

**CONHECIMENTOS DOS ENFERMEIROS PORTUGUESES
ACERCA DAS INTERVENÇÕES AUTÓNOMAS NO DOENTE COM
SÍNDROME CORONÁRIO AGUDO E A PRÁTICA BASEADA EM
EVIDÊNCIAS**

João Carlos Bastos Pina

Relatório de Estágio apresentado à Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança para obtenção do Grau de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

Orientador - Doutora Maria Augusta Romão da Veiga-Branco

Categoria - Professora Coordenadora

Afiliação - Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança

Orientador - Doutora Maria Madalena Jesus Cunha Nunes

Categoria - Professora Adjunta

Afiliação - Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viseu

Este Relatório de Estágio inclui as críticas e sugestões feitas pelo júri.

Julho de 2020



Pina, J. (2020). Conhecimentos dos enfermeiros portugueses acerca das intervenções autónomas no doente com síndrome coronário agudo e a prática baseada em evidências. Trabalho de Projeto. Escola Superior de Saúde. Instituto Politécnico de Bragança. Bragança, Portugal.

A seguinte parte do presente trabalho de projeto foi apresentada VI Encontro de Jovens Investigadores, que decorreu em Bragança, Portugal, no dia 5 de dezembro de 2019 (Comunicação Oral):

Pina, J., Veiga-Branco, M., & Cunha, M. (2020). Intervenções autónomas dos enfermeiros portugueses no doente com síndrome coronário agudo – resultados pré-teste. Comunicação oral apresentada no VI Encontro de Jovens Investigadores. Bragança, Portugal.

A seguinte parte do presente trabalho de projeto foi submetida para publicação (Artigos Científicos):

Pina, J., Veiga-Branco, M., Cunha, M., Duarte, J. & Silva, C. (2020). Estudo Psicométrico do Questionário de Conhecimentos acerca das Intervenções Autónomas de Enfermagem Face ao Doente com Síndrome Coronário Agudo. Revista de Enfermagem Referência, Coimbra, Portugal.

A seguinte parte do presente trabalho de projeto encontra-se publicada na Millenium- Revista do Instituto Politécnico de Viseu (IPV):

Pina, J., Veiga-Branco, M. A., Cunha, M., Duarte, J., & Silva, C. (2020). Questionário de eficácia clínica e prática baseada em evidências: análise fatorial confirmatória em uma amostra enfermeiros. Millenium, 2(ed espec no5), 137-145. DOI: <https://doi.org/10.29352/mill0205e.13.00337>

*A coisa mais indispensável a um homem é reconhecer o uso que deve fazer do seu
próprio conhecimento.*

Platão

Dedico este trabalho:

À Enfermagem, por me permitir construir este pequeno e humilde contributo que permita enaltecer o papel altamente interventivo que a(o) Enfermeira(o) representa no seio do plano de cuidados de saúde a todos os níveis. Só poderemos ser reconhecidos,

se mostrarmos o nosso valor. Deixo aqui o meu bem-haja...;

A todos os docentes das Escolas Superiores de Saúde por onde passei e a todos os profissionais de saúde que colaboraram na minha formação académica/profissional;

A todos aqueles que cuidei e que contribuíram para o meu crescimento pessoal e profissional;

A todos aqueles que acreditam em mim e no meu potencial.

Gratidão a todos!

AGRADECIMENTOS

A realização deste trabalho de projeto é o resultado do meu empenho e dedicação, sempre demonstrados ao longo desta longa, profícua e muito gratificante etapa do meu percurso académico-profissional. Contudo, uma parte muito importante deste percurso foi conseguida com o apoio de todos aqueles que se cruzaram comigo ao longo do mesmo e que permitiram alcançar este “produto final”.

Quero agradecer de forma especial:

À professora Maria Augusta Romão da Veiga-Branco e à professora Madalena Cunha, pois sem as suas orientações, disponibilidade, incentivos, contributos e colaboração, este caminho não teria sido traçado.

Ao Professor João Duarte e Professora Cláudia Silva pelos contributos exímios no delineamento do tratamento estatístico, absolutamente fulcrais, para alcançar os resultados pretendidos face ao tema em estudo.

Ao Professor Rui Pereira e restantes colaboradores por me permitirem utilizar o Questionário de Eficácia Clínica e Prática Baseada em Evidências (QECPBE-20), Versão Original de Upton & Upton (2006), validado em português por Pereira, R.; Guerra, A.; Peixoto, M.; Martins, T.; Barbieri, M. & Carneiro, A. (2015) no meu trabalho.

À Senhora Enfermeira Chefe Cristina Requeijo, por acreditar na importância deste percurso na minha formação académica/profissional, por me apoiar em todos os momentos, fornecendo todas as condições e mais algumas com vista ao sucesso máximo dos meus projetos.

A todos os meus colegas de trabalho do SUB Moimenta da Beira pelos momentos de partilha que proporcionaram, pelos momentos de descontração e pelos momentos de incentivo. Obrigado também por acreditarem na importância deste trabalho e pelo vosso reconhecimento.

A todos os 738 enfermeiros, que em seu rigor e honra, colaboraram no preenchimento dos questionários, de cujas respostas emergiram a possibilidade de rever, através dos resultados evidentes, o conhecimento e desenvolvimento do tecido humano que constitui a enfermagem, o meu olhar grato.

À Ordem dos Enfermeiros (OE), na pessoa da sua Digníssima Bastonária Ana Rita Cavaco, por ter disponibilizado apoio institucional à divulgação do estudo. Pela promoção e difusão da investigação em enfermagem.

Aos meus pais, Artur Pina e Marta Pina, pela transmissão de valores e sentido de responsabilidade, pelo apoio incondicional, pela compreensão das ausências e, acima de tudo, por nunca deixarem de acreditar em mim e nos meus objetivos de vida. Tudo o que sou devo-lhe a eles e, como tal, esta conquista também a eles se deve.

À minha sogra e colega, Enfermeira Luísa Afonso, por ser a minha segunda mãe, pelo apoio incondicional, pelos conselhos e incentivos contínuos, por cuidar de mim e me proteger em todos os momentos. E, não esquecendo claro, pelas maravilhosas costeletas.

E por último, mas não menos importante, o meu maior e mais sincero reconhecimento à minha namorada e colega – Enfermeira Cátia Costa, carinhosamente chamada por mim de “Lolita”, por me apoiar em todos os momentos da minha vida, sejam bons ou menos bons, pelos conselhos e incentivos contínuos, por toda a disponibilidade e suporte nos momentos de maior cansaço, horas de desânimo e semanas difíceis, por ser o meu maior pilar!

RESUMO

Enquadramento: O perfil autónomo dos enfermeiros na prestação de cuidados ao doente com Síndrome Coronário Agudo (SCA) deve ser enfatizado como uma prioridade educacional e de desenvolvimento profissional. Paulatinamente, as instituições de saúde e seus colaboradores são “pressionados” para prestarem os cuidados baseados na melhor evidência científica disponível. Neste sentido, o debate sobre esta temática no processo de atendimento deste tipo de emergências médicas, é imperativo, tendo em vista os maiores e melhores ganhos positivos na saúde daqueles que cuidamos.

Objetivo: Determinar se os conhecimentos dos enfermeiros portugueses acerca das intervenções autónomas no doente com síndrome coronário agudo, predizem a respetiva prática baseada em evidências (PBE)

Métodos: O estudo do tipo descritivo analítico-correlacional, transversal insere-se numa metodologia de investigação quantitativa. A amostra é não probabilística por conveniência, constituída por 738 participantes, representando cerca de 1% dos enfermeiros portugueses inscritos na OE, maioritariamente do sexo feminino (76%), com predomínio da faixa etária dos 31- 40 anos (41,7%). Foram aplicados 3 questionários (QAHDSAP; QCIAEFDSCA e QECPBE-20) , via *Google Forms*.

Resultados: A maioria dos enfermeiros da amostra possui o bacharelato/licenciatura (75,1%) e possui um tempo de serviço ≤ 10 anos (41,2%). O título de enfermeira(o) está presente em 61,2% dos participantes e 38,8% são especialistas, dos quais 42,7% são de enfermagem médico-cirúrgica.

Apurou-se que a idade, o sexo, as habilitações profissionais e académicas, o tempo de exercício, o título profissional, a especialidade e a função exercida tiveram um efeito significativo nos conhecimentos e nos componentes estruturais da PBE manifestados pelos enfermeiros, sendo ambos diferentes segundo o sexo e a idade, existindo relação significativa com as características académicas/profissionais.

Conclusão: Os conhecimentos dos enfermeiros portugueses são preditores da PBE e vice-versa, pelo que se impõe intervir a três níveis: fomentar o aprofundamento destes conceitos nos diferentes níveis de formação académica; desenvolver investigação científica sobre esta temática e promover a formação contínua em enfermagem, em especial acuidade, nas equipas de enfermagem que potencialmente irão cuidar das pessoas com SCA.

Palavras-Chave: Autonomia Profissional; Cuidados de Enfermagem; Síndrome Coronário Agudo; Enfermagem Baseada em Evidências; Prática Baseada em Evidências.

ABSTRACT

Background: The autonomous profile of nurses in providing care to patients with Acute Coronary Syndrome (ACS) should be emphasized as an educational and professional development priority. Gradually, health institutions and their employees are “pressured” to provide care based on the best available scientific evidence. In this sense, the debate on this theme in the process of attending this type of medical emergency is imperative, in view of the biggest and best positive gains in the health of those we care for.

Objective: To determine whether the knowledge of Portuguese nurses about autonomous interventions in patients with acute coronary syndrome, predict the respective evidence-based practice (EBP).

Methods: The cross-sectional analytical-descriptive study is part of a quantitative research methodology. The sample is non-probabilistic for convenience, consisting of 738 participants, representing about 1% of Portuguese nurses enrolled in OE, mostly female (76%), with a predominance of the age group of 31-40 years (41.7%) . Three questionnaires were applied (QAHSAP; QCIAEFDSCA and QECPBE-20), via Google Forms.

Results: Most of the nurses in the sample have a bachelor's degree / undergraduate degree (75.1%) and have a service time ≤ 10 years (41.2%). The title of nurse (o) is present in 61.2% of the participants and 38.8% are specialists, of which 42.7% are medical-surgical nurses.

It was found that age, sex, professional and academic qualifications, exercise time, professional title, specialty and function performed had a significant effect on the knowledge and structural components of EBP manifested by nurses, both being different according to sex and age, with a significant relationship with academic / professional characteristics.

Conclusion: The knowledge of Portuguese nurses is a predictor of EBP and vice versa, so it is necessary to intervene at three levels: foster the deepening of these concepts at different levels of academic training; develop scientific research on this theme and promote continuous training in nursing, especially acuity, in nursing teams that potentially will take care of people with ACS.

Key words: Professional Autonomy; Nursing care; Acute Coronary Syndrome; Evidence-Based Nursing; Evidence-Based Practice.

ABREVIATURAS E/OU SIGLA

- ACES – Agrupamento de Centros de Saúde
AI – Angina Instável
AVC – Acidente Vascular Cerebral
cf. – Conforme
CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
DCV – Doenças Cardiovasculares
DGS – Direção Geral da Saúde
DM – Diabetes *Mellitus*
EAM – Enfarte Agudo do Miocárdio
EAMcsST – Enfarte Agudo do Miocárdio com Supradesnivelamento do Segmento ST
EAMssST – Enfarte Agudo do Miocárdio sem Supradesnivelamento do Segmento ST
ECG 12D – Electrocardiograma de 12 Derivações
HTA – Hipertensão Arterial
INE – Instituto Nacional de Estatística
INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica
ICP – Intervenção Coronária Percutânea
OCDE – Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico
OE – Ordem dos Enfermeiros
PBE – Prática Baseada em Evidências
PCR – Paragem Cardiorrespiratória
PNS – Plano Nacional de Saúde
REPE – Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros
PaO² – Pressão Parcial de Oxigénio
PPCIRA – Programa Nacional de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência a Antimicrobianos
SAV – Suporte Avançado de Vida
SBV – Suporte Básico de Vida
SCA – Síndrome Coronário Agudo
SU – Serviço de Urgência
VVC – Via Verde Coronária
WHO – World Health Organization

QAHSAP – Questionário ad hoc de Dados Sociodemográficos, Académicos e Profissionais

QCIAEFDSCA – Questionário de Conhecimentos acerca das Intervenções Autónomas de Enfermagem Face ao Doente com Síndrome Coronário Agudo

QECPE-20 – Questionário de Eficácia Clínica e de Prática Baseada em Evidências

INDICE

INTRODUÇÃO.....	1
CAPÍTULO I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO DO ESTUDO.....	4
1. DOENÇAS CARDIOVASCULARES.....	5
1.1. SÍNDROME CORONÁRIO AGUDO	8
1.1.1. <i>Fatores de Risco do Síndrome Coronário Agudo.....</i>	<i>14</i>
1.1.2. <i>Diagnóstico Diferencial do Síndrome Coronário Agudo</i>	<i>17</i>
1.1.3. <i>Tratamento da Síndrome Coronário Agudo.....</i>	<i>18</i>
1.1.4. <i>Tipos de dor torácica.....</i>	<i>20</i>
2. INTERVENÇÕES AUTÓNOMAS DE ENFERMAGEM NO DOENTE COM SÍNDROME CORONÁRIO AGUDO E A PRÁTICA BASEADA EM EVIDÊNCIAS	23
CAPÍTULO II – ESTUDO EMPÍRICO	30
3. METODOLOGIA.....	31
3.1. MÉTODOS.....	31
3.1.1. <i>Operacionalização de Variáveis.....</i>	<i>37</i>
3.1.1.1. <i>Operacionalização e Recodificação das Variáveis Independentes</i>	<i>37</i>
3.2. PARTICIPANTES	40
3.2.1. <i>Caracterização Sociodemográfica</i>	<i>41</i>
3.2.1. <i>Caracterização Académica e Profissional.....</i>	<i>42</i>
3.3. INSTRUMENTOS DE RECOLHA DE DADOS.....	49
3.4. PROCEDIMENTOS ÉTICOS.....	53
3.5. PROCEDIMENTOS ESTATÍSTICOS	53
4. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS	57
5. DISCUSSÃO.....	77
6. CONCLUSÕES.....	85
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	92
ANEXOS	102
ANEXO I – INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS	103
ANEXO II – PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA DO IPB.....	113
ANEXO III – PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO DO QUESTIONÁRIO DE EFICÁCIA CLÍNICA E PRÁTICA BASEADA EM EVIDÊNCIAS (QECPBE-20)	115

