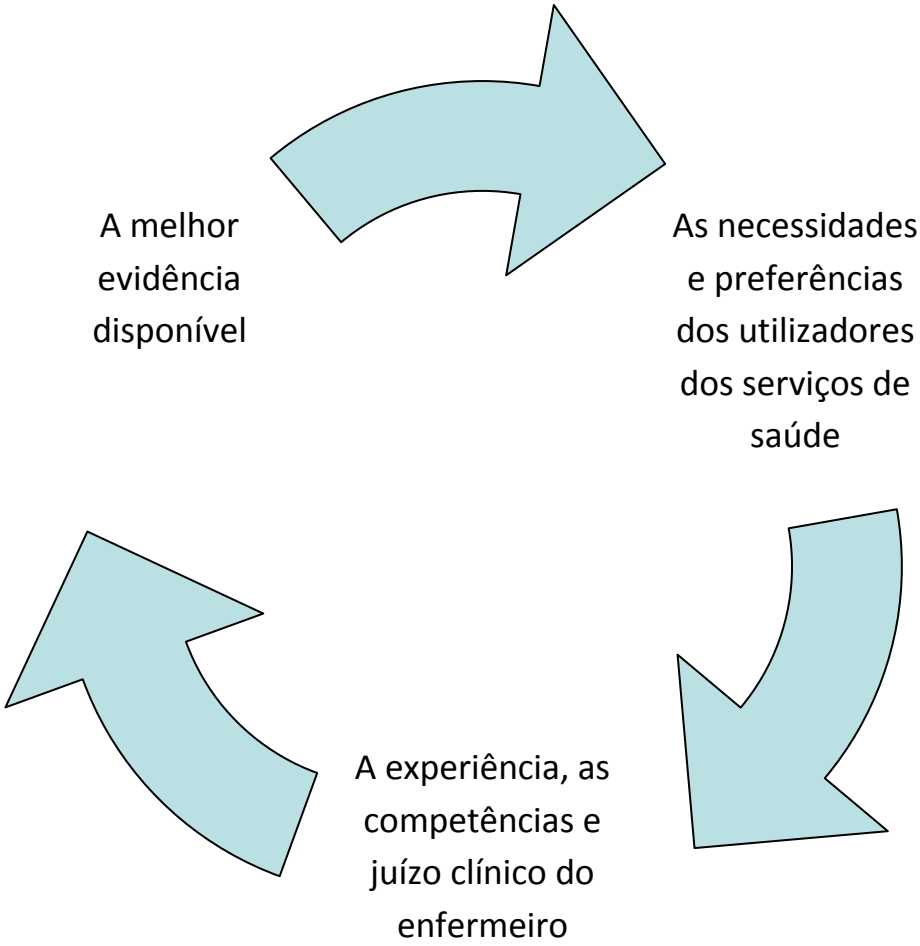
Ao fazer julgamentos sobre o uso de provas (poderá estar a usar vários tipos) é útil ser capaz de explicar aos outros a forma como tomou a decisão. Tal facto ajuda o processo de decisão, tornando-o sistemático e visível, e assim, claramente comunicável a outros. Isto pode aumentar a qualidade da decisão, reduzir a possibilidade de erros e divergências e aumentar a probabilidade de implementação de novas práticas, dado que todas as provas são específicas ao contexto (Ruland 2010). Este processo poderá também clarificar a necessidade de evidência e permitir que outros praticantes consigam encontrar e ter acesso a estas provas.

Diferentes tipos de evidência são mais apropriados para diferentes tipos de questões e os enfermeiros necessitam de estar ativamente envolvidos em assegurar que a investigação relevante, quando disponível, é identificada, avaliada e usada

adequadamente. A construção na perspetiva do cliente e prestador de cuidados é fundamental para poder aumentar a possibilidade de um processo de mudança com sucesso.

Os três elementos-chave para uma prática baseada na evidência com sucesso estão delineados na Figura 2.

Figura 2: Elementos de uma Prática Baseada na Evidência



Identificar a evidência

Existem várias razões pelas quais os enfermeiros poderão procurar evidência para informar uma decisão que querem tomar: poderá ser para apoiar uma mudança de prática, para considerar a melhor opção de uma série de escolhas ou para comparar custos de várias formas de tratamento. Qualquer que seja a razão, o primeiro passo reside em formular uma boa pergunta.

Por vezes a pergunta é fácil de definir porque baseia-se numa lacuna de conhecimento óbvia que poderá ser identificada por um enfermeiro, tal como um cliente que apresenta uma condição que nunca experienciaram. Serão menos fáceis de identificar e definir aspetos da prática que são «rotina» e que, não tendo sido

questionados até então, o *feedback* obtido por outros técnicos ou clientes sugere que é necessária uma mudança. Por exemplo, encorajar clientes para gerir situações crónicas.

Quando um problema é identificado torna-se mais fácil segui-lo com a ajuda de questões adequadas para identificar a evidência necessária para resolver o problema.

Existem inúmeros métodos para construir questões. Porém, a maioria contém quatro elementos – PICO (Figura 3);

1. O problema: o cliente, população ou condição com a qual lida.
2. A intervenção que está a considerar.
3. Uma comparação (nem sempre é necessário) com a qual compara a intervenção existente.
4. Os resultados de interesse.

Figura 3: Formular uma boa questão

PICO:

Problema

Intervenção

Comparação

O*utcome*

Tendo definido uma questão, agora é possível encontrar a evidência. Não existe, claramente, falta de informação e, aí sim, reside o desafio (Figura 4). As prateleiras das bibliotecas estão cheias de revistas e a internet dá-nos milhares de peças de informação num simples clique. Existem tantas fontes de informação que os enfermeiros, tal como os clientes, têm que trabalhar arduamente para se manterem ativos, informados e consumidores críticos, de forma a não se sentirem esmagados pela tarefa – o que pode fazer com que simplesmente nem a tentem. Todos os enfermeiros deverão ser capazes de fazer um juízo acerca dos pontos fortes, das fraquezas e das limitações sobre a forma como a evidência foi desenvolvida, para avaliar e utilizá-la de forma crítica caso seja necessário. Um exemplo de uma ferramenta de avaliação crítica encontra-se no **Anexo 1.**

Figura 4: Potenciais fontes de evidência

- Investigação desenvolvida por profissionais de saúde ou académicos;
- Investigação desenvolvida por empresas, i.e., empresas farmacêuticas;
- Revisões de investigação e *guidelines* clínicas;
- Opinião de peritos;
- Opinião de colegas;
- Experiência clínica;
- Experiência de clientes e cuidadores;
- Dados de auditorias clínicas.

Toda a evidência tem o seu valor e o contributo dos colegas que estão na prática clínica e dos clientes mantém-se igualmente importante.

A investigação é diferente das restantes formas de evidência devido ao processo utilizado e, apesar de existirem vários tipos de estudos, espera-se que todos sejam sistemáticos (seguindo um protocolo claro), rigorosos e relevantes. Em várias áreas da prática o tipo de questão colocada necessita de um determinado método de

investigação. Por exemplo, um estudo controlado aleatório poderá examinar a efetividade de um novo tratamento. Contudo, uma metodologia qualitativa será necessária para compreender os sentimentos do doente acerca do efeito do tratamento. Esta combinação de métodos é vista, cada vez mais, como crítica para a introdução bem-sucedida de novas práticas. É por isto que o ICN (2007), no seu parecer sobre a investigação em Enfermagem, pondera de igual forma as metodologias qualitativas e quantitativas. Como foi visto anteriormente, quanto maior for a evidência – que nos permite compreender as mudanças que queremos fazer – maior probabilidade de sucesso temos. Isto poderá ser visto como um contínuo de evidência (Figura 5):

Figura 5: Contínuo de evidência

Qualitativo					**Quantitativo**
Opinião baseada na experiência	Desenhos quantitativos sistemáticos	Estudos descritivos	Inquéritos	Estudos de *coorte*	Estudos controlados aleatórios

Independentemente da metodologia aplicada, toda a evidência tem os seus pontos fortes e fracos. A questão central mantém-se: este é o método adequado e o estudo decorreu de forma **rigorosa e sistemática**? Para mais informação acerca dos vários métodos de investigação consulte alguns dos recursos adicionais encontrados no final deste documento.

Meta-análise
Esta técnica combina dados originais de estudos semelhantes e, utilizando técnicas estatísticas, cria uma única estimativa dos resultados.

Resumindo a evidência

Quando os enfermeiros começam a procurar evidência poderá tornar-se muito demorado e caro ver cada estudo de forma individual. A evidência «primária»[1] também poderá apresentar visões contraditórias. Existe um conjunto específico de competências associadas à ponderação de grandes volumes de evidência de forma a fazer recomendações. Este trabalho é frequentemente realizado por universidades para os serviços de saúde. Reconhecendo este desafio e os custos associados, muitos governos criaram unidades especializadas no desenvolvimento de *guidelines* clínicas, revisões sistemáticas e revisões críticas.

[1] Fontes primárias são matérias originais que não foram filtradas através da interpretação ou avaliação e em que se baseia outra investigação. Habitualmente são a primeira apresentação formal de resultados em formato físico, impresso ou eletrónico. Apresentam pensamentos originais, relatam uma descoberta ou partilham informação nova (Fonte: Bibliotecas da Universidade de Maryland: www.lib.umd.edu/guides/primary-sources.html)

Figura 6: Exemplos de centros especializados

A Cochrane Collaboration é uma organização internacional, independente e não lucrativa com mais de 28.000 membros oriundos de mais de 100 países, dedicada à produção / compilação, em tempo útil, de informação precisa e atualizada acerca dos efeitos dos cuidados de saúde que se encontram disponíveis mundialmente. Os seus membros trabalham em conjunto para produzir revisões sistemáticas de intervenções de cuidados de saúde, conhecidas como Cochrane Reviews, que estão publicadas *online* no The Cochrane Library:www.thecochranelibrary.com.

O Instituto Joanna Briggs (JBI) é uma organização de investigação e desenvolvimento internacional, sem fins lucrativos, fundada na filiação e baseada na Faculdade de Ciências da Saúde na Universidade de Adelaide, no Sul da Austrália. O Instituto colabora internacionalmente com mais de 70 entidades por todo o mundo. O Instituto e as entidades colaboradoras promovem e suportam a síntese, a transferência e a utilização de evidência através da identificação fiável, apropriada, significativa e efetiva de práticas de cuidados de saúde para promover a melhoria global dos resultados dos cuidados de saúde. www.joannabriggs.edu.au.

Uma revisão sistemática procura identificar toda a literatura acerca de determinado assunto. Cullum (1997) refere que uma revisão sistemática tem que ser constituída por um número de elementos importantes:

- A formulação clara de um problema ou questão.
- O uso de pesquisas compreensivas para localizar e selecionar estudos que poderão estar publicados ou não.
- Critérios bem definidos para o que é incluído e excluído.
- Classificação sistemática da qualidade da investigação relatada.
- Abstração de dados dos estudos originais e a síntese de dados sempre que possível.
- Análise e apresentação de resultados.

Revisões críticas juntam um número de estudos e frequentemente ajudam a providenciar um resumo da evidência para uma área de estudo.

As *guidelines* clínicas juntam a melhor evidência disponível, idealmente utilizando uma abordagem transparente e rigorosa e, através disto, desenvolvem orientações práticas para profissionais. Têm aumentado significativamente a sua importância como fonte de evidência para os enfermeiros e podem ser utilizadas como uma forma de avaliar a efetividade. Podem ser produzidas por organizações governamentais, associações nacionais de Enfermagem (ANEs), revistas profissionais e grupos de interesse profissional, tal como grupos de defesa dos direitos dos clientes.

Estas *guidelines* também poderão ser desenvolvidas localmente. Obviamente, as *guidelines* só são realmente úteis se forem desenvolvidas adequadamente. Devido à forma como estão construídas, as *guidelines* podem influenciar muito mais a prática clínica e por isso os enfermeiros têm que saber claramente como é que a *guideline* foi desenvolvida, de forma a ponderar a evidência adequadamente.

As *care pathways* procuram descrever as intervenções e os resultados que um doente poderá esperar receber e atingir aquando do tratamento para uma condição específica. A evidência é utilizada para descrever de forma clara a recuperação esperada ou um plano de tratamento. As intervenções esperadas e a sequência de eventos estão claramente documentados. Logo, os clínicos têm que ponderar cuidadosamente antes de se desviarem deste caminho. Existem oportunidades para envolver os clientes em todas as fases do seu desenvolvimento. Esta via também

aumenta a oportunidade de uma abordagem baseada nos resultados no desenvolvimento de serviços. A utilização de *care pathways* poderá também acentuar as lacunas existentes na base da evidência e, desta forma, permite definir prioridades para futuras investigações. Para um exemplo desta abordagem na prestação de cuidados a clientes com fratura do colo do fémur consulte: www.institute.nhs.uk/images/documents/Quality_and_value/Focus_On/DVQ_path_fracturefemurPROOF_Nov.pdf

CAPÍTULO 2

Fontes de Evidência

Procurando a evidência

O aumento de informação disponível poderá significar que em vez de facilitar a procura de evidência, esta encontra-se dificultada. Os enfermeiros precisam de compreender como preferem aprender, pois não só os estilos de aprendizagem influenciam os processos educativos, como também incluenciam comportamentos de procura de informação.

A prática clínica é conduzida por um processo de identificação de problemas, formulação de hipóteses, testes e resolução de problemas. Este é o mesmo processo que os enfermeiros podem adaptar para o processamento e transferência de informação. Browne (1997) descreve os estádios da geração de ideias: formulação de questões, análise, interpretação, avaliação, organização, síntese, reorganização, disseminação e retorno. Estes estádios, tal como na prática clínica, não ocorrem como eventos separados, mas sim porque o enfermeiro que iniciou esta pesquisa está constantemente a aprender. Assim, o processo evolui e assiste-se à mudança.

Predisposição para a confirmação é a tendência para as pessoas favorecerem a informação que confirma os seus preconceitos ou hipóteses, independentemente da veracidade da informação. Como resultado, recolhem evidência e informação de memória seletiva e interpretam-na de uma forma tendenciosa. Os preconceitos aparecem, nomeadamente, em questões emocionalmente significativas e crenças estabelecidas.

Um dos primeiros passos para encontrar evidência consiste na identificação das fontes de informação disponíveis para os enfermeiros. No passado, os enfermeiros dependeram muito de uma tradição oral – que muita prática tem sido (e continuará a ser) partilhada desta forma. Porém, à medida que a Enfermagem se desenvolveu enquanto disciplina e se tornou num elemento confiante de uma equipa multidisciplinar, as fontes de informação também têm sido complementadas, cada vez mais, pelo uso de livros, revistas e bibliotecas especializadas. O crescimento da cultura baseada na evidência e a necessidade de partilhar informação relacionada com a efetividade clínica de forma mais eficiente tem conduzido a melhorias significativas no acesso.

O desenvolvimento de sofisticados motores de busca na internet possibilitou a pesquisa através de múltiplos recursos ao mesmo tempo. Estas ferramentas têm ajudado a limitar a quantidade de evidência que os enfermeiros terão que filtrar.

Para a maioria das pesquisas comuns feitas pelos enfermeiros existirão:

- Organizações especializadas que se dedicam a resumir dados científicos e que poderão disponibilizar os mesmos numa variedade de meios;
- Revistas especializadas com um foco na área de interesse;
- Bases de dados especializadas;

- A internet.

No entanto, apesar da utilidade destes recursos estar a aumentar, os enfermeiros necessitam ainda de possuir as competências para os utilizar de forma adequada. Muitos currículos de Enfermagem e cursos de investigação incluem desenvolvimento de competências de pesquisa, dado que estas poderão afetar significativamente o sucesso de uma pesquisa.

Uma boa estratégia de pesquisa começa com a recolha do maior número possível de referências e continua com a definição mais precisa dos requisitos. O desafio é depois analisar um conjunto de referências mais específicas para encontrar dados de maior qualidade.

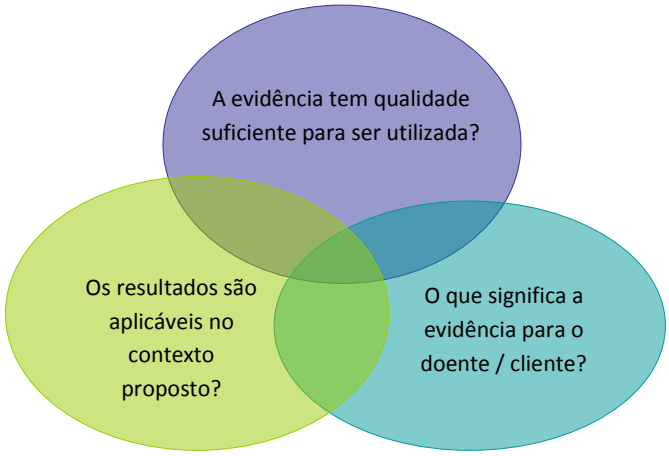
Se quiser desenvolver uma melhor compreensão consulte os recursos adicionais mencionados neste guia pois poderão ser úteis para si e para os seus colegas.

A evidência é suficientemente boa para ser utilizada?

Tendo identificado a evidência, o enfermeiro precisa de avaliar se existe a necessidade de considerar uma mudança na prática. Poderá ser que a questão não tenha sido suficientemente bem respondida ou que a evidência não seja forte o suficiente para o enfermeiro se sentir suficientemente confiante para agir.

Este processo é frequentemente referido como avaliação crítica e em relação à prática baseada na evidência refere-se à revisão do mérito académico dos dados e o contexto onde estes dados vão ser aplicados. Tem três aspetos principais que precisam de ser considerados todos ao mesmo tempo, sendo que as respostas às questões num dos domínios terão consequências noutro domínio.

Figura 7: Os três aspetos da avaliação crítica



Avaliar a qualidade de um estudo tem sido referido neste guia em várias ocasiões e um exemplo detalhado do processo é dado no **Anexo 1.** Existem também inúmeras ferramentas de aprendizagem *online* listadas neste documento para esse efeito.

É importante reter que os próprios investigadores estão a assumir maior responsabilidade em ajudar os que desejam utilizar os seus dados como parte do seu compromisso na melhoria da investigação. Frequentemente enumeram as limitações dos seus estudos (não existem estudos perfeitos) e fazem recomendações para o seu uso potencial. Cada vez mais, como recomendado pela investigação em transferência de conhecimento, poderão relacionar o seu trabalho com o âmbito do seu estudo, o que poderá ser útil em compreender a sua importância.

Figura 8: Questões para avaliar a aplicabilidade de um estudo

O estudo é sobre o quê?

Quem são os participantes do estudo (i.e. idade, sexo, condição, ocupação)?

De que forma é que os clientes / contextos são diferentes?

Onde se realizou o estudo (instituição, país)?

Quais os benefícios da mudança descrita?

Quais os custos (financeiros ou outros) da mudança?

Será que as alterações propostas desafiam os valores e preferências dos funcionários ou clientes?

(Adaptado de Pettigrew & Roberts 2005)

Avaliar se os resultados podem ser aplicados num ambiente prático requer que o enfermeiro tenha várias coisas em consideração. É muito pouco provável que um contexto descrito num trabalho de investigação seja idêntico a outro contexto que pela sua própria definição é único. O enfermeiro precisa de ter em conta os seguintes fatores:

- Os participantes do estudo têm características semelhantes?
- É possível introduzir a intervenção descrita?
- Quais são as implicações financeiras?
- Considerou-se o consentimento do cliente?

Avaliar as consequências para os funcionários e clientes poderá ser um aspeto fundamental do processo de tomada de decisão. Compreender o que a evidência significa para os clientes individualmente poderá ser difícil de avaliar dado que os resultados são habitualmente apresentados como probabilidades ou como expressão da probabilidade que uma intervenção ocorreu por mero acaso. Existem formas de calcular se os resultados são clinicamente significativos.

A «significância clínica» responde à questão: «quão efetiva é a intervenção ou tratamento ou qual é a dimensão da mudança provocada pelo tratamento?». No que diz respeito a testar tratamentos clínicos, a significância prática refere-se a informação pormenorizadamente quantificada acerca da importância de um achado, utilizando para tal métricas como o tamanho do efeito e os números a analisar. A significância prática poderá também transmitir avaliações semi-quantitativas, comparativas ou de fiabilidade no que refere à sua utilidade.

Até certo ponto, o processo acima mencionado tem sido dirigido para as fontes de evidência. Agora, você e os seus colegas terão de avaliar se devem ou não dar início à ação…está preparado para apliacar a evidência à prática?

CAPÍTULO 3

Da Evidência à Ação

Da evidência à ação

Devido à sua natureza, a prática baseada na evidência assenta habitualmente na observação e metodologia da vida real que, como se tem verificado, permite a sua rápida aplicação ao ambiente clínico. Frequentemente, está mais associada à obtenção de informação e à mudança de comportamento ou de *guidelines*, do que propriamente à apresentação de um novo tratamento ou equipamento. Não obstante, mudar qualquer parte de um sistema de saúde requer uma reflexão e um planeamento cuidadoso. A decisão de um só enfermeiro para mudar um elemento da prática poderá rapidamente ter consequências para os colegas e clientes (ver Figura 9).

Mesmo algo tão simples como mudar as práticas de lavagem das mãos poderá ter um impacto noutros profissionais, clientes, equipa de apoio e na disponibilidade de materiais de limpeza, não esquecendo o local dos lavatórios.

Figura 9: Atendimento excecional aos clientes tem as suas origens na prática baseada na evidência

A última coisa que um profissional de saúde quer fazer é infetar um doente. Quando Joyce Maygers MSN, RN, começou a procurar um tema de investigação focou-se nas infeções do trato urinário (ITU) em clientes com AVC. Os dados existentes demostravam que estas pessoas têm uma elevada taxa de ITU, mas não existia informação sobre como preveni-las. Verificou-se que os cateteres urinários (habitualmente presentes em clientes com AVC) eram os principais causadores das ITU. Dada a sua experiência clínica e capacidade de analisar os resultados dos clientes, Maygers suspeitou que houvesse uma resposta simples para o problema: talvez não fosse necessário algaliar todos os clientes com AVC ou mantê-los algaliados durante tanto tempo. Quando ela procurou razões médicas para automaticamente se proceder à algaliação dos clientes com AVC, deparou-se com o facto de não haver indicadores clínicos para algaliações de rotina.

Maygers esteve um ano a trabalhar com médicos, enfermeiros e outros profissionais de saúde no Centro Médico John Hopkins Bayview (EUA) para decidir se a algaliação era mesmo necessária. Ela introduziu mudanças na forma como os clientes com AVC eram tratados, assim como na prevenção de ITU. Desejava atingir uma redução de 10% no número de algaliações, mas o seu esforço quase que duplicou o seu objetivo. Clientes do Centro de AVC de Bayview tiveram um decréscimo acima dos 20% no número de dias com cateter vesical e obtiveram resultados positivos – uma diminuição no número de ITU e readmissões devido a ITU. Houve igualmente uma redução no tempo de internamento de clientes com AVC tão significativa que se está a ponderar a adoção do processo em toda a unidade de Bayview.

É necessário ter em especial atenção as consequências para os recursos que a introdução de uma nova forma de prestar serviços pode ter a nível organizacional ou político. Não que tenhamos tido muitos exemplos de recursos desperdiçados em iniciativas de mudança mal sucedidas, mas corremos o risco de tornar insustentáveis as que já existem. Isto poder-se-á traduzir em inconsistência e variação nos nossos serviços.

Raramente as mudanças são fáceis de implementar dado que implicam alterar a forma como as pessoas e o sistema agem. A mudança é frequentemente confusa, demorada e poderá ter consequências imprevisíveis. Mas, ao mesmo tempo, poderá ser estimulante e motivadora. Perceber e planear o modo de tornar a evidência em prática, ou seja, acionar o conhecimento, é importante. Esta área, por ser tão crítica, tem sido também alvo de muita investigação. Compreender a forma como ideias (inovações) são absorvidas e difundidas é por vezes referido como mobilização de conhecimentos ou transferência de conhecimento. Atualmente considera-se que a «inovação de serviço» poderá ser uma solução fácil para problemas difíceis mas, como foi referido anteriormente, precisamos de tratar isto com precaução e usar as mesmas competências da PBE também nesta área da prática.

Um bom exemplo de uma abordagem baseada na evidência no que se refere à inovação de serviço é a abordagem do *International Council of Nurses* (ICN) relativamente à prevenção da Tuberculose Pulmonar (TP). A metodologia de formação do ICN promove educação interpares e utiliza uma abordagem prática de resolução de problemas que tem em linha de conta o ambiente de trabalho dos enfermeiros. Até agora mais de 1.100 enfermeiros em países com uma elevada carga de TP e de TP-MR têm participado em cursos de formação do ICN para formadores (FPF). Posteriormente, estes enfermeiros estiveram envolvidos na formação de outros 28.000 enfermeiros e profissionais de saúde. O *feedback* obtido indica que a metodologia de formação desenvolvida através do Projeto TP do ICN resulta em melhorias na atitude para com o doente, menores taxas de incumprimento, melhores resultados na identificação dos casos e ambientes de trabalho mais seguros (O curso pode ser consultado em www.icn.ch/projects/tb-online-learning-resources/.)