ANEXO IV – PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO DE DIVULGAÇÃO DO ESTUDO À ORDEM DOS ENFERMEIROS.....	117
ANEXO V – DECLARAÇÃO DE ORIENTAÇÃO.....	122
ANEXO VI – DECLARAÇÃO DE ACEITAÇÃO DO TEMA DO TRABALHO PELA COMISSÃO CIENTÍFICA DA ESSA-IPB	124
ANEXO VII – DADOS ESTATÍSTICOS	126
ANEXO VIII – CERTIFICADO COMUNICAÇÃO ORAL EJI 2019	175
ANEXO IX – SUBMISSÃO DE ARTIGO CIENTÍFICO: REVISTA REFERÊNCIA	177
ANEXO X – ARTIGO CIENTÍFICO: REVISTA MILLENIUM	195
ANEXO XI – RELATÓRIO DE ESTÁGIO	205

INDICE DE TABELAS

Tabela 1 – Sinais e sintomas das dores torácicas de origem cardíaca	21
Tabela 2 – Distribuição dos enfermeiros pela idade em função do sexo	41
Tabela 3 – Caracterização sociodemográfica dos enfermeiros em função do sexo.....	42
Tabela 4 – Caracterização profissional dos enfermeiros em função do sexo.....	46
Tabela 5 – Estatísticas relativas ao tempo de exercício profissional em função do sexo	48
Tabela 6 – Estatísticas relativas às horas de trabalho por semana em função do sexo	48
Tabela 7 - QCIAEFDSCA: transformação dos scores brutos numa escala 0-100.....	51
Tabela 8 - QECPBE: transformação dos scores brutos numa escala 0-100.....	52
Tabela 9 – Consistência Interna do QCIAEFDSCA.....	127
Tabela 10 – KMO e Teste de Bartlet.....	129
Tabela 11 – Eigenvalue e Variância Explicada Dos Fatores.....	129
Tabela 12 – Coeficiente de saturação de cada item com o respetivo fator e Alfa de Cronbach dos fatores	130
Tabela 13 – Estatística descritiva dos itens por subescala do QCIAEFDSCA.....	131
Tabela 14 – Medidas de Ajustamento: valores referência e valores encontrados para o QCIAEFDSCA.....	134
Tabela 15 – Fiabilidade compósita e Variância extraída Média.....	134
Tabela 16 – Validade discriminante do QCIAEFDSCA.....	135
Tabela 17 – Medidas de Ajustamento: valores referência e valores encontrados para o QECPBE-20	136
Tabela 18 – Estatística descritiva dos itens por subescala do QECPBE-20.....	137
Tabela 19 – Matriz de Correlação de Pearson entre os fatores do QECPBE-20.....	138
Tabela 20 – Estatísticas relativas à Eficácia Clínica e Prática Baseada em Evidências	138
Tabela 21 – Resultados do t de Student Amostras independentes: Comparação Sexo Masculino e Feminino nos resultados do QECPBE-20	139
Tabela 22 – Resultados da ANOVA One Way – Comparação entre 3 faixas etárias nos resultados do QECPBE-20	139
Tabela 23 – Resultados da ANOVA One Way: Comparação entre os grupos com diferentes habilitações profissionais nos resultados do QECPBE-20.....	140
Tabela 24 – Resultados do t de Student Amostras independentes: Comparação Bacharelato/Licenciatura Vs Mestrado/Doutoramento nos resultados do QECPBE-20.....	140
Tabela 25 – Resultados da ANOVA One Way: Comparação entre os grupos com diferentes tempos de exercício profissional nos resultados do QECPBE-20	141

Tabela 26 – Resultados do t de Student Amostras independentes: Comparação Enfermeiros Vs Enfermeiros Especialistas nos resultados do QCEPBE-20	141
Tabela 27 – Resultados da ANOVA One Way: Comparação entre os grupos com diferentes especializações em enfermagem nos resultados do QCEPBE-20	142
Tabela 28 – Resultados da ANOVA One Way: Comparação entre os grupos com diferentes Funções em enfermagem nos resultados do QCEPBE-20	142
Tabela 29 – Estatísticas relativas aos Conhecimentos acerca das Intervenções Autónomas de Enfermagem Face ao Doente com Síndrome Coronário Agudo	143
Tabela 30 – Resultados do t de Student Amostras independentes: Comparação Sexo Masculino e Feminino nos resultados do QCIAEFDSCA.....	143
Tabela 31 – Resultados da ANOVA One Way – Comparação entre 3 faixas etárias nos resultados do QCIAEFDSCA.....	144
Tabela 32 – Resultados da ANOVA One Way: Comparação entre os grupos com diferentes habilitações profissionais nos resultados do QCIAEFDSCA.....	145
Tabela 33 – Resultados do t de Student Amostras independentes: Comparação Bacharelato/Licenciatura Vs Mestrado/Doutoramento nos resultados do QCIAEFDSCA	146
Tabela 34 – Análise de variância entre os Conhecimentos acerca das Intervenções Autónomas de Enfermagem Face ao Doente com Síndrome Coronário Agudo e o tempo de exercício profissional	146
Tabela 35 – Resultados do t de Student Amostras independentes: Comparação Enfermeiros Vs Enfermeiros Especialistas nos resultados do QCIAEFDSCA.....	147
Tabela 36 – Resultados da ANOVA One Way: Comparação entre os grupos com diferentes especializações em enfermagem nos resultados do QCIAEFDSCA	147
Tabela 37 – Resultados da ANOVA One Way: Comparação entre os grupos com diferentes Funções em enfermagem nos resultados do QCIAEFDSCA.....	148
Tabela 38- Resultados do QCIAEFDSCA agrupados nas categorias : Conhecimentos insuficientes (0-49%), Conhecimentos Razoáveis (50-74%) e Conhecimentos Bons ($\geq 75\%$). 148	
Tabela 39 - Percentagem de respostas corretas nos itens do QCIAEFDSCA.....	150
Tabela 40 - Comparação entre o sexo e os resultados do QCIAEFDSCA agrupados nas categorias : Conhecimentos insuficientes (0-49%), Conhecimentos Razoáveis (50-74%) e Conhecimentos Bons ($\geq 75\%$)	151
Tabela 41 - Diferenças significativas entre o sexo e a percentagem de respostas corretas nos itens do QCIAEFDSCA	152
Tabela 42 - Comparação entre os 3 grupos etários e os resultados do QCIAEFDSCA agrupados nas categorias: Conhecimentos insuficientes (0-49%), Conhecimentos Razoáveis (50-74%) e Conhecimentos Bons ($\geq 75\%$).....	153

Tabela 43 - Diferenças significativas entre os 3 grupos etários e a percentagem de respostas corretas nos itens do QCIAEFDSCA.....	154
Tabela 44 - Diferenças significativas entre os 3 grupos etários e a percentagem de respostas corretas nos itens do QCIAEFDSCA.....	155
Tabela 45 - Diferenças significativas entre enfermeiros com diferentes habilitações profissionais na percentagem de respostas corretas nos itens do QCIAEFDSCA	156
Tabela 46 - Comparação entre enfermeiros com diferentes habilitações académicas e os resultados do QCIAEFDSCA agrupados nas categorias: Conhecimentos insuficientes (0-49%), Conhecimentos Razoáveis (50-74%) e Conhecimentos Bons ($\geq 75\%$).....	157
Tabela 47 - Diferenças significativas entre enfermeiros com diferentes habilitações académicas na percentagem de respostas corretas nos itens do QCIAEFDSCA	158
Tabela 48 - Comparação entre enfermeiros com diferentes tempos de exercício profissional e os resultados do QCIAEFDSCA agrupados nas categorias: Conhecimentos insuficientes (0-49%), Conhecimentos Razoáveis (50-74%) e Conhecimentos Bons ($\geq 75\%$).....	159
Tabela 49 - Diferenças significativas entre enfermeiros com diferentes tempos de exercício profissional na percentagem de respostas corretas nos itens do QCIAEFDSCA	160
Tabela 50- Comparação entre enfermeiros com diferentes títulos profissionais e os resultados do QCIAEFDSCA agrupados nas categorias: Conhecimentos insuficientes (0-49%), Conhecimentos Razoáveis (50-74%) e Conhecimentos Bons ($\geq 75\%$).....	161
Tabela 51 - Diferenças significativas entre enfermeiros com diferentes títulos profissionais na percentagem de respostas corretas nos itens do QCIAEFDSCA.....	162
Tabela 52 - Comparação entre enfermeiros com diferentes especialidades nos resultados do QCIAEFDSCA agrupados nas categorias: Conhecimentos insuficientes (0-49%), Conhecimentos Razoáveis (50-74%) e Conhecimentos Bons ($\geq 75\%$).....	163
Tabela 53 - Diferenças significativas entre enfermeiros com diferentes especialidades na percentagem de respostas corretas nos itens do QCIAEFDSCA.....	165
Tabela 54 - Comparação entre enfermeiros com diferentes funções nos resultados do QCIAEFDSCA agrupados nas categorias: Conhecimentos insuficientes (0-49%), Conhecimentos Razoáveis (50-74%) e Conhecimentos Bons ($\geq 75\%$).....	166
Tabela 55 - Diferenças significativas entre enfermeiros com diferentes funções na percentagem de respostas corretas nos itens do QCIAEFDSCA	167
Tabela 56 – Regressões univariada: variáveis preditoras das componentes estruturais da PBE (práticas, atitudes, conhecimentos/competências e habilidades e PBE total).....	169
Tabela 57 – Medidas de ajustamento para o modelo multivariado preditor das componentes estruturais da PBE (práticas, atitudes, conhecimentos/competências e habilidades e PBE total)	171

Tabela 58 – Regressions Weights do Modelo Multivariado preditor das componentes estruturais da PBE (práticas, atitudes, conhecimentos/competências e habilidades e PBE total).....	171
Tabela 59 – Regressões univariada: variáveis predictoras dos CIAEFDSCA	172
Tabela 60 – Medidas de ajustamento para o modelo multivariado preditor do questionário CIAEFDSCA.....	174
Tabela 61 – Regressions Weights do Modelo Multivariado preditor do QCIAEFDSCA	174

INDICE DE QUADROS

Quadro 1 – Operacionalização e Recodificação das Variáveis Sociodemográficas	37
Quadro 2 – Operacionalização e Recodificação das Variáveis Académicas	38
Quadro 3 – Operacionalização e Recodificação das Variáveis Profissionais.....	39

INDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Eingenvalue e Variância Explicada Dos Fatores.....	129
--	-----

INDICE DE FIGURAS

Figura 1 – Diagnóstico diferencial do SCA.....	18
Figura 2 – Representação esquemática da relação prevista entre as variáveis estudadas na investigação empírica	36
Figura 3 – Modelo Final AMOS: Conhecimentos dos Enfermeiros Portugueses acerca das Intervenções Autónomas no Doente com SCA.....	133
Figura 4 – Modelo Final AMOS: Eficácia Clínica e Prática Baseada em Evidências (Práticas, Atitudes e Conhecimentos/Habilidades e Competências).....	136
Figura 5 – Modelo Preditor das componentes estruturais da PBE (práticas, atitudes, conhecimentos/competências e habilidades e PBE total).....	170
Figura 6 – Modelo multivariado preditor do QCIAEFDSCA	173

INTRODUÇÃO

Atingir a excelência na assistência da enfermagem apresenta-se como um caminho decisivo e inevitável, caminho este que sinaliza a constante preocupação dos enfermeiros na busca do aperfeiçoamento, do conhecimento científico e da atuação profissional que maximize todos os recursos disponíveis no âmbito da prestação de cuidados. Procura-se também alavancar a qualidade nos serviços prestados e o grau de satisfação do doente, família, cuidador informal ou pessoa de referência, sem perder de vista o impacto final na(s) sua(s) saúde(s). O enfermeiro precisa de ter consciência de que as necessidades dos doentes mudaram, acompanhando uma série de alterações na vida quotidiana e no meio ambiente, bem como as contribuições advindas das várias ciências. A formação, por si só, tem por função aumentar essa mesma consciência e favorecer a aquisição de conhecimentos e competências imprescindíveis ao profissional de saúde para que, efetivamente, atue como formador de opinião e como agente transformador da sua prática e do contexto em que se encontra inserido (Moreno, 2011).

Nos últimos anos, a qualidade dos cuidados de enfermagem em contextos críticos tem registado avanços muito significativos, essencialmente devido ao enorme investimento tecnológico que tem sido feito nesta área. De igual forma, a preocupação das comunidades científicas e profissionais de enfermagem sobre se a prática dos enfermeiros está de acordo com a melhor e mais recente evidência científica disponível, tem sido uma constante. A existência de uma clara disparidade entre os resultados de investigação e a prática clínica tem sido, frequentemente referida pela literatura, com uma lacuna merecedora de uma análise mais concisa e objetiva.