Outro exemplo vem do Botswana. O Centro Colaborador da Organização Mundial de Saúde, a funcionar no Departamento de Educação em Enfermagem na Universidade do Botswana, utilizou uma variedade de atividades de PBE, incluindo uma abordagem de desenvolvimento comunitário e de pesquisa-ação para formar comités comunitários de cuidados baseados na saúde (CCBS), responsáveis por prestar cuidados a clientes crónicos na comunidade. Esta foi a resposta para a elevada incidência de VIH/SIDA no país e que fez com que os cuidados institucionalizados se transferissem para os CCBS (Tlou 2006). Os resultados traduziram-se em melhores cuidados para o cliente e maior participação comunitária.

Uma prática baseda na abordagem PBE foi utilizada por enfermeiros no hospital pediátrico de Midwestern, nos EUA, onde introduziram a verificação da colocação de sonda nasogástrica (NG) em clientes pediátricos e neonatais. A auscultação da insuflação de ar sobre o abdómen é ainda utilizada para verificar a colocação em vários contextos, apesar de existirem estudos que remontam aos anos 80 questionando esta abordagem. O raio-x mantém-se a única forma genuína de verificar a colocação, mas fazer um raio-x antes de cada refeição seria caro e pouco

prático. Eram necessários outros métodos. Os enfermeiros apresentaram uma abordagem PBE para delinear a exercício da Enfermagem nesta área e para minimizar o risco da colocação incorreta de sondas NG. Os resultados do projeto demonstraram uma diminuição (de 93,3% para 46,2%) no uso da auscultação e melhorou a utilização de métodos mais confiáveis para determinar a colocação da sonda nasogástrica (Farrington et al. 2009).

Figura 10: Abordagem baseada na evidência para melhorar os cuidados de Enfermagem em pessoas com AVC em fase aguda num serviço de urgência australiano

Enfermeiros australianos do serviço de urgência de um hospital no norte de Melbourne introduziram mudanças na sua prática para melhorar os cuidados de Enfermagem em emergência a clientes com AVC na fase aguda. Investiu-se no aumento do uso da evidência no que se refere à prevenção de complicações precoces. Desenvolvam um projeto pré-teste / pós-teste aplicado a uma *guideline* para a gestão destes clientes em serviços de urgência, sendo a sua implementação apoiada com tutorias. Os dados foram recolhidos através de auditorias de registos médicos.

Os indicadores dos resultados principais foram avaliados antes e depois da implementação da *guideline*: categoria de triagem, tempo de espera, tempo de permanência no serviço de urgência, tempo até a avaliação especializada, avaliação e monitorização de sinais vitais, temperatura e glicémia, risco de tromboembolismo venoso e de lesão por pressão e intervenções.

Os resultados demonstraram uma melhoria significativa nas decisões de triagem. O número de avaliações das frequências respiratória e cardíaca, tensão arterial e saturação de oxigénio aumentou. No que se refere à gestão do risco, houve um acréscimo da documentação sobre intervenções nas úlceras de pressão, bem como dos registos e da avaliação da deglutição antes de iniciar a via oral – apesar de a avaliação das patologias da fala não ter aumentado significativamente. Porém, registou-se uma diminuição de 93,5 minutos na avaliação das patologias da fala aquando o internamento.

Fonte: Considine & McGillivray (2010)

Um projeto de investigação (Figura 11) abordando a transferência de conhecimento para a prática produziu um quadro útil (poderá ser visto em detalhe no **Anexo 2**) que realça a complexidade da transferência de conhecimento, mas que também demonstra como uma liderança e gestão ativas deste processo aumentam a probabilidade de um projeto de mudança ter sucesso.

Figura 11: Um quadro proposto para a transferência de conhecimento

Raramente a transferência de conhecimento (TC) é um processo linear. Pelo contrário, é um processo social complexo envolvendo uma série de interações e elos entre produtores e utilizadores de investigação (McWilliam et al. 2009; Kitson et al. 2008). O planeamento, execução e a avaliação da TC requer um quadro lógico. Investigadores do LIHS desenvolveram um quadro com o processo da TC, baseado na análise temática de 28 modelos de TC (Ward et al. 2009) e na evidência adquirida de trabalho de campo. O quadro é composto por cinco elementos-chave que parecem ser essenciais para o planeamento e execução da TC e delineia as atividades associadas a estes elementos. O modelo também demonstra que cada um dos elementos-chave interage, podendo trabalhar singularmente ou em paralelo, e que a intensidade de cada elemento é alterada durante o processo de TC. Ver **Anexo 2.**

Fonte: Ward et al. (2010)

Este quadro poderá ajudar os enfermeiros, os gestores e os investigadores a trabalharem em conjunto para desenvolverem um melhor conhecimento da mudança que estão a propor.

Contexto e cultura são cruciais

Todos os modelos que implicam mudança reconhecem a importância do contexto e da cultura. Frequentemente, apesar de a evidência estar bem apresentada e ser aliciante, as circunstâncias envolventes para avançar são demasiado difíceis (ver Figura 12). Uma forma possível de avaliar os fatores que conduzirão à mudança e a probabilidade do seu sucesso é o sistema PESTLE, explicado a seguir por factores:

- **Políticos:** o papel da política, governo e das eleições;
- **Económicos**: considerações financeiras, questões de oferta e procura;
- **Sociais**: reações públicas, aceitabilidade;
- **Tecnológicos:** desenvolvimento de novos dispositivos, sistemas de informação, testes;
- **Legais:** questões legislativas, leis laborais;
- **Éticos:** *standards* profissionais, questões de acesso

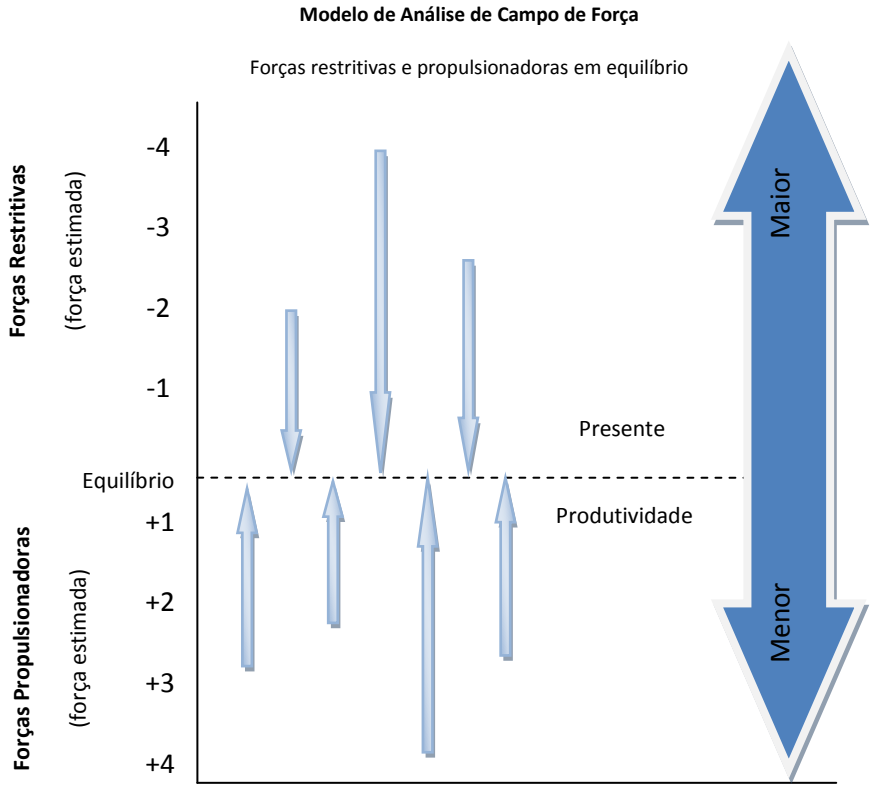
Após analisada a cultura e o contexto é frequentemente possível desenvolver uma cultura que suporta a mudança desejada. Fatores adjuvantes incluem uma preparação cuidadosa para assegurar que os que lideram a mudança realmente percebem os fatores locais e uma comunicação efetiva com todos os que serão afetados pela mudança durante o processo (Dunning et al 1998).

Um modelo que poderá ser utilizado é a Análise de Campo de Força, uma técnica de gestão desenvolvida por Kurt Lewin (1997) – um pioneiro na área das ciências sociais – para o diagnóstico de situações. Esta abordagem ajuda rapidamente a identificar pessoas, questões ou outras coisas que poderão interferir nas melhorias que está a planear. Pode também ajudar a encontrar aliados para apoiá-lo. Para que dê resultado, precisa de atuar sobre algumas das forças que identifica. Poderá também ser utilizada em projetos para construir uma equipa quando se tenta superar a resistência à mudança. Lewin assume que em qualquer situação existem forças propulsionadoras e restritivas que influenciam qualquer mudança que poderá ocorrer.

Forças propulsionadoras são as aquelas que afetam uma situação e que a empurram numa determinada direção. Habitualmente começam a mudança e mantém-na.

Forças restritivas são aquelas que atuam para restringir ou diminuir as forças propulsionadoras. O equilíbrio é atingindo quando a soma das forças propulsionadoras iguala a soma das forças restritivas.

Figura 12: Modelo de Análise de Campo de Força (Lewin 1997)



Alguns tipos de força a considerar:

- Recursos disponíveis
- Tradições
- Interesses investidos
- Estrutura organizacional
- Relações entre pessoas
- Tendências sociais ou organizacionais
- Atitude das pessoas
- Regulamentos
- Necessidades pessoais ou do grupo
- Práticas atuais ou passadas
- Políticas e normas institucionais
- Agências
- Valores
- Desejos
- Custos
- Pessoas
- Eventos

Agora que identificou os aspetos que podem ajudar ou impedir o seu projeto ou mudança planeada, o próximo passo é assegurar-se que utiliza este conhecimento para liderar o projeto. Pergunte a si mesmo: «O que podemos e vamos fazer acerca das coisas que poderão ajudar ou impedir o nosso projeto / mudança planeada?».

Para apoiar o desenvolvimento da prática, o ambiente clínico deverá ser um local onde as ideias, inovações e evidência são valorizadas. A verdade, como foi visto anteriormente, é que o próprio ambiente clínico poderá ser um dos maiores obstáculos à mudança. Mudar a prática requer colaboradores confiantes e bem apoiados, pois são eles que no final são responsáveis por ela. Precisam de ser habilitados para fazer mudanças e necessitarão de competências ao nível da negociação, «venda» de ideias, construção de consensos e, claro, assunção de riscos. Adicionalmente, como todas as mudanças requerem tempo, precisam de ser ativamente apoiados durante longos períodos. Uma equipa de saúde comprometida com a PBE tem facilidade em partilhar os seus conhecimentos e ensinar os outros, e isto poderá ser motivação adicional.

Existem várias formas de a PBE ser fomentada e implementada que poderão ser amplamente definidas de acordo com os seguintes títulos:

- **Construindo parcerias** – juntar indivíduos, grupos e equipa para desenvolverem uma visão partilhada e um sentimento de propósito.
- **Utilizar agentes de mudança** – identificar e recrutar elementos-chave para apoiar a mudança. Precisam de credibilidade e de serem respeitados pelos indivíduos que procuram influenciar.
- **Partilhar e disseminar informação** – poderá ser feito através de vários meios de comunicação, desenvolvidos considerando audiências específicas. Pode implicar o desenvolvimento de folhetos, o uso de teatro e o uso de plataformas sociais.
- **Educação e intervenções formativas** – aqui pode-se considerar módulos de educação contínua, sistemas de apoio à decisão, treino individual, aprendizagem *online*, utilização de simulações.
- **Prática padronizada** – utilizar *care pathways*, auditorias clínicas, relatórios de mudança / variação, *checklists* e *guidelines*.

É pouco provável que precise de utilizar todas estas intervenções, porém, poderá necessitar de uma mistura de várias abordagens para atingir o sucesso. Todas têm um custo associado e isto terá que ser considerado na fase de projeto. Para um exemplo consulte a Figura 13.

Uma vez definido o que quer mudar e como vai fazê-lo, torna-se útil estipular objetivos e medidas de resultados. O acrónimo **SMART** é muito útil e frequentemente utilizado.

E**s**pecífico – os objetivos deverão referir-se a resultados específicos e detalhados, ao contrário de afirmações vagas e latas.

Mensurável – deverá ser possível monitorizar se algo mudou ou não.

Apropriado – os objetivos definidos devem ser atingíveis e realísticos.

Relevantes – os objetivos deverão fazer sentido no âmbito geral do projeto.

Tempo limitado – os objetivos devem estipular prazos claros.

Desenvolver o tempo para aprender: Reflexão sobre a prática

Apesar de termos discutido várias abordagens organizacionais para mudar a prática, todas dependem da habilidade dos indivíduos (enfermeiros ou clientes) para pensarem sobre o que querem e como querem mudar. A mudança poderá ser vista como um processo de aprendizagem contínuo. Através da utilização de uma abordagem sistemática de reflexão, os enfermeiros poderão dar sentido à sua prática de uma forma significativa e construtiva. A prática reflexiva é atualmente vista como um elemento-chave de uma prática profissional e as técnicas para desenvolver estas competências estão incorporadas em muitos programas de formação. Existe, porém, necessidade de reservar tempo para que isto aconteça em ambientes movimentados (Ver **Anexo 2**).

«A hierarquia da evidência que promoveu os estudos controlados aleatórios como a forma de evidência mais válida poderá na realidade impedir-nos de usar os tratamentos mais efetivos devido às contradições práticas, políticas / ideológicas e epistemológicas, assim como outras limitações. Além disso, a prática baseada na evidência aparentemente partilha definições muito semelhantes, objetivos e procedimentos com a prática reflexiva. Logo, parece que o movimento da prática baseada na evidência poderá beneficiar muito mais da utilização da reflexão na prática do que da utilização de evidência estruturada hierarquicamente» (Mantzoukas 2007)

A reflexão interpares (também conhecida como grupos de aprendizagem em ação) poderá ser particularmente útil nas fases de mudança de prática. No entanto, os grupos necessitam de ser apoiados e liderados. É necessário que haja tempo disponibilizado longe da área clínica - onde o grupo não será perturbado; reuniões regulares; um elevado grau de confiança e confidencialidade entre os elementos do grupo; facilidade para assegurar um ambiente criativo e desafiante que permita o crescimento do grupo no seu processo. A elaboração de planos de ação também poderá ser útil.

A utilização de redes é igualmente importante no que se refere à partilha e disseminação da PBE. Lomas (2007) na sua revisão acerca da adoção de evidência através do sistema de saúde da Nova Zelândia, destacou a natureza essencial das redes de trabalho.

As redes são uma forma importante de partilha de conhecimento para os enfermeiros, considerando que este é um grupo profissional grande e complexo. Em momento de pressão, é fácil desvalorizar estas redes, tanto as informais como as formais, considerando-as pouco importantes. Redes ou estruturas de partilha e disseminação de informação foram descritas por McSherry e Warr (2008) como a chave para a excelência. Veem-nas como tal pelas seguintes razões:

- Para assegurar que existe ajuda e apoio para os indivíduos, equipas e organizações inovarem e mudarem.
- Para sondar e partilhar ideias.
- Para construir uma rede de apoio para o desenvolvimento individual e profissional.
- Para assegurar um sistema robusto para a colaboração e comunicação de mudança.
- Para estimular e envolver os funcionários de modo a fiquem familiarizados com a inovação e mudança.

- Para estabelecer uma rede de partilha e difusão de conhecimento avançado que permita avaliações relacionadas com inovação e mudança.
- Para reduzir o *stress* relacionado com o trabalho e aumentar a confiança.

Para conhecer um bom exemplo de como uma equipa usou muitas destas abordagens consulte o artigo de Gallagher Ford (2011), apresentado nos recursos adicionais deste *kit*.

Por vezes, a mudança pode poupar dinheiro. Contudo, o financiamento transitório poderá ser necessário uma vez que os novos sistemas poderão ter necessidade de se sobreporem e de se desenverem lado a ldo com os sistemas antigos durante algum tempo. O financiamento transitório também poderá ser necessário para trabalhar com alguns fatores restritivos que foram identificados anteriormente neste guia.

Tendo refletido sobre como desenvolver um ambiente propício para a prática baseada na evidência despontar, é também importante considerar as implicações mais latas da PBE nos recursos do sistema de saúde. No desenvolvimento da prática encontramo-nos habitualmente em competição para recursos limitados, logo, teremos que compreender e desenvolver uma argumentação forte para a mudança, e este é o tema do próximo capítulo.

Figura 13: Exemplo de uma intervenção local PBE

Contexto / enquadramento: Melhorar os cuidados podológicos aos clientes com diabetes é uma das estratégias mais efetivas para minimizar ulcerações do tipo «pé diabético» e as suas consequências negativas, tanto em clientes hospitalizados como em ambulatório.

Objetivos: Descrever conhecimentos de cuidados podológicos e comportamentos em clientes diabéticos hospitalizados; aplicar evidência de conhecimentos selecionados de cuidados podológicos e de melhoria de comportamentos; avaliar a sua efetividade.

Desenho / metodologia: Estudo de caso, entrevistas pré e pós-teste.

Contexto: Um serviço de cirurgia num hospital universitário da Tailândia.

Participantes: Quatro clientes diabéticos que foram cuidados durante pelo menos três dias.

Intervenção / método: O programa educacional baseado nas necessidades de aprendizagem dos clientes providencia um folheto informativo acerca dos cuidados ao pé diabético e apoia os clientes na definição dos seus objetivos e plano de ação. No terceiro dia de tratamento foram avaliados os seus conhecimentos acerca dos cuidados podológicos, tal como os seus objetivos e plano de ação.

Indicadores dos resultados principais: O conhecimento apresentado pelos clientes sobre os cuidados podológicos, seus objetivos e plano de ação para melhorar os comportamentos.

Resultados principais: Todos os clientes precisam de melhorar o comportamento no que refere aos cuidados podológicos e o programa educacional, em conjunto com os objetivos e os planos de ação, melhorou o conhecimento dos clientes hospitalizados, assim como a sua perceção dos comportamentos podológicos.

Conclusões: Este método combinado foi fácil, seguro e pareceu aparentemente aplicável a clientes diabéticos internados. O resultado deste estudo forneceu informação valiosa para melhorar os conhecimentos e comportamentos dos clientes internados diabéticos. Os autores recomendam que os enfermeiros utilizem esta PBE para contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados a clientes diabéticos.

Fonte: Kurniawan & Petpichetchian (2011)

CAPÍTULO 4

Defendendo a Causa

Avaliar a mudança da prática

Os sistemas de saúde estão sob pressão para adquirem recursos e para assegurar que utilizam os recursos disponíveis da forma mais efetiva possível. Recentemente a área da PBE enfatizou o estabelecimento da efetividade de intervenções. Será que a nova intervenção funcionou? Porém, não é simplesmente suficiente ter evidência clínica forte para a mudança - embora possa ser muito aliciante, poderá não ser sustentável ou poderá necessitar da alocação de outros recursos para assegurar o seu sucesso.

«Países em desenvolvimento têm recursos limitados, logo, é deveras importante investir em cuidados de saúde que funcionam. A prática baseada na evidência já está presente no Ocidente há muito tempo. No entanto, o difícil acesso à informação faz com que esta tarefa seja quase impossível para os profissionais de saúde que trabalham em comunidades vulneráveis e com baixo rendimento. Outros fatores económicos, sociais e políticos fundamentais, presentes em muitos países em desenvolvimento, impedem o acesso aos serviços de saúde e medicamentos, sendo que a Saúde habitualmente fica em segundo plano em relação ao investimento /gastos com a Defesa. Por outro lado, em alguns países os fundos disponíveis para a Saúde não são utilizados devido a desentendimentos burocráticos e má gestão. Dados estes problemas, é claramente imperativo que sejam feitos investimentos nas intervenções e atividades de saúde que sejam mais fiáveis, apropriadas, significativas e efetivas neste contexto único». (Pearson & Jordan 2010)

Neste momento já existem mais intervenções comprovadas do que financiamento para elas. Como temos visto, as decisões são sempre necessárias – como por exemplo qual a evidência utilizar, como interpretar a evidência e a segurança que temos nos resultados. Mais importante: precisamos de tomar uma decisão sobre se os resultados antecipados são suficientemente importantes e grandes para mudar a prática e utilizar recursos que poderão ser gastos noutra área. É muito provável que se vá estar a competir por recursos e que exista frequentemente uma necessidade de justificar porque se quer mudar a prática e, de forma detalhada, quanto isso irá custar. Poderão pedir que se prepare um plano de negócios ou alguma forma de avaliação económica. (Ver **Anexo 3** para um modelo de desenvolvimento de negócios / serviços).

Os enfermeiros precisam de se sentir confiantes no momento de quantificar, sob vários pontos de vista, os resultados antecipados de uma nova intervenção. Em várias situações a implementação de inovação no serviço implicará abdicar de algo. O preço de «abdicar» precisa de ser considerado na proposta de projeto. Obviamente que, quando um dos parceiros-chave (incluindo os clientes e seus cuidadores)

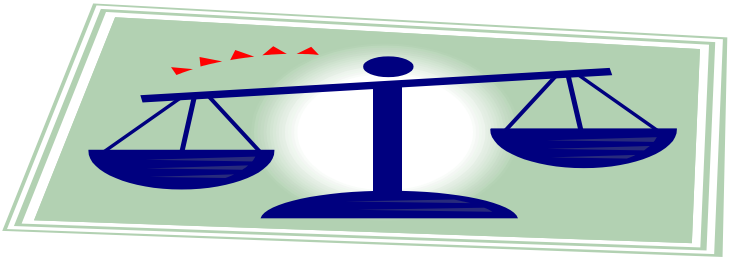
considera os custos e riscos muito elevados comparativamente com os benefícios, é pouco provável que a mudança proposta seja bem-sucedida.

As seguintes perguntas poderão ser úteis na preparação de um caso:

1. Quais são as diferentes opções que estão a ser comparadas?
2. Quais são os potenciais resultados mais importantes das opções comparadas?
3. Qual é o impacto provável das opções?
4. Uma análise económica formal ajudará no processo de tomada de decisão?
5. Quais são os riscos de introduzir a mudança?
6. Existe a capacidade de implementar a mudança e tornar o sistema mais forte?
7. Até que ponto é que a liderança apoia a mudança?

Quando considera estas questões, poderá ser-lhe útil a existência de uma avaliação de todas as opções que necessitam de atingir algum equilíbrio para que haja sucesso. Como se pode ver na Figura 14, se está a considerar introduzir um sistema de saúde pública novo, deverá considerar, no mínimo, os aspetos relacionados com o acesso, o uso de recursos, equidade e com a utilização de serviços.

Figura 14: Equilibrar as opções: questões a considerar?



Vantagens	Desvantagens
Melhoria no acesso	Redução no acesso
Redução das desigualdades	Aumento das desigualdades
Poupança	Custos
Melhor utilização dos serviços	Pior utilização dos serviços

As respostas para estas perguntas permitem organizar o pensamento, estruturar a evidência e construir uma «folha de balanço» que irá apresentar claramente as vantagens e desvantagens. O objetivo desta abordagem consiste em ajudar a focar a equipa nas decisões-chave e nos resultados mais importantes. Isto também ajuda a apoiar as atividades de avaliação (Oxman et al. 2010).

Para determinar o sucesso da alteração de práticas é útil identificar indicadores de resultados. Será útil que estes possam ser facilmente mensuráveis e relatados. Por exemplo, se quer introduzir uma política de controlo de infeção será útil a curto prazo estabelecer um resultado para todos os funcionários fazerem uma avaliação da lavagem das mãos e a longo prazo relacionar com a redução nas taxas de infeção. Sustentar as mudanças de práticas também é importante para o valor percecionado das iniciativas da PBE (Estudo de Caso da Figura 15).

Figura 15: Implementação de *guidelines* clínicas para adultos com asma e diabetes: a avaliação de três anos de acompanhamento dos cuidados de Enfermagem

A Associação de Enfermeiros do Ontário, no Canadá, desenvolveu e publicou mais de 42 *guidelines* relacionadas com a prática clínica de Enfermagem e ambientes de trabalho saudáveis. Até à data a avaliação envolveu estudos com a duração de um ano acerca do impacto da implementação das diretrizes, mas pouco se sabe sobre se as mudanças feitas durante a primeira fase de implementação ainda se encontram em vigor.

Objetivos: Relatar uma avaliação de três anos de indicadores dos cuidados de Enfermagem após a implementação do Guia de Orientação de Boas Práticas para o Adulto com Asma e o Guia de Orientação para a Redução de Complicações Podológicas para as Pessoas com Diabetes. Descrever as mudanças contextuais no ambiente clínico.