Nos dias que correm, cada vez mais os profissionais de saúde e as suas instituições se deparam com desafios clínicos de maior complexidade que exigem respostas com maior qualidade e elevada segurança, numa perspetiva articulada com restrições de recursos humanos, materiais e técnicos que colocam em causa os planos de eficiência, eficácia e efetividade nas intervenções de saúde realizadas e, conseqüente nos ganhos positivos da saúde dos doentes. O regulamento N.º 429/2018 de 16 de Julho é peremptório ao afirmar que a “pessoa em situação crítica” será “aquela cuja vida está ameaçada por falência ou

eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica” (OE, 2018).

Nesta linha de pensamento e refletindo sobre o mandato social da profissão, este explicita com clareza que os enfermeiros têm como dever “exercer a profissão com os adequados conhecimentos científicos e técnicos, com o respeito pela vida, pela dignidade humana e pela saúde e bem-estar da população, adotando todas as medidas que visem melhorar a qualidade dos cuidados e serviços de enfermagem” (Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, 2015, Artigo 97º, número 1, a), p. 78). Nesse sentido apercebemo-nos que aos/às enfermeiros(as) a sociedade exige a capacidade de autonomamente, no seio da sua própria disciplina e/ou no contexto de equipas multidisciplinares, destes profissionais a cada momento, «fazerem bem, as coisas certas».

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

O enfermeiro deve assumir, portanto, o dever de se comprometer no desenvolvimento de um ambiente conducente a tomadas de decisão e práticas baseadas na evidência (Abreu, 2011).

Em consonância com este pressuposto surge o desenvolvimento do presente estudo que se insere num percurso académico de 2º ciclo, mais concretamente, no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica do ano letivo 2019-2020, e constitui o foco de atenção da unidade curricular: “Trabalho de Projeto ou Estágio”.

A temática central deste estudo direciona-se para os Conhecimentos dos Enfermeiros Portugueses acerca das Intervenções Autónomas de Enfermagem no Doente com Síndrome Coronário Agudo e a Prática Baseada em Evidências.

A escolha da temática, inicialmente em forma de projeto de investigação e agora em forma de trabalho de projeto, surge por ser uma problemática atual e do meu especial interesse. No meu contexto laboral atual constato que o número de pessoas que dão entrada pelo SU com dor torácica e a quem é diagnosticado síndrome coronário agudo (SCA), tem vindo a aumentar. No entanto, pela clara indefinição do quadro clínico que

apresenta, a grande maioria das pessoas, não é possível o estabelecimento imediato do diagnóstico clínico, atrasando a atuação rápida e/ou a atempada atenção para a sinalização destes casos onde, claramente, o fator tempo é a chave para o sucesso e para que as taxas de morbidade e de mortalidade sejam mais fortemente minimizadas.

A ocorrência de óbitos associados a doenças do aparelho circulatório, em Portugal, é cerca de 29,3% (INE, DGS/MS, & PORDATA, 2017). Assumindo-se, assim, como a principal causa de morte em Portugal.

Neste sentido, é imperiosa a existência de uma correta e eficaz abordagem ao doente com SCA com vista a combater este devastador flagelo nacional.

Com base neste entendimento, definiu-se a seguinte questão de investigação: Será que existe relação estatisticamente significativa entre os conhecimentos dos enfermeiros portugueses acerca das intervenções autónomas no doente com síndrome coronário agudo e a respetiva prática baseada em evidências?

Em articulação, foi delineado como objetivo geral deste estudo: Conhecer a relação estatística entre os conhecimentos dos enfermeiros portugueses acerca das intervenções autónomas no doente com síndrome coronário agudo e a respetiva prática baseada em evidências.

No sentido de estruturar o corpo deste Trabalho de Projeto, este será organizado em dois grandes capítulos: o Enquadramento Teórico e o Estudo Empírico. O primeiro capítulo encontra-se, também ele, dividido em duas partes: a primeira parte será reservada à fundamentação teórica sobre o panorama atual relativo às doenças cardiovasculares, SCA e todos os elementos/considerações intimamente ligadas como os fatores de risco, diagnóstico diferencial, tipos de dor torácica e o respetivo tratamento do SCA. A segunda parte encontra-se reservada à divulgação da evidência científica atual acerca do papel interventivo, autónomo e diferenciador do enfermeiro no processo de cuidados da pessoa alvo de um SCA em estreita relação com o enquadramento ético-legal inerente ao exercício profissional promulgado pela OE, seguindo-se do relato da importância da linguagem CIPE e, por fim, a divulgação de noções gerais sobre a PBE. O segundo capítulo apresentará a metodologia de investigação desenvolvida, nomeadamente, o tipo de estudo, o desenho da investigação, os participantes, o instrumento de recolha de dados, os procedimentos e a especificidade estatística utilizada. Seguir-se-á a apresentação dos resultados e a sua análise estatística, a discussão dos resultados e as conclusões mais relevantes.

CAPÍTULO I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO DO ESTUDO

1. DOENÇAS CARDIOVASCULARES

As doenças cardiovasculares (DCV) são vistas como a principal causa de morte no mundo: cada vez mais, morrem mais pessoas anualmente de DCV do que qualquer outra causa. Em 2016, as DCV foram responsáveis por 17,9 milhões de mortes em todo o mundo, ou seja, 31% de todas as mortes globais e 44% das mortes por doenças não transmissíveis. Estima-se ainda que esse número chegue a quase 23,6 milhões em 2030 (WHO, 2018).

A doença cardíaca isquémica é uma das principais causas de morte no mundo. Muitas dessas mortes devem-se à Síndrome coronário agudo (SCA), que exige um reconhecimento imediato dos sintomas, comportamento de procura de cuidados e intervenção imediata. O diagnóstico preciso do SCA com dor torácica aguda não traumática no doente continua a ser um desafio importante para os enfermeiros (Patel, Mohanan, Prabhakaran & Huffman, 2017).

O estado de saúde dos portugueses melhorou notavelmente ao longo da última década, com aumento da esperança média de vida. Contudo, a qualidade de vida relacionada com a saúde nem sempre teve melhorias, particularmente a partir dos 65 anos (OCDE, 2017a). De acordo com o relatório desta organização, à semelhança de outros países da União Europeia, em Portugal continua a registar-se uma grande disparidade na esperança de vida entre homens e mulheres, com os homens (78,1 anos) a viverem, em média, menos seis anos do que as mulheres (84,3 anos). Como causas associadas à mortalidade, as DCV constituem a principal causa de morte entre as mulheres, no entanto, não são tão fatais quanto o cancro no sexo masculino. Em 2014, as DCV resultaram num terço do total de mortes entre as mulheres, enquanto nos homens foram responsáveis por pouco mais de um quarto do total de mortes (OCDE, 2017a).

Assim, as DCV constituem a primeira causa de morte no mundo, sendo responsáveis por cerca de 4,1 milhões de mortes anuais (Nichols, Townsend, Scarborough, & Rayner, 2013). Continuam a ser a principal causa de morte em Portugal, com 29,8% dos óbitos registados, em 2015, mais 5% do que em 2014 (INE, 2017). No conjunto das doenças do aparelho circulatório, sobressaem os acidentes vasculares cerebrais (AVC) que representaram 10,8% do total de mortes em Portugal, a doença isquémica com 6,5% e o

Enfarte Agudo do Miocárdio (EAM) com 4,0%. As mulheres são as mais afetadas por este grupo de causas de morte, representando 55,5% do total de óbitos por DCV, traduzindo-se numa relação de 80,2 óbitos masculinos por cada 100 femininos. O número de óbitos de mulheres por DCV apresentou ainda uma taxa de mortalidade de 331 óbitos por cada 100 mil mulheres residentes em Portugal devido a esta causa, valor superior ao registado para os homens (294 óbitos de homens por cada 100 mil homens). Porém, em média, as DCV atingiram os homens cerca de 6 anos mais cedo, registando-se uma idade média ao óbito de 78,1 anos comparativamente aos 84,3 anos no caso das mulheres (INE, 2017). Estes dados são corroborados pelo Relatório da OCDE (2017a).

Ao analisar-se o Plano Nacional de Saúde (PNS) de 2012-2016 (extensão a 2020), verifica-se que entre as distintas prioridades estabelecidas se encontram, por um lado, as DCV, intervindo na prevenção, tratamento, reabilitação e promoção de estilos de vida saudáveis e, por outro, a equidade na distribuição da saúde (DGS, 2015).

De acordo com a Direcção-Geral de Saúde (DGS, 2017a), a OCDE documenta que as doenças cardiovasculares são a principal causa de morte nos estados membros da União Europeia, representando cerca de 36% das mortes na região em 2010, com uma abrangência mais dilatada de doenças relacionadas com o sistema circulatório, incluindo a doença cardíaca isquémica e as doenças cérebro vasculares. Entre 2011-2015 manteve-se inalterada a mortalidade por doença isquémica cardíaca, com um agravamento da mortalidade prematura, abaixo dos 70 anos. Este resultado constituiu-se como um sinal de alerta e serve de reforço à necessidade de manter a doença cardíaca isquémica dentro das prioridades de atuação dos diferentes intervenientes assistenciais. Uma grande parte das situações corresponde à denominada “morte súbita”, ocorrendo frequentemente fora do ambiente hospitalar. No EAM os ganhos de redução da mortalidade, 6,3%, são obtidos exclusivamente nos indivíduos acima dos 70 anos (DGS, 2017a).

Outro dado relevante prende-se a causas evitáveis, estimando-se que 75% das DCV podem ser atribuídas a fatores de risco modificáveis, ou seja, preveníveis, tratáveis e/ou controláveis (Ribeiro, Furtado & Pereira, 2013). Porém, devido ao desenvolvimento e investimento no diagnóstico, bem como nos procedimentos terapêuticos, este número de mortes tem vindo a reduzir nas últimas décadas, com um aumento da sobrevivência (*European Heart Network*, 2017). Estima-se que a diminuição de 50% observada na mortalidade por DCV se associe às alterações nos fatores de risco (*European Heart Network*, 2017).

Também Portugal tem vindo a manifestar uma evolução positiva da taxa de mortalidade associada a doenças cardíacas isquémicas, fazendo parte do grupo de países com melhores resultados neste indicador de saúde. De acordo com o Despacho n.º 8597/2017, de 29 de setembro de 2017 (p. 21827), as políticas de combate ao tabagismo têm apresentado um contributo muito positivo na redução da incidência das doenças cardíacas isquémicas, através de iniciativas como a disponibilização de consultas de cessação tabágica em todos os Agrupamentos de Centros de Saúde (Aces) e a inovadora comparticipação de medicamentos antitabágicos.

A própria Organização Mundial de Saúde (OMS) documenta que as doenças isquémicas e os AVC's combinados matam cerca de 15 milhões de pessoas por ano, o que se tem mantido como as principais causas de morte nos últimos quinze anos. Nas doenças isquémicas do coração, Portugal encontra-se abaixo da média da União Europeia, com uma taxa de 34,7 óbitos por 100.000 habitantes. Nas doenças cerebrovasculares, está acima da média da União Europeia, com uma taxa de 61,97 óbitos por 100.000 habitantes (DGS, 2016).

De modo genérico, tem-se assistido, como documenta a DGS (2016), a uma melhoria de todos os indicadores sobre as doenças cérebro-cardiovasculares, em resultado de uma ação combinada das medidas preventivas adotadas e da organização dos serviços de saúde, destacando-se o funcionamento adequado das Unidades de Intervenção Coronária Percutânea no EAM, em articulação estreita com o sistema de assistência pré-hospitalar de emergência através das Vias Verdes Coronária e AVC. Todavia, como tem vindo a ser referido neste documento, as doenças cardiovasculares mantêm-se como a principal causa de morte em Portugal, justificando-se que se mantenham no topo das prioridades no que se refere ao planeamento em saúde. Em 2014, só o AVC isquémico representou cerca de 20 mil episódios e 250 mil dias de internamento (DGS, 2016).

Em suma, a prevalência destas doenças na sociedade causa impacto a nível social, económico e cultural e vem salientar a necessidade da prevenção da doença e promoção da saúde, que deverá ser adequada às diversas características da população, como o sexo, etnia e nível socioeconómico (Ribeiro, Furtado & Pereira, 2013). As doenças cardiovasculares abrangem patologias relacionadas com o sistema circulatório, que incluem doenças cardíacas isquémicas e doenças cerebrovasculares, nomeadamente os acidentes vasculares cerebrais (AVC's) (Despacho n.º 8597/2017, de 29 de setembro de 2017, p. 21827).

A continuada adoção de medidas estratégicas preventivas e a melhoria dos diagnósticos, nas áreas do EAM e do acidente vascular cerebral (AVC), permitiram atingir em Portugal, em 2015, uma proporção de óbitos de DCV de 29,7%, um dos melhores valores das últimas décadas (DGS, 2017a).

1.1. Síndrome coronário agudo

A literatura internacional documenta que a mortalidade por SCA continua a ser um aspeto de elevada importância em toda a Europa. A prevenção e o reconhecimento precoce das vítimas em risco de paragem cardiorrespiratória (PCR) constituem a melhor aposta na diminuição do número de vítimas mortais onde, aproximadamente, dois terços das mortes por eventos coronários ocorrem em ambiente pré-hospitalar, na sua maioria por surgimento de arritmias fatais precipitadas pela isquémia (Nikolaou et al., 2015).

O termo SCA caracteriza-se por um desequilíbrio entre a oferta e a procura de oxigénio pelo miocárdio, tendo sido despoletado pela rotura ou desgaste de uma placa aterosclerótica que, ao entrar na circulação sanguínea, irá alojar-se num determinado ponto das artérias coronárias, causando a sua isquémia (Macedo & Rosa, 2010; Nikolaou et al., 2015).