Intervenções / métodos: Observação do local e realização de entrevistas com «informantes-chave» em dois hospitais. Os indicadores de mudança nos cuidados de Enfermagem identificados foram comparados após seis meses da implementação com indicadores encontrados após uma auditoria retrospetiva dos processos clínicos, nos mesmos locais, três anos mais tarde.

Resultados principais: Três dos 12 indicadores relacionados com cuidados a ter com a asma mantiveram-se altos (≥84% dos processos auditados) e quatro indicadores diminuíram significativamente ($p < 0.01$). Existiram melhorias significativas ($p \leq 0.05$) em nove dos 12 indicadores relacionados com os cuidados podológicos a diabéticos.

Conclusões: O seguimento a longo prazo, tanto dos indicadores clínicos como dos fatores contextuais, é importante para promover uma implementação sustentável das *guidelines*.

Fonte: Higuchi et al. (2011)

Por vezes, quando as decisões são complexas e é provável que resultem em grandes diferenças na utilização de recursos – tal como a construção de novas instalações ou contratação de novos funcionários – é provável que se tenha de utilizar algum tipo de modelo económico. Por exemplo, poderá ser necessário determinar se haverá grandes benefícios para um grupo reduzido de clientes ou pequenos benefícios para um grupo grande de clientes. Esta é uma área cada vez mais importante, pois a pressão e a competição por recursos é elevada em todos os sistemas de saúde. Para ajudar com esta forma de tomada de decisão os gestores nos sistemas de saúde estão, cada vez mais, a aplicar modelos económicos adaptados de outros campos.

Este tipo de avaliação económica pode variar e poderá ser realizada por enfermeiros – desde que apoiados por especialistas desta área (Gray 1999 Figura 16). Através da adoção de um estrutura que permita avaliar os custos prováveis e os benefícios associados às suas propostas, poderá garantir que escolhas difíceis de fazer são implementadas de uma forma explícita e transparente. Existe um número de

estruturas / esquemas que podem ser utilizados e um exemplo pode ser consultado no **Anexo 3**.

Figura 16: Exemplos de avaliações económicas

- Análise de custo: sem informação sobre os resultados, poderá não comparar alternativas: Apenas apresenta o custo.
- Estudo de minimização de custo: o principal interesse está em identificar e escolher a opção com menores custos.
- Custo-efetividade: poderá ser utilizado se os resultados forem conhecidos para comparar uma alternativa específica enquanto *ratio* das diferenças entre resultados.

Fonte: Gray (1999)

Finalmente, para assegurar que as mudanças nos resultados são desencadeadas pela sua intervenção, talvez seja apropriado construir uma forma de monitorizar ou avaliar o impacto. A monitorização é útil quando se quer saber o que está a acontecer na realidade, por exemplo, quando se decide implementar uma *care pathway*. Isto permite ter informação precoce e, possivelmente, ajustar o programa, caso seja necessário. A configuração da monitorização poderá ser dispendiosa e poderá não valer a pena se não se utilizarem os dados. As atividades de monitorização não indicam necessariamente se uma política ou programa teve impacto sobre os indicadores em que estamos interessados.

A avaliação de impacto deverá ser construída no momento em que se propõe a mudança e deve ser concebida com o mesmo cuidado que um estudo de investigação. O seu objetivo é confirmar se as mudanças observadas poderão ser atribuídas à sua intervenção. Um bom trabalho de avaliação permite que outros tomem as melhores decisões sobre como a sua intervenção é transferível para os contextos deles.

Dado que os enfermeiros desenvolvem o seu papel e agem enquanto membros ativos da equipa multidisciplinar, torna-se cada vez mais importante que sejam capazes de desafiar e serem desafiados sobre a abordagem na prática, tal como serem responsabilizados. A utilização de uma abordagem baseada na evidência permite que façamos isso mesmo. Permite-nos rever constantemente a nossa prática e procurar formas novas e mais efetivas de fazer as coisas. Igualmente, em tempo de desafios financeiros, permite-nos usar os recursos que temos da forma mais eficiente possível. Todos nós temos, frequentemente, muito que se pode adaptar e partilhar e que irá ajudar os colegas a abordar assuntos semelhantes. É aqui que as redes profissionais se tornam muito úteis na redução do tempo gasto e na transformação de ideias em ações.

O último capítulo irá demonstrar as formas através das quais as associações nacionais de enfermeiros podem trabalhar para desenvolver todos os aspetos do ciclo da PBE, desde ajudar ao desenvolvimento específico de *guidelines,* até apoiar enfermeiros investigadores nas redes globais.

CAPÍTULO 5

O Papel de Associações Nacionais de Enfermeiros

As associações nacionais de enfermeiros (ANEs) têm um papel fundamental na liderança dos processos que asseguram que os clientes recebem cuidados seguros, centrados neles e baseados nos melhores resultados disponíveis. A capacidade dos enfermeiros para aplicar uma combinação de conhecimentos técnicos, de raciocínio clínico e de resultados adequados a uma série de contextos de saúde, desenvolve-se ao longo do tempo e é resultado do ensino formal, aprendizagem resultante da experiência, orientação eficaz e prática reflexiva. As ANEs estão bem posicionadas para apoiar este assunto. Alguns estudos demonstram que a maioria dos enfermeiros prestam cuidados baseados no que aprenderam na escola de Enfermagem e raramente utilizam artigos científicos, relatos de investigação ou bibliotecas hospitalares como referências (Pravikoff et al. 2005).

Assumir o desafio da prática baseada na evidência requer visão e compromisso por parte das ANEs. Dadas as prioridades competitivas e urgentes, bem como o atual clima económico, é tentador relegar a PBE para segundo plano. Contudo, a necessidade de prática baseada na evidência, destinada a melhorar a segurança do cliente, a qualidade e o custo-efetividade, é necessária agora mais do que nunca. É vital que as ANEs providenciem liderança à profissão de Enfermagem neste momento.

As ANEs estão bem posicionadas para informar, envolver e capacitar os enfermeiros a todos os níveis, para trabalharem com uma ampla gama de *stakeholders*, incluindo as comunidades, empregadores, parceiros, decisores políticos, escolas, clientes e familiares. Desta forma contribui-se para a implementação da PBE e assim promove-se o bem-estar, garantindo os melhores de resultados de saúde possíveis.

Cada ANE tem de considerar uma variedade de fatores ao decidir pelo plano de ação apropriado às suas circunstâncias, incluindo a capacidade de implementação da PBE, disponibilidade de recursos e apoio. Selecionar um número reduzido de atividades que demontrem os benefícios da tradução de evidência para a prática e aplica-las de forma correta provavelmente levará à adesão a uma prática baseada na evidência.

Disseminar informação e defesa da PBE

As ANEs estão bem colocadas para disseminar informação e mensagens-chave acerca da prática baseada na evidência junto dos seus membros e decisores políticos. A divulgação alargada de informação compreensiva e baseada na evidência sobre os benefícios da PBE é necessária para consciencializar e influenciar a mudança de comportamento. É também necessária a partilha de informação acerca

da importância de traduzir a evidência para a prática, de forma a criar um ambiente que promova a mudança, implementação, inovação e avaliação, de modo a conseguir melhores resultados na saúde. As ANEs conseguem:

- Estabelecer uma comunidade *online* para partilhar ideais e boas práticas com os pares.
- Divulgar informação-chave e benefícios da prática baseada na evidência nas suas revistas, páginas eletrónicas, apresentações, conferências e comunicados de imprensa.
- Disseminar informação sobre a prática baseada na evidência para os seus membros e decisores políticos.
- Organizar campanhas nacionais e eventos para consciencializar sobre a prática baseada na evidência.
- Fornecer uma plataforma para discussões sobre a prática baseada na evidência em fóruns de Enfermagem e outros encontros.
- Estabelecer um prémio para distinguir a excelência e a inovação na implementação da prática baseada na evidência e destacar o trabalho dos enfermeiros em publicações, *websites*, conferências, etc.
- Facilitar a colaboração com outras associações de profissionais de saúde, ministérios da saúde, organizações de investigação e outros setores relevantes e *stakeholders*.
- Trabalhar com os ministérios da saúde e outros para influenciar a política nacional de saúde e outras consideradas relevantes para apoiar a prática baseada na evidência.
- Disseminar a evidência sobre boas práticas e resultados incluindo custos.

Construindo parcerias

A implementação bem sucedida da prática de Enfermagem baseada na evidência requer ação coordenada com os ministérios da saúde, educação, com os profissionais da saúde e setor de saúde privado. Parcerias efetivas promovem a colaboração, minimizam a sobreposição e reduzem a competição por recursos, permitindo às organizações fortalecerem a implementação da PBE e aprenderem uns com os outros.

- Estabelecer parcerias entre profissionais de saúde e decisores de políticas para partilhar informação, desenvolver estratégias e mobilizar recursos para a transformação para a Enfermagem basada na evidência.
- Trabalhar em conjunto com decisores políticos para aumentar o investimento nos profissionais de Enfermagem e implementar programas e políticas que promovem a prática baseada na evidência.
- Fornecer às organizações de saúde, investigadores e decisores políticos sobre *inputs* sobre as implicações da tradução de conhecimento para a evidência, bem como sobre os benefícios que incluem melhores resultados, diminuição de custos, etc.

- Trabalhar com instituições de saúde para fortalecer a integração da prática baseada na evidência no currículo de Enfermagem.
- Colaborar com centros de formação em Enfermagem e de investigação para facilitar a disseminação da aplicação dos resultados investigativos.

Construindo capacidade

As ANEs têm um papel importante na construção da capacidade dos enfermeiros para traduzirem a evidência para a prática, de forma a que a Enfermagem cumpra o seu mandato de prestar os melhores cuidados possíveis utilizando a informação disponível.

- Organizar / disponibilizar *workshops*, *journals clubs*, debates e ferramentas electrónicas, entre outros recursos, para promover a prática baseada na evidência.
- Fornecer um espaço / fórum para partilha e discussão de práticas, lições aprendidas e inovações na transposição do conhecimento para a prática.
- Disseminar inovações na Enfermagem baseadas na evidência atual aos enfermeiros e outros.
- Estimular o interesse pela investigação da Enfermagem através de *lobbies* para bolsas, portunidades de formação para enfermeiros e para o desenvolvimento de oportunidades de carreira.
- Encorajar / facilitar a captação de novas tecnologias de informação, através de formação adequada e mecanismos de *feedback*.
- Facilitar a gestão da mudança para apoiar a prática baseada na evidência.

Escrever resumos políticos / memorandos

A Enfermagem tem um contributo importante a dar às políticas da saúde. Os enfermeiros são excelentes a prestarem cuidados e a resolver problemas no imediato, muitas vezes com poucos recursos. Eles interagem com os clientes em vários contextos. Isto permite que os enfermeiros tenham uma compreensão abrangente das necessidades de saúde, de como fatores ambientais poderão afetar a situação de saúde de clientes e famílias, e de como as pessoas poderão reagir a diferentes estratégias e serviços.

No entanto, a Enfermagem tem dificuldade em transmitir esta mensagem aos decisores políticos. As ANEs estão melhor posicionadas para influenciar a política ao colmatarem a distância entre o que acontece no terreno e a decisão formulada em gabinetes. Uma forma de fazer este trabalho consiste no desenvolvimento de resumos políticos (ou memorandos), fazendo *lobby* para aumentar o contributo dos enfermeiros nas tomadas de decisão relacionadas com os cuidados de saúde.

A longo prazo, as ANEs precisam de trabalhar para colocar a Enfermagem na agenda política, removendo o manto da invisibilidade e influenciando as políticas ao elevar a voz dos enfermeiros. Para fazer isto, as ANEs necessitam de desenvolver

memorandos políticos que provem o seu ponto de vista, apresentar mensagens-chave e identificar as necessidades de apoio.

Para obterem sucesso na implementação da prática baseada na evidência, as ANEs precisam de desafiar as suas próprias suposições e estarem disponíveis para trabalhar com outros, com vista a melhorar os processos de cuidados e os resultados dos clientes. A prática baseada na evidência utiliza recursos, tempo e esforço, mas os resultados são favoráveis. Cada cliente merece cuidados baseados nos melhores conhecimentos científicos disponíveis, assegurando cuidados de alta qualidade e custo-efetivos. As ANEs, como uma voz coletiva dos enfermeiros a nível nacional, são os parceiros-chave na transposição para uma prática baseada na evidência.