O primeiro ramo do SCA diz respeito à síndrome sem elevação do segmento ST que compreende a angina do peito instável (AI) e o EAM sem supradesnivelamento do segmento ST (EAMssST). Estes pertencem à mesma categoria, uma vez que a fisiopatologia e a apresentação clínica são consideradas idênticas, todavia com diferente gravidade. Distinguem-se principalmente na gravidade da isquémia e na sua capacidade de causar lesão com libertação de marcadores de necrose miocárdica (*American College of Cardiology*, 2007, cit. por Macedo & Rosa, 2010).

Neste sentido, o depósito de gorduras e outras substâncias na parede das artérias coronárias resulta da formação de placas que estreitam os vasos, impedindo a normal circulação sanguínea no seu interior e a correta irrigação do músculo cardíaco - o miocárdio, relativamente aos nutrientes e ao oxigénio de que este necessita para manter a sua atividade. O SCA pode manifestar-se através de uma dor torácica passageira, denominada de AI, que resulta de um défice transitório na irrigação do miocárdio, ou por uma situação mais grave, o EAM, em que o défice de irrigação é mais prologando, resultando daí a necrose ou morte de células musculares cardíacas da região afetada. Por

vezes, as lesões provocadas são de tal maneira graves, que delas resulta a morte súbita (Fundação Portuguesa de Cardiologia, 2017).

O SCA é descrito como sendo um processo patológico que compromete progressivamente o coração, com evolução lenta e imprevisível, resultante da oclusão ou do estreitamento das artérias coronárias por arteriosclerose, acarretando diferentes sintomas clínicos (Zanchet & Marin, 2014). De acordo com os mesmos autores, o SCA divide-se em: síndrome coronário agudo, síndrome coronária crónica e morte súbita cardíaca (Zanchet & Marin, 2014).

A outra forma de apresentação é o EAM com supradesnívelamento do segmento ST (EAMcsST), resultante de uma interrupção prolongada do fluxo sanguíneo numa parte do músculo cardíaco, originando a carência de oxigénio e a morte celular. Este varia com a quantidade de músculo cardíaco e a parte do coração que foi afetada. Se o fornecimento de sangue ao músculo cardíaco for restabelecido dentro de 20 minutos não ocorrerão danos permanentes. Se a falta de oxigénio for mais demorada, haverá morte celular. Todavia, 30 a 60 segundos depois do bloqueio de um vaso coronário são óbvias as alterações funcionais. As propriedades elétricas do músculo cardíaco são alteradas e a sua capacidade para funcionar corretamente perde-se (Seeley, Stephens & Tate, 2011).

De acordo com Urden, Kathleen e Lough (2008), a lesão isquémica evolui durante várias horas, até uma completa necrose e enfarte. Uma isquemia longa, que dure mais de 35 a 45 minutos, resulta em lesões celulares irreversíveis e na necrose do músculo cardíaco. A função contráctil da área com necrose perde-se para sempre. A área necrosada ou de enfarte encontra-se cercada por uma zona de isquemia, formada por tecidos que podem ser potencialmente viáveis. O prognóstico incide sobre o grau de lesão funcional do coração.

Como refere Warnica (2016), a AI é definida por um ou mais dos seguintes itens em doentes cujos biomarcadores cardíacos não atingem os critérios para enfarte do miocárdio:

- Angina em repouso que é prolongada (em geral > 20 min);
- Angina de início recente pelo menos de gravidade classe 3, segundo a classificação da *Canadian Cardiovascular Society* (Sistema de classificação cardiovascular canadense da angina de peito – CCS);
- Angina progressiva, isto é, angina previamente diagnosticada que se tornou nitidamente mais frequente, mais grave, com duração mais prolongada ou com

limiar mais baixo (por exemplo, aumento ≥ 1 na classe da CCS ou pelo menos para a classe 3 da CCS).

No que se refere à angina estável, os sintomas resultam do desenvolvimento de placas ateroscleróticas, que causam a redução do lúmen das artérias, condicionando a redução do fluxo de sangue nas situações de esforço físico ou stresse emocional (Warnica, 2016).

A causa mais comum do SCA é o trombo agudo numa artéria coronária aterosclerótica. Por vezes, a placa ateromatosa torna-se instável ou inflamada, causando uma rutura ou fissura e expondo material trombogénico, que ativa plaquetas e a cascata de coagulação, produzindo um trombo agudo. A ativação das plaquetas compreende a alteração da conformação nos recetores de glicoproteínas IIb/IIIa da membrana, permitindo a reação cruzada, e, por consequência, a agregação das plaquetas. Mesmo os ateromas que causam a obstrução mínima podem romper e desencadear trombose, uma vez que, em mais de 50% dos casos, a estenose pré-evento é inferior a 40%. Embora a gravidade da estenose ajude a prever os sintomas, nem sempre prevê eventos trombóticos agudos. O trombo resultante interfere abruptamente no fluxo sanguíneo para regiões do miocárdio. A trombólise espontânea ocorre em cerca de dois terços dos doentes e, após 24 h, encontra-se a obstrução trombótica apenas em cerca de 30%. Em praticamente todos os casos, a obstrução dura o suficiente para acarretar necrose tecidual (Warnica, 2016).

As causas mais raras do SCA são a embolia arterial coronária e o espasmo coronário. A embolia arterial coronária pode ocorrer na estenose mitral ou aórtica, endocardite infecciosa ou endocardite marfântica. Por exemplo, o consumo de cocaína é outra causa de espasmo coronário e pode, por vezes, provocar enfarte do miocárdio. O enfarte do miocárdio induzido por espasmo pode ocorrer em artérias coronárias normais ou ateroscleróticas (Warnica, 2016).

Timóteo e Mimoso (2018), relatam que o Registo Nacional de Síndromes Coronárias Agudas registou 45141 casos de doentes com SCA, em 15 anos, sendo 71% do sexo masculino, com idade média de 66 anos, com características basais que se têm mantido estáveis. Da população total, 44% sofreu um EAMcsST. Em conformidade com os mesmos autores, nos últimos anos tem-se verificado uma melhoria expressiva em termos de cumprimento das recomendações internacionais, quer no que respeita aos procedimentos de diagnóstico e terapêutica, quer em relação à medicação efetuada. No que se refere particularmente ao EAMcsST, as taxas de reperfusão aumentaram progressivamente, sendo em 2018 cerca de 84% e preferencialmente com recurso a

angioplastia primária (fibrinólise em apenas 5,2% dos casos). Contrariamente, os intervalos temporais no EAM não se têm alterado significativamente. As melhorias no tratamento têm sido acompanhadas por uma melhoria sustentada da mortalidade intra-hospitalar, que em 2002 correspondia a 6,7% e em 2018 a 2,5% na população global. Os referidos autores mencionam que o fator de risco com mais prevalência foi a hipertensão arterial (HTA), com uma representatividade de 64,5%, seguindo-se a dislipidemia, com uma percentagem de 48,9%, a Diabetes *Mellitus* (DM) (28,4%) e o consumo de tabaco (25,4%). Verificou-se um aumento da prevalência dos fatores de risco cardiovasculares e a intervenção coronária percutânea (ICP) prévia (Timóteo & Mimoso, 2018, pp. 565-566).

“A melhor oportunidade para aumentar a sobrevida por episódios isquémicos é reduzir o intervalo entre o início dos sintomas e o primeiro contacto médico e iniciar o tratamento dirigido precocemente, se possível, em ambiente pré-hospitalar” (Madeira et al., 2011, p. 78). Assim, a rápida intervenção médica é essencial para o sucesso do tratamento de doentes com SCA devido à necessidade reduzir ao máximo o risco de arritmias fatais.

Para cada doente, é necessário: estratificar corretamente o risco de morte/re-enfarte; implementar precocemente o tratamento antitrombótico amplo, com dois ou três antiplaquetários e um agente anticoagulante e definir o método de estratificação funcional/anatómica coronária, de forma invasiva ou não invasiva (Silva, Pesaro, Franken & Wajngarten, 2015).

Vários fatores sociodemográficos, clínicos, sociais e proximais têm sido associados ao atraso da intervenção pré-hospitalar. O período total de atraso da emergência pré-hospitalar é devido a dois fatores: o tempo gasto pelos doentes/família para reconhecer que os seus sintomas são graves e para contactar a ajuda médica (tempo de decisão) e, por outro lado, o tempo necessário para solicitar ajuda à admissão hospitalar (Ottesen, Dixen & Torp-Pedersen, 2014).

Um estudo descritivo, longitudinal de abordagem quantitativa realizado por Maier, Martins e Dellarozza (2015), com o objetivo de avaliar precisamente os indicadores de qualidade relativos ao tempo de atendimento pré-hospitalar a doentes com diagnóstico de SCA (EAMcsST ou EAMssST ou AI), admitidos em um hospital público terciário, localizado no Paraná (Brasil), constatou que numa amostra de 94 doentes, dos quais a maioria (52,1%) era do sexo masculino, com idade superior aos 50 anos em 78,7% dos casos e com o 1º ciclo do ensino básico (46,7%), foi diagnosticado EAM em 60,6% dos casos. Os resultados do estudo revelaram ainda que o tempo entre o início dos sintomas

e a decisão de procurar ajuda, com uma média de 1022 minutos \pm 343,13 e tempo médio de reperfusão miocárdica de cerca 455 minutos \pm 364,8. A procura do Serviço de Urgência ocorreu num período até 60 minutos nos doentes com EAM, e superior a 60 minutos para os doentes com história de EAM ou cateterismo prévio.

No ensaio clínico randomizado de Deborah et al. (2009), cujo objetivo consistiu em determinar a associação da realização do eletrocardiograma de 12 derivações (ECG 12D) no pré-hospitalar e o tempo da terapia de reperfusão em doentes com EAMcsST, os doentes foram estratificados com base na realização do ECG 12D no pré-hospitalar, tendo sido o tempo da terapia de reperfusão comparado entre os 2 grupos. O estudo revela que, num total de 7.098 de 12.097 doentes (58,7%), foi utilizado o serviço de emergência médica e em 1.941 desses 7.098 doentes transportados, 27,4%, foram submetidos ao ECG 12D no pré-hospitalar. Dos doentes transportados, a ICP foi realizada em 92,1% dos doentes com um ECG 12D no pré-hospitalar, enquanto 86,3% realizou um ECG 12D no meio hospitalar. O tratamento foi usado em 4,6% *versus* 4,2% dos doentes. Os tempos médios que decorreram entre a entrada no hospital até ao tratamento (19 minutos vs. 29 minutos, $p=0,003$) e a mediana do tempo que decorre entre a entrada no hospital até à angiografia em doentes submetidos à ICP (61 minutos vs. 75 minutos, $p=0,0001$) foram significativamente menores em doentes com um ECG 12D no pré-hospitalar. Observou-se uma tendência sugestiva para um menor risco de mortalidade intra-hospitalar com o recurso ao ECG 12D no pré-hospitalar (odds ratio ajustado: 0,80; 95% intervalo de confiança: 0,63-1,01). Apenas um quarto dos doentes transportados pelo serviço de emergência médica foi sujeito a um ECG 12D no pré-hospitalar. A utilização de um ECG 12D no pré-hospitalar está associada a um maior uso de terapia de reperfusão e a tempos de reperfusão mais rápidos, sugerindo uma tendência para um menor risco de mortalidade.

Meadows-Pitt, Field e San Diego (2014), no ensaio clínico randomizado (retrospectivo, comparativo), que objetivou avaliar as diferenças do tempo que decorre entre a entrada no hospital até à angiografia em doente com EAMcsST que realizaram ECG 12D em contexto pré-hospitalar e doentes com um ECG 12D apenas no intra-hospitalar, ficou documentado que, dos 367 doentes da amostra em estudo, 62% ($n=228$) chegaram de ambulância ao hospital e 38% ($n=139$) por meios próprios ao hospital. O tempo que decorreu entre a entrada no hospital até à angiografia nos doentes com EAMcsST que realizaram ECG 12D foi de 30 minutos menos do que os doentes que realizaram ECG 12D no hospital. A variável tempo decorrido entre a entrada no hospital até à angiografia apresentou, entre os

dois grupos de doentes, uma mediana de 125,5 minutos. Relativamente aos doentes com ECG 12D, a mediana foi de 105 minutos. Os valores médios registados para esta variável sofrem um decréscimo de cerca de 20 minutos. Todavia, o percurso hospitalar dos doentes submetidos a ECG 12D, em particular o tempo decorrido entre a entrada no hospital até à angiografia foi superior a 90 minutos.

Ouch, Teixeira, Ribeiro e Oliveira (2017), referem serem múltiplos os fatores que se podem relacionar com o atraso na procura do Serviço de Urgência/Emergência, nomeadamente: o não reconhecimento por parte das pessoas como sendo um evento cardíaco, a automedicação, o baixo nível socioeconómico, o fator sexo feminino, as condições de transporte, a negação em aceitar o evento e o atendimento prévio (não especializado). Ainda na perspetiva dos mesmos autores, um dos fatores que contribui para a redução da alta mortalidade por EAM é o rápido atendimento dos doentes, após o início dos principais sintomas. Esta condição indica que é necessário que os profissionais de saúde dominem o tema, para que possam reconhecer os sinais e os sintomas do EAM e atuar precocemente, para além de possuírem um rápido raciocínio crítico e clínico para que possam tomar as decisões imediatas e corretas, relacionadas ao atendimento da vítima, visando aumentar as hipóteses de sobrevivência e minimizar os danos recorrentes de lesões causadas pelo EAM (Ouch et al., 2017).