Para concluir, as ANEs precisam de ter um papel ativo na promoção da PBE utilizando abordagens diferentes, focando-se na mudança de competências e atitudes no que se refere à tradução da evidência para a prática, de forma a atingir melhores resultados na saúde. As ANEs também precisam de explorar outros tipos de atividades – incluindo abordagens orientadas para o comportamento e abordagens usando a influência estrutural, social ou financeira – para introduzir um ambiente sustentável para uma prática de Enfermagem baseada na evidência.

ANEXOS

ANEXO 1

Competências de avaliação crítica

Ao ler qualquer investigação – seja esta uma revisão sistemática, ensaio clínico aleatório, avaliação económica ou outro tipo de estudo – é importante lembrar que há três aspetos a considerar: validade, resultados e relevância. É sempre necessário considerar as seguintes questões:

1. O estudo foi conduzido de forma a minimizar o viés?
2. Se assim for, o que demonstra o estudo?
3. O que significam os resultados para o cliente ou contexto específico onde ocorre a tomada de decisão?

Depois de abordar estas três questões essenciais poderá facilmente determinar se continuará a utilizar o seu tempo. Existem esquemas disponíveis e que pode utilizar para fazer perguntas mais detalhadas e algumas organizações tentam usar sempre o mesmo ao rever *guidelines*, de forma a obterem uma abordagem mais consistente.

A American Nurses Association desenvolveu o seguinte quadro:

Como ler e criticar um estudo científico

1. Criticar um artigo científico:
   a. Título – Descreve o artigo de forma adequada?
   b. Resumo – É representativo do artigo?
   c. Introdução – Torna o objetivo do artigo claro?
   d. Enunciado do problema – O problema está devidamente apresentado?
   e. Objetivo do estudo – A razão para a realização do estudo foi explicada?
   f. Questão(ões) de investigação – A / as questão(ões) de investigação está(ão) claramente definida(s) e se não está(ão), deverá(ão) estar?
   g. Enquadramento teórico – O enquadramento teórico está descrito? Se não existe um enquadramento teórico, será que deve existir?
   h. Revisão da literatura – A revisão da literatura é relevante / abrangente para o estudo e inclui investigação recente? A revisão da literatura suporta a necessidade do estudo?
   i. Métodos – O desenho é apropriado para o estudo? A amostra é adequada para o desenho e o seu tamanho suficiente? Foi necessário a utilização de um instrumento de recolha de dados? Como foram recolhidos os dados? Consideraram a confiabilidade e a validade?
   j. Análise – A abordagem analítica é consistente com as questões de investigação e com o desenho do estudo?
   k. Resultados – Os resultados estão claramente apresentados no texto, nas tabelas e figuras? A estatística está claramente explicada?

l. Discussão – Os resultados estão explicados em relação ao enquadramento teórico, questões de investigação e com o seu significado para a Enfermagem?

m. Limitações – As limitações foram apresentadas e as suas implicações discutidas?

n. Conclusão – Existem recomendações para a prática de Enfermagem, investigação futura e decisores políticos?

2. Determinar o nível e qualidade da evidência utilizando uma escala (poderão ser encontradas várias em ANA's Research Toolkit: www.nursingworld.org/MainMenuCategories/ThePracticeofProfessionalNursing/Improving-Your-Practice/Research-Toolkit)

3. Decidir se o estudo é aplicável à sua prática.

a. Poderá usar os resultados e as recomendações na sua prática?

Preparado por Louise Kaplan, PhD, ARNP, FNP-BC, FAANP *Senior Policy Fellow* – Department of Nursing Practice and Policy.

ANEXO 2

Framework para a prática reflexiva

Existem vários modelos para o podem ajudar a estruturar as suas reflexões. Este é um exemplo:

Modelo de Johns para Reflexão Estruturada (2000)

O modelo de Johns de reflexão guiada é uma estrutura baseada no exercício profissional, com perguntas desenhadas para salientar as formas como procuramos e validamos o conhecimento que adquirimos através da experiência. O guia centra-se em cinco perguntas-chave, sendo que cada uma procura promover o questionamento futuro através da reflexão detalhada, logo, permitindo a aprendizagem com base na experiência.

Sendo um modelo baseado no profissional, Johns viu-o como parte de um sistema reflexivo partilhado que, em última análise, promovia uma comunidade de conhecimento através da ênfase na aprendizagem situada ou a aprendizagem em contexto. Os métodos de utilização do modelo de Johns irão, portanto, necessitar de formatos estruturados, tal como, relatórios diários, apoio de supervisores e *feedback*.

1. Descrição da experiência

- Fenómeno – descreve a experiência?
- Casual – quais os fatores essenciais que contribuíram para esta experiência?
- Contexto – quais são os fatores de fundo significantes desta experiência?
- Clarificar – quais são os processos de reflexão-chave nesta experiência?

2. Reflexão

- O que é que eu estava a tentar atingir?
- Porquê intervir desta forma?
- Quais foram as consequências das minhas ações para mim, para o cliente ou família e para as pessoas com quem trabalho?
- Como é que me senti acerca desta experiência enquanto ela decorria?
- O que sentiu o cliente em relação à experiência?
- Como é que sei o que o cliente sentiu em relação à experiência?

3. Fatores influenciadores

- Quais os fatores internos que influenciaram a minha tomada de decisão?
- Quais os fatores externos que influenciaram a minha tomada de decisão?
- Que fontes de conhecimento influenciaram / deviam de ter influenciado a minha tomada de decisão?

4. Avaliação

- Poderia ter lidado com a situação de melhor forma?
- Que outras opções existiam?
- Quais seriam as consequências destas escolhas?

5. Aprendizagem

- Como é que me sinto agora em relação a esta experiência?
- Como é que dei sentido a esta experiência, à luz de experiências passadas e práticas futuras?

Enquanto as práticas reflexivas têm estado implícitas na aprendizagem, modelos como este requerem uma abordagem específica e estruturada. A partir do momento em que se escolhe um modelo tem que se adotar um meio para este modelo, sendo ele através de um relatório diário, portfólio, experiência profissional, colaboração com colegas ou discussão. A forma como estes modelos e meios são incorporados no desenvolvimento profissional é fundamental para o sucesso global deste tipo de estratégia.

ANEXO 3

Plano de negócios / desenvolvimento de serviços

O aspeto mais importante da maioria dos planos de negócio são as ações e / ou recomendações, sendo o seu principal objetivo o alcançar (dentro de padrões éticos) o retorno de investimento máximo (ou, no caso de serviços públicos e organizações sem fins lucrativos, a melhor utilização do investimento e dos recursos).

Este é um modelo simples e fácil que é efetivo para a maioria dos planos de negócios e relatórios de planeamento. A estrutura do relatório de planeamento também pode ser adaptada para o planeamento operacional e de equipa dado que os mesmos princípios se aplicam.

A estrutura do plano de negócios é, pela sua natureza, pragmática, ou seja, é feita «com um propósito» e de forma concisa. Um plano de negócios foca-se necessariamente em ganhos, resultados e efetividade financeira (sem os quais, habitualmente, nada mais pode acontecer). Não obstante, a ética e assuntos mais abrangentes de responsabilidade corporativa (i.e. segurança dos clientes) são importantes e devem ser identificados.

Estrutura do plano de negócios / serviços

- **Folha de rosto:** Título ou rubrica do plano e uma breve descrição caso seja necessário: autor, data, empresa / organização (se aplicável), detalhes de circulação e confidencialidade.
- **Índice:** Uma lista de conteúdos (basicamente todas as seções aqui listadas, começando com a introdução e a seguir as seções principais no modelo abaixo mencionado) com a paginação, mais uma lista de apêndices ou adendas (material de referência adicionados no final do documento). O índice deve permitir que o leitor encontre o que procura e que navegue facilmente no documento, permitindo que um apresentador ou questionador refira à audiência itens específicos com os números de página aquando a consulta e revisão.
- **Introdução**: Introdução e objetivo do plano, fontes de referência se aplicável (habitualmente em planos ou projetos formais e grandes).
- **Capítulos do corpo conforme necessário:** Ver modelo abaixo.
- **Apêndices:** Imagens, estatística, exemplos, folhas de cálculo e outra matéria de referência que suporta as recomendações dos planos.

Documento de plano de negócios / serviços

1. **Resumo executivo** – resumo conciso de tudo que se encontra abaixo e que corresponda a um caso claro e irresistível de negócio ou plano de

desenvolvimento de serviços, tendo o máximo de uma página. Recomenda-se que seja a última coisa a ser escrita. Enfatizam-se as vantagens esperadas, adequação estratégica, margens, prazos e retorno no investimento.

2. **Oportunidade de mercado (ou situação / *background* / necessidade)** - (subcapítulos com sugestões apropriadas em negrito; também onde for relevante referir figuras / mapas que deverá anexar) – explicar e definir o mercado – descrições de sector(es) e segmento(s) do utilizador final. Delinear os condutores estratégicos do negócio dentro de um sector ou segmento, mecanismos de compra, processos, restrições, crescimento, legislação, sazonalidade – identificar quais são os fatores que determinam as prioridades e necessidades do cliente e o que são. Explicar soluções passadas / atuais e as suas fraquezas / deficiências. Mostrar e explicar as vias para o mercado, *gatekeepers* estratégicos / influenciadores e relacionamentos. Delinear os produtos / serviços recomendados e proposta(s), demonstrando as mais-valias das vendas. Indicar o valor de vendas típicas / médias e margens alcançáveis. Quantificar o potencial do mercado e quota de mercado realizável – por segmento se necessário, tamanho, números, valores (contratos, locais, pessoas / utilizadores, etc., tudo o que permita que a escala de negócios seja explicada) – para as propostas mencionadas. Referir exemplos de estudos de caso, caso existam (e anexá-los). Referir competição real ou potencial, ameaças e as suas vantagens durante a competição (em termos de proposta, desempenho e estratégica / vias / parcerias). É lógico e apropriado referir-se à ética e à responsabilidade corporativa e social nesta secção.

3. **Planeamento estratégico** – em subcapítulos conforme necessário. Ações com resultados, sendo necessário realizar os objetivos acima mencionados. Forte ênfase na alavancagem e no trabalho com organizações de vendas ou outros parceiros-chave – você pode ser muito específico aqui. Referir prazos, custos, recursos conhecidos e onde poderão ser aplicáveis. Grande parte disto já se encontra na sua cabeça – apenas precisa de triagem, definir prioridades e proceder a anotações para que fique com uma forma coerente e lógica de ações com resultados e valores mensuráveis. Na maioria, estas ações serão suas, apoiadas por outros, provavelmente ao nível do *marketing*. Deve mostrar custos, retornos e margens ao longo do tempo. Demonstrar também o retorno total para este ano ou para o período de planeamento, sendo também útil indicar o mesmo para o ano seguinte. Isto poderá ser apoiado com uma folha de cálculo.

4. **Recomendações** – pontos de ação / autorização / orçamentos / desenvolvimento de produtos ou serviços, recursos necessários, etc., essenciais para que aconteça. Irá depender, até certo ponto, de uma autoridade superior / apoio executivo necessário – idealmente o menor possível.

Fonte: www.businessballs.com (2004-2009). © Alan Chapman / Businessballs. Retirado de www.businessballs.com/freenewbusinessplanstemplates.htm. Não pode ser vendido ou publicado. Alan Chapman /os autores / Businessballs não aceitam responsabilidade por qualquer assunto aqui resultante.

Tomada de Posição

ANEXO 4

Investigação em Enfermagem

Posição do ICN:

A prática baseada na investigação é uma marca da Enfermagem profissional. A investigação em Enfermagem, tanto qualitativa como quantitativa, é fundamental para cuidados de saúde com qualidade e custo-efetivos.
Para destacar a investigação em Enfermagem e a prática baseada na investigação, o ICN:

- Facilita e promove a conduta, disseminação e utilização de investigação relacionada com a Enfermagem, saúde e sistemas de saúde.
- Colabora com organizações nacionais e internacionais para promover as contribuições dos enfermeiros para a investigação em Enfermagem, saúde e sistemas de saúde.
- Promove oportunidades para os enfermeiros disseminarem a investigação e publicarem em revistas internacionais.
- Apoia redes para enfermeiros investigadores.
- Incentiva associações de membros na sua investigação relacionada com a capacitação.
- Promove investigação em áreas que têm implicações para a prática e melhoram os resultados para os clientes e para o público, que são significativos para a prática diária dos enfermeiros.
- Providencia liderança global ao estabelecer diretrizes éticas para enfermeiros no que diz respeito à conduta, disseminação e utilização da investigação.
- Promove a utilização de investigação para informar a prática baseada na evidência.