Com o desígnio de combater esta realidade, foram desenvolvidos protocolos de atuação rápida sob coordenação do Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM), surgindo a Via Verde Coronária (VVC). O objetivo desta última, prende-se com a melhoria no acesso atempado ao tratamento de reperfusão adequado para cada doente. O período de tempo decorrido entre os primeiros sintomas e o início do tratamento é inversamente proporcional à taxa de sobrevivência após um episódio isquémico cardíaco (Nikolaou et al., 2015). Entre a angioplastia primária e a terapêutica fibrinolítica, o método de reperfusão de eleição é o primeiro (Marques et al., 2012; Nikolaou et al., 2015); a terapêutica fibrinolítica está associada à maior ocorrência de um evento hemorrágico como o AVC hemorrágico (Marques et al., 2012). De acordo com as Guidelines do European Resuscitation Council (2015), na impossibilidade da realização de angioplastia primária por inaptidão da unidade hospitalar, a pessoa vítima de EAM deverá ser transportada, o mais breve possível, para uma unidade hospitalar que disponha de meios para a sua realização, desde que esta se encontre, no máximo, a 120 minutos de distância (preferencialmente entre 60 a 90 minutos desde os primeiros sintomas). Caso não seja possível o doente ser transferido de imediato; este deverá ser submetido a fibrinólise e

transferido para uma unidade hospitalar com capacidade para realização de angioplastia primária no período de 3 a 24 horas após a fibrinólise não existindo, no entanto, evidência na literatura do seu claro benefício ao ser realizada num período anterior a 3 horas, após a administração de terapêutica fibrinolítica (Nikolaou et al., 2015).

O estudo de Templass et al. (2016) concluiu que para que melhores resultados no tratamento ao EAM possam ser obtidos no pré-hospitalar deve realizar-se um ECG 12D para confirmação diagnóstica e início da terapêutica. Neste âmbito, Thylen, Ericsson, Hellstrom Angerud, Isaksson e Sederholm Lawesson (2015) referem que todas as ambulâncias que dispõem de enfermeiros e têm possibilidade de realizar o ECG 12D, o deverão fazer. Assim, na presença da suspeita ou confirmação de EAM, o enfermeiro contacta o hospital para a confirmação diagnóstica e inicia a terapêutica. Em simultâneo é logo ativada a comunicação com a unidade de hemodinâmica para possível intervenção coronária percutânea primária. Uma particularidade da prestação de cuidados enfermagem no pré-hospitalar diz respeito à realização de uma triagem pré-hospitalar que possibilita a obtenção de uma classificação da prioridade clínica e a orientação acerca do tipo de monitorização e cuidados de emergência necessários durante o transporte. A monitorização por ECG deve ser aplicada imediatamente em todos os doentes com diagnóstico inicial de SCA para detetar arritmias potencialmente fatais e permitir a desfibrilhação imediata, se indicado. O tratamento eficiente dos doentes com SCA requer equipamento adequado e uma equipa com competências. Todo o pessoal destes meios de emergência deve ser treinado para reconhecer os sintomas clínicos de EAM, realizar ECG 12D e transmitir os resultados, aliviar a dor e fornecer medidas de suporte básico de vida (SBV) e/ou suporte avançado de vida (SAV), se necessário (Nikolaou et al., 2015; Ibanez et al., 2018).

A distinção dos doentes com SCA pode, por vezes, constituir um verdadeiro desafio, em particular quando os sintomas e os achados eletrocardiográficos são pouco claros. O diagnóstico rápido e preciso é fundamental pois não detetar um SCA pode ser fatal e uma intervenção atempada melhora o resultado. A mensagem mais importante a reter é tempo é igual a miocárdio.

1.1.1. Fatores de Risco do Síndrome Coronário Agudo

Os principais fatores de risco, associados à doença coronária, podem ser de origem biológica, por elevação dos valores sanguíneos de colesterol e triglicéridos, por

exemplo, pela nicotina; fatores psicológicos, por níveis elevados de stresse; sociocultural, pelo sedentarismo, por exemplo. Podem existir fatores de risco exógenos, isto é, de origem exterior, como por exemplo consumo excessivo de sal, tabaco ou sobrealimentação, e/ou endógenos, isto é, próprios do indivíduo, como idade, sexo ou hereditariedade. No estudo realizado por Mackay e George (2004) na população em geral permitiu identificar um certo número de fatores de risco e classificá-los de acordo com o seu grau de participação nas doenças cardiovasculares. Desta forma, podem ser referidos fatores de risco modificáveis como HTA; excesso de colesterol, de triglicéridos; tabaco; DM, excesso de peso (peso adicional superior a 10%), sedentarismo e stresse, e fatores de riscos não modificáveis, como sexo, idade, raça e hereditariedade.

Tendo em conta o que já foi referido, acresce a importância dos “*life style risk factors*” - alimentação, sedentarismo e tabagismo, como forte influência sobre os fatores de risco acima mencionados e também sobre as novas vias de risco em estudos, como inflamação/stresse oxidativo, função endotelial, trombose/coagulação e arritmia (Mozaffarian, Wilson & Kannel, 2008). Segundo os mesmos autores, 70% do total de eventos cardiovasculares, 80% dos eventos coronários e 90% dos novos casos de DM parecem ser atribuíveis apenas a estes “*life style risk factors*” (Mozaffarian, Wilson & Kannel, 2008).

Por sua vez, Seeley et al., (2011) referem-se aos fatores de risco como irreversíveis (idade, sexo e história familiar/hereditariedade) e reversíveis (HTA, tabagismo, dislipidemia, stresse, DM, sedentarismo e obesidade).

Em conformidade com o relatório Perfil de Saúde do País (OCDE, 2017b), em Portugal, os maus hábitos alimentares e a falta de atividade física podem resultar em HTA, um índice de massa corporal elevado, colesterol elevado, e outros fatores de risco associados às DCV. Importa ainda referir que os dados da autoavaliação do estado de saúde de 2014 revelam que cerca de um em cada seis (16,1 %) adultos em Portugal é obeso, quase um ponto percentual acima da média da União Europeia. Apesar das taxas de tabagismo e de consumo esporádico excessivo de álcool estarem muito abaixo das médias da União Europeia, o crescimento das taxas de obesidade e de inatividade física constitui um dos principais desafios para a saúde da população portuguesa. Os esforços para enfrentar estes fatores de risco compreendem o novo Programa Nacional para a Promoção da Atividade Física, cujo objetivo é a promoção de estilos de vida saudáveis e combater o sedentarismo, prevenindo-se, assim, as DCV.

Belguith et al. (2018) realizaram um estudo de corte transversal, com uma amostra de 1173 adultos com dor torácica, em 2015, em 14 locais na Tunísia. Descreveram o SCA diagnosticada e a gestão de cuidados, bem como verificaram os resultados da equipa de emergência médica, determinando os fatores de risco cardiovasculares relacionados. Os autores referem que a maioria das mortes em 2015 por doença cardiovascular ocorreu em países em desenvolvimento, com uma tendência crescente, apesar das melhorias em apostas em ações de prevenção e de gestão. O SCA assume-se como uma emergência importante, tendo a equipa de profissionais de saúde de reconhecer e intervir rapidamente quando há suspeitas da mesma. Os resultados do estudo revelam que o SCA representou 49,7% de dor torácica não traumática [IC 95%: 46,7-52,6]; 74,2% dos casos de SCA eram instáveis (angina instável/EAMssST). Os homens representaram 67,4% dos doentes com SCA ($p < 0,001$). A idade média dos doentes no momento de admissão foi de 60 anos (52-70), sendo a média de 63 anos para o sexo feminino (53-73) e 59 para o sexo masculino (52-67). Ainda relativamente à idade dos doentes com SCA, neste estudo, a média de idade para a ocorrência de SCA em fumadores foi de 54 anos (46-61) e de 73 anos para doentes que recebia tratamento para hipertensão arterial (67-84). O serviço de emergência médica foi utilizado em 11,9% dos casos. A duração entre o início da dor torácica e a chegada ao serviço de urgência foi de 2 a 4 h. Na análise estatística deste estudo, verificou-se que os fatores de risco cardiovasculares relacionados com EAMcsST correlacionaram-se com a idade e tabagismo ativo. Os fatores de risco cardiovasculares relacionados com a angina instável/EAMssST correlacionaram-se com a idade e sexo, história vascular familiar e pessoal e DM tipo 2. Houve registo de 27 casos de eventos cardiovasculares adversos maiores (20,0%) em pacientes com EAMcsST e 36 em doentes com angina instável/EAMssST (9,1%).

Neste sentido, o conhecimento destes fatores permite uma prevenção mediante medidas higiénico-dietéticas ou tratamento terapêutico das quais a adesão ao regime medicamentoso, por exemplo, deverá ser uma preocupação evidentemente não descurada, pois depende em larga medida do profissional de saúde que a efetiva. Ou seja, o médico mobiliza as competências no estabelecimento do diagnóstico de SCA, enquanto que o enfermeiro, além de complementar essa mesma intervenção, valoriza concomitantemente o papel do doente ao estabelecer um relação interpessoal, implementando as intervenções autónomas de enfermagem que vão de encontro às necessidades específicas da pessoa (Dias, 2015). Similarmente, o documento “Metas de Saúde de 2020” (DGS, 2017b, p. 5) estabeleceu como prioridades:

“A. controlar a prevalência de excesso de peso e obesidade na população infantil e escolar, limitando o crescimento a zero, até 2020; B. Reduzir em 10% a média de quantidade de sal presente nos principais fornecedores alimentares de sal à população até 2020; C. Reduzir em 10% a média de quantidade de açúcar presente nos principais fornecedores alimentares à população até 2020; D. Reduzir a quantidade de ácidos gordos para menos de 2% no total das gorduras disponibilizadas até 2020; E. Aumentar o número de pessoas que consome fruta e hortícolas diariamente em 5% até 2020; e F. Aumentar o número de pessoas que conhece os princípios da dieta mediterrânica em 20% até 2020”.

1.1.2. Diagnóstico Diferencial do Síndrome Coronário Agudo

A obtenção de uma história clínica pormenorizada constitui, sem qualquer dúvida, a pedra basilar no estabelecimento do diagnóstico do SCA, que consiste, regra geral, na presença de dor precordial com irradiação para o dorso, pescoço, mandíbula ou membro superior esquerdo, podendo estar associada a dispneia, náuseas/vómitos, fadiga, palpitações, sudorese ou síncope (Nikolaou et al., 2015; Ibanez et al., 2018).

O diagnóstico do SCA é realizado com base nas manifestações clínicas presentes (precordialgia, polipneia, dispneia e sudorese) contudo, pode manifestar-se de modo atípico, principalmente em doente idosos, diabéticos e do sexo feminino, com base no ECG 12D e com base nos biomarcadores cardíacos, como seja a troponina (marcador de necrose das células do miocárdio mais específico e com maior sensibilidade) (Nikolaou et al., 2015; Ibanez et al., 2018). A troponina deverá ser avaliada o mais cedo possível, preferencialmente até 2 horas após a ocorrência dos sintomas e ser repetida a sua avaliação 6 horas após, assim como o ECG 12D (Nikolaou et al., 2015; Ibanez et al., 2018).

O SCA pode demonstrar-se de três formas: EAMcsST, EAMssST e AI. No EAMcsST pode observar-se elevação do segmento ST no ECG 12D e troponinas cardíacas positivas, tendo o doente, se não houver contra-indicação, indicação para tratamento de reperfusão (Nikolaou et al., 2015). Quando não se verifica elevação do segmento ST (o ECG 12D pode ser normal ou demonstrar outras alterações), o diagnóstico diferencial é realizado com base nos biomarcadores cardíacos, sendo que a troponina cardíaca positiva sem elevação do segmento ST denomina-se por EAMssST e a troponina cardíaca negativa sem elevação do segmento ST denomina-se por AI (Nikolaou et al., 2015; Ibanez et al., 2018), tal como demonstrado na figura 1.

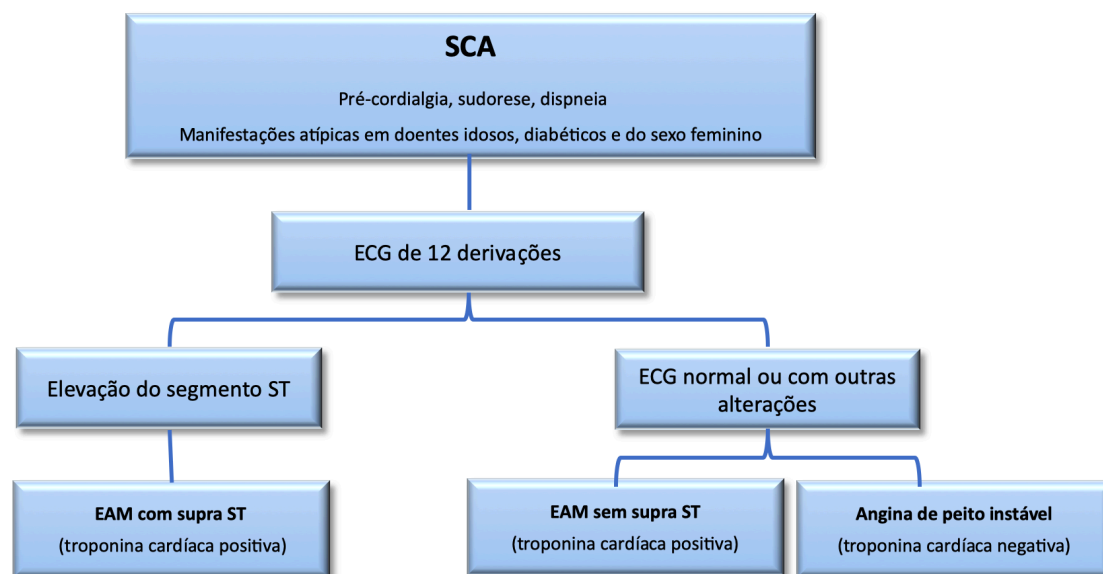


Figura 1 – Diagnóstico diferencial do SCA

Fonte: Adaptado de Neto et al., (2019).

Quando há a confirmação do diagnóstico, o doente é submetido a um tratamento urgente que depende da forma de apresentação do SCA, mas que engloba frequentemente o estudo da anatomia coronária, através da coronariografia e revascularização (Macedo & Rosa, 2010).

1.1.3. Tratamento da Síndrome Coronário Agudo

Após o diagnóstico de SCA, o tratamento inicial deve abordar os seguintes aspetos: alívio da dor, estratificação precoce de risco, avaliação hemodinâmica, terapêutica antitrombótica e anticoagulante, estratégia invasiva ou conservadora, monitorização e tratamento precoce de arritmias. Repouso e monitorização eletrocardiográfica contínua são recomendados para todos os doentes com SCA durante a fase hospitalar inicial (Silva et al., 2015).

Independentemente da abordagem de reperfusão selecionada, deverá ser administrado precocemente ao doente alvo de um SCA, terapêutica que alivie os sintomas presentes, como nitratos (nitroglicerina ou dinitrato de isossorbida per os/sub-lingual) que dilatam as artérias coronárias e aumentam o fluxo de sangue nas mesmas, melhorando a circulação nas regiões isquémicas circundantes e reduzindo o consumo de oxigénio pelo miocárdio; analgesia com opiáceos (morfina por via endovenosa) que altera a perceção

do estímulo da dor (ligeiro efeito sedativo), diminuindo a intensidade da mesma, e oxigénio (somente se o doente apresentar sinais de hipoxemia, dispneia ou insuficiência cardíaca e se saturações periféricas de oxigénio inferiores a 90% ou $\text{PaO}_2 < 60\text{mmHg}$), assim como terapêutica que trate a causa – antiagregantes plaquetários (ácido acetilsalicílico, ticagrelor, clopidogrel, prasugrel), sendo que esta deverá ser administrada numa “dose de carga” que varia em função da tipologia de EAM constada e da estratégia de reperfusão idealizável para o doente (Nikolaou et al., 2015 & Ibanez et al., 2018 & Neto et al., 2019).

De acordo com a Norma nº14/2011, de 11 de julho de 2011, atualizada a 8 de julho de 2013, da DGS, a antiagregação deverá ser dupla (ácido acetilsalicílico associado a ticagrelor ou ácido acetilsalicílico associado a clopidogrel), por haver evidência científica de que a sua combinação é mais eficaz do que a administração do ácido acetilsalicílico de forma isolada. A escolha do antiagregante plaquetário a administrar conjuntamente com o ácido acetilsalicílico fica ao critério do médico, mas de acordo com Wallentim et al. (2009) o ticagrelor, comparativamente ao clopidogrel, tem uma ação mais rápida e uma taxa de mortalidade e co-morbilidade menores.

Posteriormente à ocorrência aguda, o doente coronário tem de iniciar a terapia médica com fármacos que comprovadamente diminuem a mortalidade (antiagregantes plaquetários, β -bloqueadores, inibidores da enzima de conversão da angiotensina, estatinas) e controlar os fatores de risco modificáveis (Macedo & Rosa, 2010).

Neste sentido, diversos marcadores clínicos associam-se ao risco de evolução desfavorável nos doentes com SCA, designadamente: a idade avançada, a DM, a insuficiência renal, a dor precordial prolongada em repouso, a hipotensão, a taquicardia e a insuficiência cardíaca. Contudo, a avaliação quantitativa através dos scores do risco de morte/enfarte é igualmente uma ferramenta útil para a tomada de decisões (Silva et al., 2015).

O tratamento do EAM abrange igualmente um grande conjunto de opções comportamentais e farmacológicas que potenciam ou agravam queixas depressivas (promoção de uma saúde mental positiva). A adoção das medidas propostas pode conferir ao doente uma sensação de aumento de controlo sobre a evolução da doença, contudo, o mesmo poderá sentir que o seu estilo de vida foi alterado e que alguns dos seus hábitos e interesses terão que ser modificados (Cardoso, Tavares & Plavnik, 2008). Na terapêutica do EAM é indispensável o cumprimento de um plano terapêutico, com medidas farmacológicas e alterações no estilo de vida (Cardoso et al., 2008). Os mesmos autores

referem que a adesão à medicação e às sugestões de dieta, exercício e modificação de hábitos influenciam a evolução da doença. A falta de adesão afeta o prognóstico aumentando o risco de mortalidade e morbilidade.

Estudos recentes mostram uma redução da mortalidade por EAM devido ao aparecimento da terapia de reperfusão, de medidas farmacológicas antitrombóticas modernas e da prevenção secundária da patologia. Não obstante, a mortalidade continua a ser significativa, de aproximadamente 12% dentro dos primeiros 6 meses após EAM, sendo as taxas mais elevadas em doentes de alto risco, o que justifica os esforços contínuos para melhorar a qualidade da assistência e a adesão às diretrizes e pesquisas (O’Gara et al., 2013). A maioria dos indicadores de qualidade para o EAM relaciona-se com processos e é mensurada no período intra-hospitalar, sendo escassos os estudos que abordam o período pré-hospitalar e os indicadores de estrutura alusivos à organização do serviço (Maier et al., 2015).

1.1.4. Tipos de dor torácica

Existem dois tipos de dores torácicas: a dor torácica de origem cardíaca e a dor torácica de origem não cardíaca.

Uma dor torácica de origem cardíaca representa uma situação em que o miocárdio não está a receber a quantidade de oxigénio suficiente para as necessidades do momento. Por norma, esta situação associa-se, por um lado, ao aumento da necessidade de oxigénio, por outro lado, à diminuição do aporte de sangue ao miocárdio. Esta última, deve-se normalmente a uma doença denominada arteriosclerose, que consiste na progressiva deposição de placas de gordura e outras substâncias no interior das artérias. Esta deposição resulta na diminuição do volume de sangue e num aumento da pressão no interior das artérias. Por conseguinte, quando este mecanismo ocorre nas coronárias, está-se perante uma dor de origem cardíaca, que tem duas entidades clínicas: angina de peito e EAM (Valente, Catarino, Ribeiro & Martins, 2012).

De acordo com Barbosa et al. (2010), os cinco principais grupos de etiologias de dor torácica, por ordem decrescente de prevalência, são as causas: músculo-esqueléticas, gastrointestinais, cardíacas, psiquiátricas e pulmonares. Além do SCA, algumas destacam-se pelo seu carácter potencialmente fatal, como a dissecção aguda de aorta, tromboembolismo pulmonar, pneumotórax hipertensivo, tamponamento cardíaco, rutura e perfuração esofágica.

Na Tabela 1 que se segue estão apresentados sinais e sintomas das dores torácicas de origem cardíaca.

Tabela 1 – Sinais e sintomas das dores torácicas de origem cardíaca

ANGINA DE PEITO		ENFARTE AGUDO DO MIOCÁRDIO
Retrosternal, contínua de intensidade	DOR	Retrosternal, contínua de intensidade
Membro superior esquerdo, pescoço, mandíbula ou abdómen	IRRADIAÇÃO	Membro superior esquerdo, pescoço, mandíbula ou abdómen
Ligeiro desconforto até à opressão intensa	INTENSIDADE	Habitualmente muito intensa
Normalmente, cerca de 2 a 3 min	DURAÇÃO	Pode durar horas
Esforço físico, emoções, frio intenso, refeição pesada, consumo de tabaco	FACTORES DESENCADEANTES	Pode não ter fator desencadeante
Nitroglicerina e/ou remover fator desencadeante	FACTORES ALIVIANTES	Pode não aliviar, mesmo com a Nitroglicerina

Fonte: Adaptado de Valente, Catarino, Ribeiro e Martins (2012).

São ainda sinais e sintomas comuns associados ao SCA: a dificuldade respiratória, medo, apreensão, perda de consciência, náuseas e vômitos, pele pálida, húmida e viscosa, sudorese, pulso rápido e fraco (Valente et al., 2012).

No que se refere à dor torácica de origem não cardíaca, ainda em conformidade com o autor citado, por norma, representa uma situação de menor gravidade. Existem algumas situações que causam dor na região do tórax, contudo, que não têm origem no coração e representam verdadeiras emergências, pois o perigo de morte é eminente, são elas: a dissecação da aorta e o pneumotórax.

A dissecação da aorta consiste numa situação clínica na qual a parede da aorta entra em rutura longitudinalmente na sua face interna, resultando numa acumulação no seu interior. Por conseguinte, não ocorre a saída de sangue da artéria, mas uma acumulação dentro da sua parede. Os sinais e sintomas da dissecação da aorta são a dor local e dor nas extremidades, a cianose das extremidades, a pele pálida e húmida, a agitação e a ansiedade (Valente et al., 2012). Em situações mais graves, podem surgir sinais clínicos como ausência de um pulso periférico ou assimetria dos pulsos nos membros superiores, devendo suspeitar-se desta patologia em todos os doentes cuja dor torácica é acompanhada de dor torácica acompanhada por hipotensão marcada, sem evidência de EAM no ECG 12D (Nikolaou et al., 2015; Ibanez et al., 2018 & Neto et al., 2019).

O pneumotórax espontâneo refere-se a uma situação em que o ar penetra no espaço pleural proveniente dos alvéolos pulmonares, todavia, sem razão aparente para que tal ocorra e sem que existam antecedentes imediatos de traumatismos. Contudo, é muitas vezes produzido sobretudo em jovens adultos, altos e magros, muitas vezes fumadores e sem antecedentes de doenças pulmonares. Pode encontrar-se esta entidade clínica imediatamente após a pessoa tossir, espirrar ou inspirar muito profundamente. Os seus sinais e sintomas consistem na dor intensa, tipo pontada ou “facada”, localizada ao tórax e sem irradiação, respiração superficial, sinais de choque com hipotensão, taquicardia e polipneia, assimetria da parede torácica e pele pálida com cianose das extremidades e sudorese (Valente et al., 2012).

O pneumotórax hipertensivo trata-se de uma situação clínica em que existe ar dentro do espaço pleural, ou seja, existe ar entre as duas pleuras, onde apenas deveria existir o líquido pleural. Neste caso, poderá existir o barotrauma decorrente do aumento crescente da pressão intrapulmonar e na maioria dos casos a causa é evidentemente traumática (Valente et al., 2012).

A dor torácica pode ser multicausal, com indícios de alterações/distúrbios físicos ou psicológicos, desde o SCA, uma simples contratura muscular até à síndrome de pânico. Apesar da causa cardiovascular não ser a mais incidente na decorrência de dor torácica, esta é a mais temida o que se deve à elevada taxa de mortalidade por doenças cardiovasculares (Albuquerque, Costa, Bastos & Silva Júnior, 2010).

2. INTERVENÇÕES AUTÓNOMAS DE ENFERMAGEM NO DOENTE COM SÍNDROME CORONÁRIO AGUDO E A PRÁTICA BASEADA EM EVIDÊNCIAS

Sendo a Enfermagem uma ciência que assume como foco de atuação – as respostas humanas aos processos de vida e de transição da pessoa no processo de saúde/doença, com ênfase na necessidade de desenvolvimento das práticas, como suporte de um exercício profissional mais crítico-reflexivo é, claramente indispensável que os Enfermeiros desenvolvam mecanismos próprios de valorização, tornando visíveis os cuidados que prestam à população (Alves, 2015).

O exercício profissional da Enfermagem centra-se no estabelecimento de uma relação interpessoal de um Enfermeiro com uma pessoa e/ou grupo de pessoas (família, conviventes significativos). A relação terapêutica promovida, neste contexto, caracteriza-se pela parceria estabelecida com a pessoa, alvo de cuidados, no respeito pelas suas capacidades e na valorização do seu papel, enquanto agente dinâmico e altamente interveniente no plano de cuidados idealizados, com vista à satisfação das necessidades humanas fundamentais e à máxima independência na realização das atividades de vida diária (OE, 2001).

No que concerne à tomada de decisão do Enfermeiro, também o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE), é perentório em afirmar, no artigo 5.º, que os cuidados de Enfermagem, se caracterizam pela presença e estabelecimento de uma relação de ajuda com o utente (abordagem sistémica e sistemática), cuja interação é objetivamente documentada, mediante a aplicação de metodologia científica (Decreto-Lei N.º 161/96).

O mesmo documento, no artigo 9.º, distingue dois tipos de intervenções dos Enfermeiros: intervenções autónomas e intervenções interdependentes. As intervenções autónomas são: “(...) as ações realizadas pelos enfermeiros, sob sua única e exclusiva iniciativa e responsabilidade, de acordo com as respetivas qualificações profissionais, seja na prestação de cuidados, na gestão, no ensino, na formação ou na assessoria, com os contributos na investigação em enfermagem” (Decreto-Lei N.º 161/96, p. 2961). As

intervenções interdependentes são: “(...) as ações realizadas pelos enfermeiros de acordo com as respetivas qualificações profissionais, em conjunto com outros técnicos, para atingir um objetivo comum, decorrentes de planos de ação previamente definidos pelas equipas multidisciplinares em que estão integrados e das prescrições ou orientações previamente formalizadas” (Decreto-Lei N.º 161/96, p. 2961).

A pessoa, conceito fundamental na disciplina de Enfermagem, é um “(...) ser social e agente intencional de comportamentos baseados nos valores, nas crenças e nos desejos da natureza individual, o que torna cada pessoa num ser único, com dignidade própria e direito a autodeterminar-se” (OE, 2001, pp. 11,12). Uma vez que os comportamentos da pessoa são influenciados pelo ambiente que a rodeia, torna-se imperioso que o Enfermeiro, no processo de tomada de decisão ao qual se encontra intimamente ligado ao nível da prestação de cuidados, focalize a sua intervenção na complexa interdependência pessoa/ambiente, promovendo a dinamização de uma relação terapêutica sólida alicerçada numa visão holística da pessoa, perspetivando-se o alcance dos maiores e melhores resultados sensíveis aos cuidados de Enfermagem como, por exemplo, ao nível da satisfação do cliente (Silva, 2012).