O ICN apoia as suas associações nacionais de enfermeiros (ANEs) nos seus esforços para realçar a investigação em Enfermagem, nomeadamente através de:

- Melhorar o acesso à educação que prepara os enfermeiros para fazer investigação, avaliar de forma crítica os resultados investigativos e promover uma aplicação apropriada dos resultados na prática de Enfermagem.
- Fazer *lobby* para o financiamento da investigação em Enfermagem utilizando fontes públicas e privadas.

O ICN acredita que as ANEs têm um papel fundamental na promoção e facilitação do processo investigativo junto de empregadores, instituições de educação e agências de financiamento. Ao trabalhar em conjunto, associações, instituições de educação, gestores e empregadores podem criar um ambiente inquisitivo, aumentar o acesso à educação em métodos de investigação que permitam o avanço da ciência de Enfermagem e desenvolvimento de conhecimentos, assim como ampliar a aplicação de investigação aos cuidados de saúde.

International Council of Nurses

3, Place Jean-Marteau
CH-1201 Geneva Switzerland
Telephone 41 (22) 908 0100
Fax 41(22) 908 0101
E-Mail : icn@icn.ch
Website : www.icn.ch

Enquadramento

A investigação em Enfermagem é necessária para gerar novo conhecimento e desenvolver a ciência / disciplina, avaliar as práticas e serviços existentes, e fornecer evidência que irá informar a educação, a prática, a investigação e gestão em Enfermagem.

A investigação está direcionada para a compreensão fundamental de mecanismos que afetam a capacidade de indivíduos, família e comunidades para manter ou reforçar o funcionamento ótimo e minimizar os efeitos negativos da doença. A investigação deverá ser direcionada para os resultados das intervenções de Enfermagem, para assegurar a qualidade e a custo-efetividade dos cuidados de Enfermagem.

A investigação em Enfermagem também incentiva o conhecimento de políticas e sistemas que prestam cuidados de Enfermagem efetiva e eficientemente; sensibilização da profissão e o seu desenvolvimento histórico; compreensão das diretrizes éticas no que refere à prestação de cuidados de Enfermagem; e conhecimento de sistemas que preparam os enfermeiros efetivamente para cumprir os requisitos, atuais e futuros, da profissão.

O ICN identificou prioridades de investigação em Enfermagem na área da saúde, doença e serviços de prestação de cuidados[2] que enfatizam cuidados de qualidade e custo-efetivos, cuidados baseados na comunidade, força de trabalho dos profissionais de Enfermagem e reforma da saúde.

Adotado em 1999
Analisado e revisto em 2007

O Conselho Internacional de Enfermeiros (ICN) é uma federação constituída por mais de 130 associações nacionais de enfermeiros, representando milhões de enfermeiros no mundo. Gerido por enfermeiros e para enfermeiros a nível internacional, o ICN trabalha para assegurar a qualidade dos cuidados de Enfermagem para todos e para a implementação de políticas de saúde idóneas a nível global.

[1] *International Council of Nurses (1997), Nursing Research: Building International Research Agenda. Report of the Expert Committee on Nursing Research. Geneva: ICN.*

ANEXO 5

A ENFERMAGEM É IMPORTANTE

Estas folhas informativas fornecem conhecimento conciso de referência, com uma perspetiva internacional da profissão de Enfermagem sobre questões de saúde e sociais atuais.

Folha Informativa

Indicadores de Resultado Sensíveis ao Trabalho de Enfermagem

Introdução

Em conjunto com a reforma dos cuidados de saúde, a procura por cuidados custo-efetivos e com qualidade, assim como a crescente sofisticação dos sistemas de cuidados de saúde, tem acompanhado um aumento da ênfase sobre a evidência e os resultados. Estes elementos, juntamente com uma crescente preocupação com mudanças no conjunto de competências, levou com que a Enfermagem se concentrasse na identificação de indicadores de resultados sensíveis aos *inputs* e ao pessoal de Enfermagem.

Resultados sensíveis à Enfermagem

Os resultados derivam das intervenções de Enfermagem e são indicadores da resolução de problemas - ou o progresso feito em direção à resolução de problemas e sintomas[1]. A CIPE® define um resultado em Enfermagem como a medida ou estado de um diagnóstico de Enfermagem em determinado momento após uma intervenção de Enfermagem, enquanto[2] resultados sensíveis à Enfermagem são definidos como mudanças no estado de saúde sob influência direta dos cuidados de Enfermagem[3]. Variáveis que afetam os resultados do doente incluem o diagnóstico, fatores socioeconómicos, apoio familiar, idade e género, bem como a qualidade dos cuidados prestados por outros profissionais e funcionários de apoio.

Indicadores de resultado sensíveis à Enfermagem habitualmente usados

Os seguintes resultados são habitualmente utilizados como indicadores sensíveis à Enfermagem[4]:

1) Complicações do doente, tal como infeções do trato urinário, úlceras de pressão, pneumonia adquirida no hospital e trombose venosa profunda / tromboembolismo pulmonar.

---

[1] ANA Website, www. nursingworld.org/mods/archive/mod30/cec213.htm

[2] International Council of Nurses (2001) International Classification for Nursing Practice – Beta 2 version. Geneva, ICN.

[3] Ke-Ping A. Yang; Lillian M. Simms; Jeo-Chen T. Yin (1999) Factors Influencing Nursing-Sensitive Outcomes in Taiwanese Nursing Homes, Online Journal of Issues in Nursing , Article published August 3, 1999

[4] nursingworld.org/books

2) Um grupo de medidas exploratórias, compreendendo hemorragia digestiva alta, complicações do sistema nervoso central, sépsis e choque / paragem cardíaca.
3) Complicações em clientes cirúrgicos, tais como infeção da ferida operatória, falência pulmonar e alterações metabólicas.
4) Tempo de internamento e falha no salvamento (falta de resposta às condições urgentes dos clientes tal como choque, paragem cardíaca e trombose venosa profunda, resultando potencialmente num aumento da morbilidade e / ou mortalidade).

Além disso, um inventário dos resultados dos clientes foi identificado como estando relacionado com o âmbito da prática e com o *mix* de profissionais existentes num serviço de saúde. Esse inventário de resultados inclui-se[5]:

- Controlo de sintomas e alteração na gravidade de sintomas;
- Estado funcional;
- Conhecimento da condição e tratamento;
- Satisfação dos clientes com os cuidados;
- Visitas não planeadas ao serviço de urgência;
- Reinternamentos não planeados;
- Força da adesão ao tratamento.

Qual a importância dos indicadores sensíveis à Enfermagem?

A utilização de indicadores sensíveis à Enfermagem ajuda-nos a focar na segurança, na qualidade dos cuidados ao cliente e na medição de resultados dos cuidados[6]. É importante que os enfermeiros e as instituições de saúde recolham dados para monitorizar os custos constantes e a qualidade dos cuidados. A utilização de indicadores sensíveis à Enfermagem é fundamental para demonstrar efetivamente que os enfermeiros fazem a diferença crítica, custo-efetiva na prestação de cuidados seguros e de elevada qualidade.

A importância de articular os indicadores sensíveis à Enfermagem não pode ser mais enfatizada. Esta articulação e a correlação das atividades de Enfermagem com resultados em saúde fornecem um forte apoio para a alocação adequada de recursos de saúde. Por exemplo, estudos que comparam dotações de serviços e resultados de clientes demonstram que quando existem mais enfermeiros os clientes apresentam menos complicações, tempos de internamento menores, taxas de mortalidades mais baixas e custos totais menores[7]. Igualmente, uma relação forte e consistente foi encontrada entre enfermeiros e cinco resultados em clientes: infeções do trato urinário, pneumonia, tempo de internamento, hemorragia digestiva alta e choque[8]. Isto significa que maiores dotações dos serviços com enfermeiros estão relacionadas com menor número de efeitos adversos.

---

[5] Calgary Health Region. http://www.clpna.com/HPA.pdf#search=%22%22Nursing%20sensitive%20outcome%20indicators%20%22%22

[6] American Nurses Association. www.nursingworld.org/mods/archive/mod30/cec213.htm

[7] American Nurses Association (1997), *Implementing Nursing's Report Card: A Study of RN Staffing Length of Stay and Patient Outcomes*. ANA Website, www.nursingworld.org/mods/archive/mod30/cec213.htm

[8] American Nurses Association. www.nursingworld.org/mods/archive/mod30/cec213.htm

Conclusão

Indicadores sensíveis aos resultados de Enfermagem visam estabelecer correlações entre as intervenções de Enfermagem recebidas pelos clientes e o resultante estado de saúde. São uma tentativa de medir a efetividade dos cuidados de Enfermagem através da medição dos resultados dos clientes. As ligações são vistas mais facilmente quando o diagnóstico, a intervenção e os resultados são identificados. Dado que os enfermeiros são uma parte integral do sistema de prestação de cuidados de saúde, indicadores sensíveis à Enfermagem captam o que é feito pelos enfermeiros, que resultados obtêm e com que custo. Isto é um passo importante para a alocação adequada de recursos aos cuidados de saúde e para tornar a contribuição da Enfermagem visível.

Para mais informação, por favor contacte: icn@icn.ch

O Conselho Internacional de Enfermeiros (ICN) é uma federação constituída por mais de 130 associações nacionais de enfermeiros, representando milhões de enfermeiros no mundo. Gerido por enfermeiros e para enfermeiros a nível internacional, o ICN trabalha para assegurar a qualidade dos cuidados de Enfermagem para todos e para a implementação de políticas de saúde idóneas a nível global.

TG/2007

ANEXO 6

A ENFERMAGEM É IMPORTANTE

Estas folhas informativas fornecem conhecimento conciso de referência, com uma perspetiva internacional da profissão de Enfermagem sobre questões de saúde e sociais atuais.

Folha Informativa

Investigação em Enfermagem: uma ferramenta para a ação

O que é a investigação em Enfermagem?

A busca por cuidados de saúde com qualidade e custo-efetivos trouxe a prática baseada na evidência e a investigação em Enfermagem para a ribalta. A investigação em Enfermagem traduz-se num questionar sistemático que procura adicionar novos conhecimentos de Enfermagem de forma a beneficiar os clientes, famílias e comunidade. Engloba todos os aspetos da saúde que são do interesse da Enfermagem, incluindo a promoção da saúde, prevenção de doença, cuidar das pessoas de todas as idades durante a doença e recuperação, ou na sua preparação para uma morte tranquila e digna[1]. A investigação em Enfermagem aplica a abordagem científica num esforço para adquirir conhecimentos, responder a questões ou resolver problemas.

O conhecimento gerado através da investigação em Enfermagem é utilizado para desenvolver a prática baseada na evidência, melhorar a qualidade dos cuidados e maximizar os resultados em saúde e o custo-efetividade das intervenções de Enfermagem.

Porquê a investigação em Enfermagem?

A prática baseada na investigação é característica da profissão da Enfermagem. A investigação em Enfermagem, tanto qualitativa como quantitativa, é fundamental para cuidados de saúde com qualidade e custo-efetivos[2]. A investigação em Enfermagem é necessária para gerar novos conhecimentos, avaliar práticas e serviços existentes, fornecer evidência que informará a educação, prática, investigação e gestão em Enfermagem. A investigação em Enfermagem é uma forma poderosa de responder a questões acerca de intervenções de saúde e de procurar novas formas de promover a saúde, prevenir doenças e fornecer cuidados e serviços de reabilitação para pessoas de todas as idades e em contextos diferentes.

---

[1] *International Council of Nurses (1998), Practical Guide for Nursing Research. Edited by W.L. Holzemer. Geneva: ICN.*

[2] *International Council of Nurses (1999), ICN Position Statement on Nursing Research*

O objetivo principal da investigação em Enfermagem é melhorar os resultados de saúde através do aumento do conhecimento e da prática de Enfermagem, bem como informar os decisores políticos de saúde. Para este fim, o ICN facilita e promove a realização, disseminação e utilização de investigação relacionada com a Enfermagem, saúde e sistemas de saúde.

Prioridades para a investigação em Enfermagem

O ICN identificou prioridades de investigação em Enfermagem em duas grandes áreas que abordam fenómenos de interesse. Estas são saúde e doença; e serviços de prestação de cuidados[3].

Saúde e doença. A investigação em Enfermagem em saúde e doença foca um número de áreas que incluem promoção de saúde, prevenção de doença, controlo de sintomas, viver com doença crónica e aumentar a qualidade de vida; cuidar de clientes que vivenciam alterações na sua saúde e doença; avaliar e monitorizar problemas dos clientes; fornecer e testar intervenções de Enfermagem e medir os resultados de cuidados.

As prioridades de investigação em Enfermagem recomendadas e relacionadas com saúde e doença incluem assuntos como VIH/SIDA e outras infeções sexualmente transmissíveis, doença crónica, controlo de infeção, saúde da mulher e saúde mental.

Serviços de prestação de cuidados. As prioridades na investigação em Enfermagem em serviços de prestação e cuidados focam a qualidade e custo-efetividade dos cuidados, cuidados na comunidade, reforma da profissão de Enfermagem e dos cuidados de saúde. Áreas para investigação em Enfermagem incluem o impacto das intervenções nos resultados dos clientes, prática de Enfermagem baseada na evidência, cuidados de saúde primários, cuidados domiciliários, qualidade de vida dos enfermeiros, retenção, satisfação no trabalho, impacto das reformas de saúde, planeamento e avaliação de programas, impacto na equidade e acesso a cuidados de Enfermagem e o financiamento da saúde.

Estratégias para a investigação em Enfermagem

As estratégias para investigação em Enfermagem precisam de apoiar a investigação de Enfermagem internacionalmente, construindo e sustentando uma base de conhecimentos para a prática de Enfermagem. As estratégias do ICN são desenhadas para realçar a capacidade para a investigação em Enfermagem a nível internacional e visam:

- Apoiar e encorajar as associações nacionais de enfermeiros (ANEs) na capacidade para construir investigação em Enfermagem tal como desenvolver uma agenda de investigação com prioridades, apoio e aconselhamento investigativo, bases de dados dedicados à investigação, educação investigativa, disseminação e utilização da investigação e promoção da cooperação na investigação em Enfermagem.
- Continuar a trabalhar com a OMS, ONG e outros para assegurar que a agenda internacional de investigação em Enfermagem é visível e incluída em pareceres

[3] *International Council of Nurses (1997), Report of ICN Research Expert Group*

prioritários; *lobbies* para investigadores em Enfermagem constarem em conselhos de investigação e corpos investigativos internacionais.

- Estabelecer e apoiar uma rede de enfermeiros investigadores que terão a capacidade para perseguir a agenda internacional de investigação em Enfermagem recomendada sobre saúde e doença e serviços de prestação de cuidados.
- Desenvolver e promover a utilização da internet como uma estratégia para valorizar a comunicação internacional entre enfermeiros investigadores, aumentar o acesso a documentos e fornecer acesso a um conjunto de enfermeiros investigadores peritos.
- Promover oportunidades para o enfermeiro investigador publicar em revistas internacionais, tal como *International Nursing Review*; incentivar editores a incluir filiação internacional; apoiar todos os autores cuja primeira língua não é o inglês; incentivar as revistas a incluir um resumo em inglês se a revista for publicada noutra língua.

Na era da prática baseada na evidência e de cuidados de saúde conduzidos pelo conhecimento os enfermeiros são constantemente desafiados a descobrir novas e melhores formas de prestar cuidados baseando-se em novos conhecimentos e evidências obtidos através da investigação. Os enfermeiros têm uma obrigação profissional para com a sociedade para prestar cuidados que são constantemente revistos, investigados e validados.

Para mais informação, por favor contacte: icn@icn.ch

O Conselho Internacional de Enfermeiros (ICN) é uma federação constituída por mais de 130 associações nacionais de enfermeiros, representando milhões de enfermeiros no mundo. Gerido por enfermeiros e para enfermeiros a nível internacional, o ICN trabalha para assegurar a qualidade dos cuidados de Enfermagem para todos e para a implementação de políticas de saúde idóneas a nível global.

TG/2002

REFERÊNCIAS

Browne M (1997). The field of information policy. *Journal of Information Science*. Vol. 23. pp. 261-275.

Considine J & McGillivray B (2010). An evidence-based practice approach to improving nursing care of acute stroke in an Australian emergency department. *Journal of Clinical Nursing, 19*(1-2), 138-144. doi: 10.1111/j.1365-2702.2009.02970.

Cullum N (1997). Identification e analysis of randomised controlled trials in nursing: preliminary study Quality in Health Care 6.

Dunning M, Lugon M, MacDonald J (1998). Is clinical effectiveness a management issue? BMJ 316: 243.

Farrington M, Lang S, Cullen L e Stewart S (2009). Nasogastric tube placement verification in pediatric e neonatal patients [corrected] [published erratum appears in PEDIATR NURS 2009 Mar-Apr;35(2):85]. *Pediatric Nursing, 35*(1), 17-24.

Gray AM (1999). Is this intervention cost effective? in Dawes et al. (2005) Evidence based practice: a primer for health care professionals, 2nd edition, Churchill Livingstone, Edinburgh.

Hamer S e Collinson G (2005). Achieving Evidence based practice A handbook for practitioners 2nd ed Balliere tindall London.

Higuchi KS, Smith K, Davies BL, Edwards N, Ploeg J e Virani T (2011). Implementation of clinical guidelines for adults with asthma e diabetes: a three-year follow-up evaluation of nursing care. *Journal of Clinical Nursing*. 20(9-10):1329-1338, May 2011.

International Council of Nurses (2007). ICN policy on Nursing research: www.icn.ch

Kurniawan T e Petpichetchian W (2011). *Nurse Media Journal of Nursing*, 1,1, January 2011, 43 – 53.

Lavis JN (2007). Research, public policymaking e knowledge translation processes: Canadian efforts to build bridges *Journal of Continuing Education in the Health Professions* Vol. 26, Issue 1 37-45

Lewin K (1997). Resolving Social Conflicts e Field Theory in Social Science.

Lomas J, Culyer T, McCutcheon C, McAuley L e Law S (2005). *Conceptualizing e Combining evidence for health system guidance.* Ottawa: Canadian Health Services Research Foundation.

Lomas J (2007). Formalised Informality: An action plan to spread proven health innovations. Wellington: Ministry of Health New Zealand.

Mantzoukas S (2008). 'A review of evidence-based practice, nursing research e reflection: levelling the hierarchy', *Journal Of Clinical Nursing*, Vol. 17 No. 2: pp 214-22.

Mc Sherry R e Warr J (2008). An introduction to excellence in Practice Development in Health e Social Care Open University Press Maidenhead, UK.

Mazurek Melnyk B e Fineout-Overholt E (2005). Evidence-based practice in nursing & healthcare: A guide to best practice. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins,

Oxman A, JN Lavis, Lewin S, Fretheim A (Eds), SUPPORT Tools for evidenced informed health policy making report from Norwegian Knowledge Centre for the Health Services No4 2010, http://www.support-collaboration.org/supporttool.htm

Pearson A e Jordan Z (2010). 'Evidence-based healthcare in developing countries', *International Journal of Evidence-Based Healthcare*, Vol. 8 Is. 2: pp 97-100.

Pettigrew M e Roberts H (2005). Systematic reviews in the social sciences: a practical guide, Oxford, Blackwell.

Pravikoff DS, Tanner AB e Pierce ST (2005). Readiness of U.S. nurses for evidence-based practice. A*merican Journal of Nursing, 105*(9): 40-52.

Ruland C (2010). Translating research into practice. In Holzemer, W.L (ed), Improving Health through Nursing Research. Geneva: ICN.

Tlou S (2006). Evidence-based nursing practice in Botswana. Primary Health Care e Development 2006;/:309-313.

Ward V, Smith S e Foy R (2010). A framework of knowledge transfer (KT) which can be incorporated into grant proposals. Leeds Institute of Health Sciences.

World Health Organisation (2004). World Report on Knowledge for Better Health: Strengthening Health Systems WHO Geneva

RECURSOS ADICIONAIS

American Nurses Association (n.d.). Research Toolkit. Available at: http://nursingworld.org/MainMenuCategories/ThePracticeofProfessionalNursing/Improving-Your-Practice/Research-Toolkit.

Birks M, Francis K, Chapman Y, Mills J e Porter J, (2009). 'Supporting the evolution of a research culture in Malaysia', *Australian Journal of Advanced Nursing*, Vol. **27** No. 1: pp 89–93. Accessed July 2011: http://www.ajan.com.au/Vol27/Birks.pdf.

Birks M (2011). 'Making it real: a hands-on approach to teaching research', *International Nursing Review*, Vol. 58 Iss. 2: pp 270-272. Accessed July 2011: http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1466-7657.2011.00894.x/full.

BrachC, Lenfesty N, Roussel A, Amoozegar J e Sorenson A (2008). Will it work here? A decision makers guide for adopting innovation. AHRQ September available at www.innovations.ahrq.gov/resources/resources.aspx.

Bradley H e Gillham D (2008). 'Collaborative strategies to promote evidence based practice in a developing country', *Journal of the World Universities Forum*, vol. 1, no. 5, pp. 83-87.

Callister LC (2009).'Global Health And Nursing: How is Evidence-Based Decision Making Promoted for Childbearing Women in Australia?', MCN, The American Journal of Maternal/Child Nursing, Vol. 34 No. 2 (March/April): pp131 – 131. Accessed 21st July 2011: www.nursingcenter.com/pdf.asp?AID=848513.

Coopey M, Nix MP, Clancy CM (2006), 'Translating Research Into Evidence-based Nursing Practice e Evaluating Effectiveness', Journal *of Nursing Care Quality*. Vol. 21 No. 3 (July/September): pp195-202, PDF Accessed 21st July 2011: http://nursing201.pbworks.com/f/EBP+Coopey.pdf.

Gallagher-Ford L, Fineout-Overholt E Mazurek Melnyk B e Stillwell S (2011). 'Evidence-based practice step-by-step: Implementing an Evidence-based Practice Change, *American Journal of Nursing*, Vol. 111 No. 3 (March): pp 54-60.

Greenhalgh T, Robert G, Mac Farlene F, Bate P e Kyraikidou O (2004). Diffusion of Innovation in service organisations: a systematic review e recommendations Milbank Quarterly Vol 82 pp581-629.

Hannes K, Vandersmissen J, De Blaeser L, Peters G, Goedhuys J e Aertgeerts B (2007). 'Barriers to evidence-based nursing: a focus group study', *Journal of Advanced Nursing*, Vol. 60 No. 2 (October): pp 162-171.

Holleman G, Eliens A, Van Vliet M e Van Achterberg T (2006). 'Promotion of evidence-based practice by professional nursing associations: literature review', *Journal of Advanced Nursing*, Vol. 53 Iss. 6: pp 702–709.

International Council of Nurses (2011). 'New training method developed by ICN transforms TB care', *International Nursing Review*, Vol. 58 No. 2, pp 151-153. Accessed July 2011: http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1466-7657.2011.00911_2.x/pdf

Jordan Z (2009). 'The "Agonies of Evidence" in the Developing World', *PACEsetterS*, Vol. 6 Iss. 2: (April/June) pp 6–8. Accessed July 2011: www.joannabriggs.edu.au/Documents/PACE6(2)2009.pdf

Kaplan WA (2006). 'Can the ubiquitous power of mobile phones be used to improve health outcomes in developing countries?' *Globalization e Health*, Vol. 2 No. 1. Accessed: 21st July 2011: www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16719925.

Ministry of Health New Zealand (2011). 'Better, Sooner, More Convenient Health Care in the Community', Wellington. Accessed July 2011: www.moh.govt.nz/moh.nsf/indexmh/better-sooner-more-convenient-health-care?Open

Oshana D (2006). 'Evidence-based practice: A primer e resource guide', Chicago: Prevent Child Abuse America. Accessed 11th July 2011: http://member.preventchildabuse.org/site/DocServer/EBP_Primer_and_Resource_Guide.pdf?docID=161.

Somers A, Mawson S e Gerrish K, Schofield J, Debbage S e Brain J (2006).'The Simple Rules Toolkit' (An educational tool designed to help staff differentiate between clinical audit, research e service review activities'), Sheffield: Sheffield Teaching Hospitals NHS Foundation Trust. Accessed 11th July 2011: http://tinyurl.com/5u5sqcv.

Stetler CB, Ritchie JA, Rycroft-Malone J et al, 2009, 'Institutionalizing evidence-based practice: an organizational case study using a model of strategic change', *Implementation Science*, Vol. 4:78. Accessed 11th July 2011: www.implementationscience.com/content/4/1/78

University of Pittesburgh (n.d.) Training Program: Global Health e Under-served Populations Track. Internal Medicine Residency Program. Accessed July 2011: www.residency.dom.pitt.edu/Program_Overview/tracks/globalhealth.html

University of Pittesburgh (n.d.) Evidence-based medicine for developing countries project. Available at: www.residency.dom.pitt.edu/Program_Overview/tracks/docs/EBMDC.doc