A construção do processo de *empowerment* do doente deverá ser iniciada a partir do primeiro momento em que a relação interpessoal é estabelecida com o profissional de saúde, nomeadamente os enfermeiros, porque são estes que, estando mais próximos, tendem a exercer o papel de educadores, estimulando de forma catalisadora o sentido de autodeterminação e de capacidade de decisão dos doentes (Dias, 2015).

Numa altura em que a complexidade e a diversidade de respostas humanas a processos de transição saúde/doença é cada vez maior e tendencialmente de difícil definição, torna-se necessário que o Enfermeiro desenvolva mais competências associadas a um leque de conhecimentos aprofundado e objetivo contribuindo, assim, para o desenvolvimento de um pensamento crítico-reflexivo que culmine na prestação de cuidados de saúde de qualidade, em tempo útil e de forma holística. Com esta necessidade crescente, surgiram as áreas de especialização em Enfermagem, que procuram dotar o Enfermeiro de competências acrescidas e diferenciadas, para o cuidar do doente que atravesse alguma situação de alteração da estabilidade do binómio saúde/doença.

Corroborando o regulamento n.º 429/2018 referente às competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, o doente com SCA é claramente assumido como uma pessoa em situação de doença crítica e/ou falência orgânica pois a sua vida encontra-se

“ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica” (OE, 2018, p. 19362). O Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, é reconhecido como uma “referência no cuidado a pessoa a vivenciar processos médicos e/ou cirúrgicos complexos, decorrentes de doença aguda ou crónica” (OE, 2017, p. 5). O planeamento dos cuidados de enfermagem especializados à pessoa em situação crítica consubstanciado numa metodologia científica inerente ao processo de Enfermagem, permite sustentar o processo de tomada de decisão do Enfermeiro ao identificar as necessidades afetadas/focos de instabilidade da pessoa em situação em situação crítica, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total e a manutenção das funções básicas de vida. Após essa identificação, as intervenções de Enfermagem são prescritas de forma a detetar precocemente as complicações e os problemas potenciais e a resolver ou minorar os problemas reais identificados, mediante um paradigma de atuação preciso, concreto eficiente e em tempo útil (OE, 2018). Falamos, por exemplo, na “apropriada implementação de medidas de suporte avançado de vida” e na “gestão adequada de protocolos terapêuticos complexos” (OE, 2017, p. 13). Em todo e qualquer momento, o Enfermeiro independentemente de possuir ou não um título de especialista, é responsável pelas decisões que toma e pelos atos que pratica e/ou delega (OE, 2017).

A Enfermagem, enquanto ciência e arte do cuidar do ser humano desde a sua conceção até à morte, assume um importante compromisso em promover o lado humano de cada pessoa, ao nível da sua individualidade e dignidade. “Cuidar é uma arte, é a arte do terapeuta, aquele que consegue combinar elementos de conhecimento e destreza, de saber-se, de intuição que lhe vão permitir ajudar alguém, na sua situação singular” (Hesbeen, 2000, citado por Loureiro, 2012).

Os cuidados prestados ao indivíduo doente de acordo com a natureza podem ser: cuidados quotidianos e habituais, que se referem aos cuidados ligados às funções de manutenção e continuidade de vida e cuidados de reparação ligados à necessidade de reparar o que constitui obstáculo e entrave à vida (Collière, 1989).

Assim, o cuidar em Enfermagem pressupõe uma visão holística com bases metodológicas científicas, assentes num processo caracterizado pela existência relações interpessoais. Sendo o Enfermeiro um cuidador por excelência e com competências relacionais podemos dizer que o cuidar é a essência da Enfermagem e que a relação de ajuda é um pilar desse cuidar. (Decreto-Lei N.º 161/96, 1996; Loureiro, 2012).

A busca por uma linguagem comum, pela uniformização e visibilidade dos cuidados de Enfermagem permitiu direcionar os Enfermeiros para a utilização da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE). A CIPE, enquanto quadro de referência, proporciona a melhoria dos cuidados prestados aos doentes/clientes ao clarificar conceitos e diagnósticos e harmonizar intervenções e resultados, facultando uma linguagem unificada de Enfermagem, gerando uma documentação mais fiável e válida da prestação de cuidados (Conselho Internacional de Enfermeiros, 2016). É igualmente importante ao permitir que “aquilo que os enfermeiros fazem e aquilo que faz diferença nos resultados do doente ou cliente possa ser avaliado quantitativamente e comparado entre pontos de prestação de cuidados em todo o mundo” (Conselho Internacional de Enfermeiros, 2016, p. 15).

A CIPE tem sido atualizada ao longo do tempo, sendo a versão mais atual, disponibilizada pela Ordem dos Enfermeiros, a versão 2015, publicada em maio de 2016, que engloba sete eixos desde a versão 1.0 (2005): foco, juízo, recursos, ação, tempo, localização e cliente. O foco consiste numa área relevante para a enfermagem; o juízo remete para a opinião clínica ou determinação relativamente ao foco da prática de enfermagem; os recursos respeitam à forma ou método de concretizar uma intervenção; a ação consiste num processo intencional aplicado a/ou desempenhado por um cliente; o tempo define-se como o ponto, período, instante, intervalo ou duração de uma ocorrência; a localização remete para a orientação anatómica ou espacial de um diagnóstico ou intervenção; e, finalmente, o cliente é o sujeito a quem o diagnóstico se refere e que é o beneficiário da intervenção (Conselho Internacional de Enfermeiros, 2016).

De facto, a enfermagem tem levado a cabo, ao longo dos anos, uma busca incessante por reconhecimento, tendo para tal contribuído, também, a emergência do processo de enfermagem. Corroborando, isso mesmo, vem precisamente o REPE afirmar que, a metodologia científica utilizada na prestação de cuidados, inclui todo o processo de Enfermagem, atuando de acordo com o grau de dependência do utente: “a) Fazer por substituir a competência funcional em que o utente esteja totalmente incapacitado; b) Ajudar a completar a competência funcional em que o utente esteja parcialmente incapacitado; c) Orientar e supervisionar, transmitindo informação ao utente que vise mudança de comportamento para a aquisição de estilos de vida saudáveis ou recuperação da saúde, acompanhar este processo e introduzir as correções necessárias; d) Encaminhar, orientando para os recursos adequados, em função dos problemas existentes, ou promover a intervenção de outros técnicos de saúde, quando os problemas identificados não possam

ser resolvidos só pelo enfermeiro; e) Avaliar, verificando os resultados das intervenções de enfermagem através da observação, resposta do utente, familiares ou outros e dos registos efetuados.” (Decreto-Lei N.º 161/96, 1996, p. 2960).

Assim, podemos dizer que os cuidados de enfermagem prestados são todas as atividades autónomas e interdependentes realizadas pelo enfermeiro, segundo o processo de enfermagem tendo como objetivo o alcance do nível de independência máximo do utente em cada uma das necessidades básicas.

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

Esta definição vai de encontro à de Sackett (2003) citado por Chicória (2013), para o qual a PBE incorpora a habilidade clínica, isto é, capacidade para utilizar conhecimentos clínicos e experiências prévias na identificação do estado de saúde e diagnóstico, bem como os riscos individuais e os benefícios possíveis das intervenções propostas.

Os cuidados de saúde baseados na evidência, tal como são concebidos atualmente, baseiam-se na visão de que as decisões clínicas devem ser fundamentadas na melhor evidência científica disponível, reconhecendo, contudo, as preferências do doente, o contexto de cuidados de saúde e o julgamento do clínico aprimorando, precisamente, o envolvimento dos doentes no processo de tomada de decisão. Tudo isto, através de uma prática reflexiva e cuidadosa que, constitui, uma base estrutural importante para a melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros (OE, 2001; Lopes & Santos, 2010; Alqahtani, Kitsantas & Rodan, 2020).

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

Numa tentativa demonstradora da realidade efetiva, um estudo realizado no Nepal constituído por uma amostra de 273 participantes, procurou explorar as perceções e as

atitudes dos enfermeiros e dos estudantes de enfermagem relativamente à PBE tendo obtido, precisamente, que cerca de 93% dos inquiridos referem não possuir o treinamento adequado relativo à PBE identificando, como principais barreiras: a falta de tempo e de recursos; a dificuldade em entender os artigos de pesquisa em toda a sua plenitude e a autonomia “limitada” na mudança da prática de enfermagem com base nas evidências mais recentes. Ainda que existam estas limitações, os respondentes deste estudo consideram que a existência de fatores motivacionais poderão fazer toda a diferença relativamente à abordagem da PBE destacando-se o enfoque/ênfase nos currículos académicos e/ou profissionais nesta área de estudo que permita obter a formação adequada com vista a adoção de técnicas inovadoras na prestação dos cuidados de enfermagem (Karki et al., 2015). Corroborando precisamente esta ideia, o estudo de Alqahtani et al. (2020) também indica que os enfermeiros carecem de conhecimentos e habilidade suficientes para a PBE, como recorrer corretamente às bases de dados científicas, identificar e formular questões de investigação, avaliação crítica das evidências científicas encontradas percebendo a sua relevância ou não e, acima de tudo, todo o processo inerentemente associado que consiste na integração e implementação dessas mesmas evidências na prática clínica (Melnik & Fineout-Overholt, 2015; Alqahtani et al., 2020).

Em conformidade, refletindo sobre o mandato social da profissão, esta explícita com clareza que os enfermeiros têm como dever “exercer a profissão com os adequados conhecimentos científicos e técnicos, com o respeito pela vida, pela dignidade humana e pela saúde e bem-estar da população, adotando todas as medidas que visem melhorar a qualidade dos cuidados e serviços de enfermagem” (Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, 2015, Artigo 97º, número 1, a), p. 78). Nesse sentido apercebemo-nos que aos enfermeiros a sociedade exige a capacidade de autonomamente, no seio da sua própria disciplina e/ou no contexto de equipas multidisciplinares, destes profissionais a cada momento, «fazerem bem, as coisas certas».

Na mesma linha de pensamento, o Conselho Internacional de Enfermeiros (2012) confirma afirmando que cada vez mais são requeridos aos profissionais conhecimentos, habilidades e atitudes que possibilitem identificar, analisar e utilizar os resultados oriundos da melhor investigação produzida.

A prática clínica atualizada, fundamentada nos resultados da investigação científica, está associada à segurança da decisão clínica, à qualidade dos cuidados e à confiança depositada na prática clínica que tornam a Enfermagem uma profissão mais desenvolvida,

com um campo de atuação autónoma mais amplificado, distanciando-se da subordinação ao corpo médico. Corroborando esta ideia, o estudo de Melnyk & Fineout-Overholt (2015) salienta que os enfermeiros que baseiam a sua prática em evidências usam os recursos com maior eficiência, aumentando a satisfação dos pacientes e diminuindo a execução de práticas ineficazes ou desnecessárias, o que promove um atendimento mais económico aos pacientes (Melnyk & Fineout-Overholt, 2015). A PBE surge, portanto, como potenciadora da decisão clínica segura, da qualidade dos cuidados e da autonomia em enfermagem.

O treinamento em PBE melhora substancialmente os conhecimentos dos enfermeiros, mas não contribui para a melhoria das atitudes dos enfermeiros e, conseqüentemente, para a implementação das etapas práticas baseadas em evidências na sua prática. Portanto, esta deverá ser preocupação primordial das organizações de saúde no sentido de se concentrarem todos os aspetos que influenciam ou possam influenciar o envolvimento das evidências no processo prático da sua atividade. A adoção de estratégias educativas, em melhoria contínua, alicerçadas num adequado processo de gestão de recursos e de tempo permitirão, por sua vez, o desenvolvimento e a capacitação dos profissionais para a PBE (Alqahtani et al., 2020).

Mais do que desenvolver evidência científica, em Enfermagem, devidamente credível, atualizada e com extrema relevância para a prática de cuidados ambiciona-se, concomitantemente, que esta seja alicerçada nos valores de segurança e qualidade de cuidados onde também a reflexão sobre aquilo que se faz, aquilo que se pretende fazer e aquilo que é preconizado realizar seja um *continuum*.

CAPÍTULO II – ESTUDO EMPÍRICO

3. METODOLOGIA

A segunda parte deste estudo diz respeito à investigação empírica a qual se inicia com as considerações metodológicas. Este capítulo, procura definir as estratégias necessárias para estudarmos o conhecimento dos enfermeiros portugueses acerca das intervenções autónomas no doente com síndrome coronário agudo e a prática baseada na evidência. Por conseguinte, definimos os procedimentos metodológicos que procurarão dar resposta às questões que formulámos. Descreve-se e explica-se o tipo de investigação, a amostragem realizada, os instrumentos de recolha de dados utilizados, os procedimentos efetuados, bem como o respetivo tratamento estatístico que nos irá permitir tirar conclusões sobre a problemática em estudo.

Este estudo apoia-se numa metodologia quantitativa, pois permite compreender plenamente um fenómeno, ao decompor os seus elementos constituintes e identificar as relações entre eles ao invés de considerá-lo na sua totalidade. Trata-se de um paradigma orientado para a generalização dos resultados obtidos (Fortin, 2009). Isto é, do ponto de vista conceptual, a pesquisa centra-se na análise de factos e fenómenos observáveis e na medição/avaliação em variáveis comportamentais e/ou socioafetivas passíveis de serem medidas, comparadas e/ou relacionadas no decurso do processo de investigação empírica (Coutinho, 2018).

3.1. MÉTODOS

Enquadra-se num estudo descritivo analítico-correlacional, de cariz transversal, porque o mesmo tem por objetivo recolher dados que permitam descrever as relações entre as variáveis em estudo, sendo que o estabelecimento dessas mesmas relações entre as variáveis permite circunscrever/delimitar o fenómeno estudado (Mertens, 1994 cit. por Coutinho, 2018).

Os dados devem ser colhidos junto dos participantes tendo por base escalas e questionários, sendo que a amostra deve ser bastante alargada e tanto quanto possível representativa da população-alvo. A análise das variáveis fomenta a investigação, uma

vez que as variáveis podem servir para a formulação de hipóteses que poderão ser verificadas em estudos posteriores (Fortin, 2009).

Assume-se também como transversal, na medida em que os dados serão recolhidos num só momento temporal, numa amostra representativa da população de enfermeiros inscritos na Ordem dos Enfermeiros Portugueses, que permitam descrever e detetar possíveis relações entre as variáveis (Coutinho, 2018). Salienta-se que, no caso do estudo que se pretende desenvolver, corresponde apenas ao momento de preenchimento dos questionários.

“A questão de investigação serve de base na formulação do problema de investigação. Ela varia segundo se trata de descrever, de examinar relações de associação ou de predizer relações causais. Formular um problema de investigação, é definir o fenómeno a estudar, encadeando de forma lógica os argumentos e baseando-se, para o efeito, nos escritos e nos factos relativos à situação problemática” (Fortin, 2009, p.157).

Posto isto, o desenvolvimento da investigação será orientado no sentido de responder à seguinte questão: Será que os conhecimentos dos enfermeiros portugueses acerca das intervenções autónomas no doente com síndrome coronário agudo predizem a respetiva prática baseada em evidências?

Formulada a questão de investigação, foi delineado o objetivo geral deste estudo.

“O enunciado do objetivo de investigação deve indicar de forma clara e límpida qual é o fim que o investigador persegue. Ele especifica as variáveis-chave, a população junto da qual serão recolhidos dados e o verbo de ação que serve para orientar a investigação” (Fortin, 2009, p.161). Este estudo será direcionado no sentido de responder ao seguinte:

- Determinar se os conhecimentos dos enfermeiros portugueses acerca das intervenções autónomas no doente com síndrome coronário agudo, predizem a respetiva prática baseada em evidências.

Neste sentido, o desenvolvimento da investigação será orientado no sentido de responder às seguintes questões específicas:

- Que variáveis sociodemográficas interferem nos conhecimentos dos enfermeiros portugueses sobre as intervenções autónomas de enfermagem face ao doente com SCA?

- Qual a relação entre as características académicas/profissionais e os conhecimentos dos enfermeiros portugueses sobre as intervenções autónomas de enfermagem face ao doente com SCA?

- De que forma o tempo de exercício profissional interfere nos conhecimentos dos enfermeiros portugueses sobre as intervenções autónomas de enfermagem face ao doente com SCA?

- Qual a relação entre o título profissional atribuído pela OE e os conhecimentos dos enfermeiros portugueses sobre as intervenções autónomas de enfermagem face ao doente com SCA?

- Como interfere a área de especialização em enfermagem nos conhecimentos dos enfermeiros portugueses sobre as intervenções autónomas de enfermagem face ao doente com SCA?

- Qual a influência da função atualmente exercida nos conhecimentos dos enfermeiros portugueses sobre as intervenções autónomas de enfermagem face ao doente com SCA?

- Quais os níveis de conhecimentos dos enfermeiros portugueses sobre as intervenções autónomas de enfermagem face ao doente com SCA?

- No que concerne ao “Questionário de Eficácia Clínica e Prática Baseada em Evidência”, os enfermeiros portugueses apresentaram melhores índices estatísticos nas Práticas, nas Atitudes ou nos Conhecimentos/Habilidades e Competências em PBE, respetivamente?

- Que variáveis sociodemográficas interferem na PBE dos enfermeiros portugueses?

- Qual a relação entre as características académicas/profissionais e a PBE dos enfermeiros portugueses?

- De que forma o tempo de exercício profissional interfere na PBE dos enfermeiros portugueses?

- Qual a relação entre o título profissional atribuído pela OE e a PBE dos enfermeiros portugueses?

- Como interfere a área de especialização em enfermagem na PBE dos enfermeiros portugueses?

- Qual a influência da função atualmente exercida na PBE dos enfermeiros portugueses?

Tendo em conta que os objetivos de investigação representam o que o investigador se propõe a fazer para responder à questão de investigação (Ribeiro, 2010), este estudo será orientado no sentido de responder aos seguintes objetivos específicos:

- Verificar que variáveis sociodemográficas (idade, sexo ou estado civil) interferem nos conhecimentos dos enfermeiros portugueses sobre as intervenções autónomas de enfermagem face ao doente com SCA;

- Analisar a relação entre as características académicas/profissionais (habilitações académicas, formação profissional, frequência de formação académica, tipo de gestão e localização geográfica da organização) e os conhecimentos dos enfermeiros portugueses sobre as intervenções autónomas de enfermagem face ao doente com SCA;

- Determinar de que modo o tempo de exercício profissional interfere nos conhecimentos dos enfermeiros portugueses sobre as intervenções autónomas de enfermagem face ao doente com SCA;

- Verificar de que modo o título profissional atribuído pela OE interfere nos conhecimentos dos enfermeiros portugueses sobre as intervenções autónomas de enfermagem face ao doente com SCA;

- Identificar a influência da área de especialização em enfermagem nos conhecimentos dos enfermeiros portugueses sobre as intervenções autónomas de enfermagem face ao doente com SCA;

- Verificar se a função atualmente exercida interfere nos conhecimentos dos enfermeiros portugueses sobre as intervenções autónomas de enfermagem face ao doente com SCA;

- Verificar que variáveis sociodemográficas (idade, sexo ou estado civil) interferem na PBE dos enfermeiros portugueses;

- Analisar a relação entre as características académicas/profissionais (habilitações académicas, formação profissional, frequência de formação académica, tipo de gestão e localização geográfica da organização) e a PBE dos enfermeiros portugueses;

- Determinar de que modo o tempo de exercício profissional interfere na PBE dos enfermeiros portugueses;

- Verificar de que modo o título profissional atribuído pela OE interfere na PBE dos enfermeiros portugueses;

- Identificar a influência da área de especialização em enfermagem na PBE dos enfermeiros portugueses;

- Verificar se a função atualmente exercida interfere na PBE dos enfermeiros portugueses.

Tal como a questão de investigação, a hipótese procura reportar-se à população alvo. Esta, procura explicar e predizer fenómenos nos estudos correlacionais e experimentais (Fortin, 2009).

Em investigação, o elemento variável é definido um elemento central, pois é à volta dela que a investigação se estrutura. Trata-se de uma característica que varia, que se distribui por diferentes valores ou qualidades e é o oposto a uma constante. É qualquer coisa que seja observável, mensurável e que pode ser suscetível de mudança (Ribeiro, 2010).

Nesta perspetiva e tendo em conta as considerações metodológicas adotadas para este estudo, elaborámos uma representação esquemática, que procura dar a conhecer o tipo de relação que se pretende estabelecer entre as variáveis. O desenho de investigação refere-se, portanto, à estrutura global ou plano de investigação de um estudo como seja se o estudo é experimental ou descritivo, e qual o tipo de população. Representa as variáveis estudadas, com o objetivo de medi-las e avaliá-las com precisão e manter a credibilidade dos dados, com vista a encontrar respostas às questões de investigação ou verificar hipóteses (Fortin, 2009; Ribeiro, 2010).

Na presente investigação as variáveis dependentes são os conhecimentos dos enfermeiros portugueses sobre as intervenções autónomas de enfermagem face ao doente com SCA e a PBE. Sendo que as variáveis independentes são as sociodemográficas, as académicas e as profissionais.

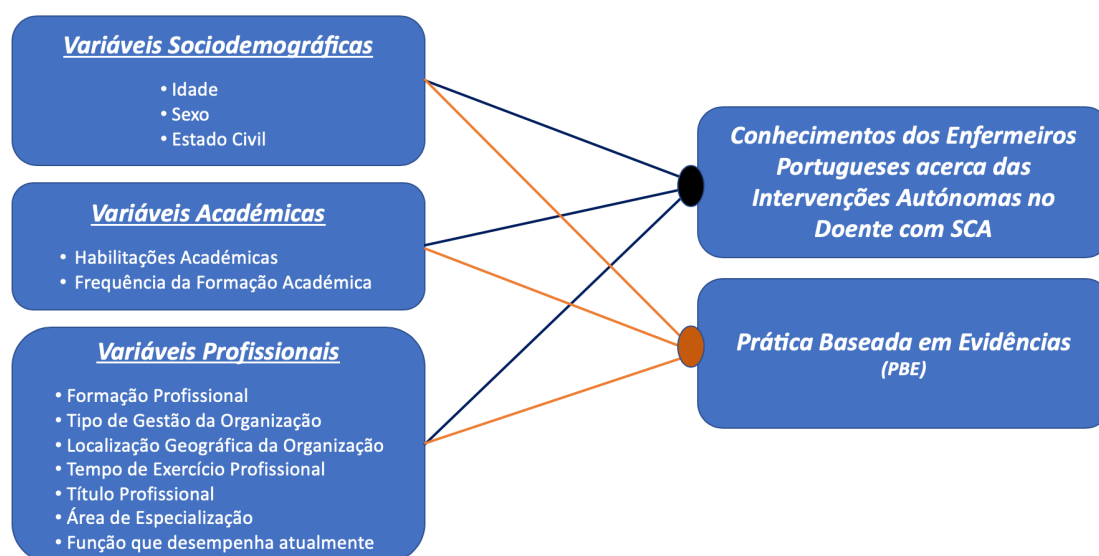


Figura 2 – Representação esquemática da relação prevista entre as variáveis estudadas na investigação empírica

Como hipóteses de estudo definiram-se seis enunciados, que decorrem da relação das variáveis que se propõem a investigar. Assim, como enunciados das hipóteses de estudo temos:

H1 – Os conhecimentos dos enfermeiros portugueses acerca das intervenções autónomas no doente com SCA são diferentes segundo as variáveis sociodemográficas;

H2 – Há relação entre as características académicas/profissionais e os conhecimentos dos enfermeiros portugueses acerca das intervenções autónomas no doente com SCA;

H3 – A PBE é diferente segundo as variáveis sociodemográficas dos enfermeiros portugueses

H4 – Há relação entre as características académicas/profissionais dos enfermeiros portugueses e a PBE;

H5 – Os conhecimentos dos enfermeiros portugueses acerca das intervenções autónomas no doente com SCA são preditores da PBE;

H6 – A PBE é preditora dos conhecimentos dos enfermeiros portugueses acerca das intervenções autónomas no doente com SCA.

3.1.1. Operacionalização de Variáveis

A seleção das variáveis a serem utilizadas em qualquer investigação deve ter em conta os objetivos do estudo, as questões de investigação, não devendo resultar de uma escolha livre e arbitrária do investigador (Fortin, 2009).

Como o próprio termo indica, variável é qualquer coisa que varia. As variáveis são qualidades, propriedades ou características de objetos, de pessoas ou de situações que são estudadas numa investigação (Fortin, 2009).

O processo de operacionalização das variáveis traduz-se, assim, num procedimento criterioso no sentido de as definir corretamente quanto ao conteúdo, à forma de as quantificar e de as apresentar (Fortin, 2009). A operacionalização é uma operação que possibilita observar e medir conceitos. Assim, as definições operacionais conferem um significado a um conceito ou a uma variável.

3.1.1.1. Operacionalização e Recodificação das Variáveis Independentes

As variáveis que constituem este grupo são as variáveis sociodemográficas (sexo, idade), a formação académica (frequência universitária, número e local de aquisição de formação específica), o modo de agir ético e a competência moral.

Quadro 1 – Operacionalização e Recodificação das Variáveis Sociodemográficas

	Variável	Tipo de Variável	Operacionalização	Recodificação
Variáveis Sociodemográficas	Idade	Quantitativa Contínua	Anos	Em grupos etários: ≤ 30 Anos 31– 40 Anos >30 Anos
	Sexo	Qualitativa Nominal	Masculino Feminino	Masculino (1) Feminino (2)
	Estado Civil	Qualitativa Nominal	Solteiro Casado Divorciado União de Facto Viúvo	Vive Sem Companheiro (1): Solteiro, Divorciado e Viúvo; Vive Com Companheiro (2): Casado, União de Facto

Quadro 2 – Operacionalização e Recodificação das Variáveis Académicas

	Variável	Tipo de Variável	Operacionalização	Recodificação
Variáveis Académicas	Habilitações Académicas	Qualitativa Nominal	Bacharelato Licenciatura Mestrado Doutoramento	Bacharelato (1) Licenciatura (2) Mestrado (3) Doutoramento (4)
	Frequência da Formação Académica	Qualitativa Nominal	Ensino Superior Público Ensino Superior Privado Ensino Superior Público e Ensino Superior Privado	Ensino Superior Público (1) Ensino Superior Privado (2) Ensino Superior Público e Ensino Superior Privado (3)

Quadro 3 – Operacionalização e Recodificação das Variáveis Profissionais

Variável	Tipo de Variável	Operacionalização	Recodificação
Formação Profissional	Qualitativa Nominal	Bacharelato Licenciatura Mestrado Doutoramento	Bacharelato (1) Licenciatura (2) Mestrado (3) Doutoramento (4)
Tipo de Gestão da Organização	Qualitativa Nominal	Pública Privada Parceria Público-Privada	Pública (1) Privada (2) Parceria Público-Privada (3)
Localização Geográfica da Organização	Qualitativa Nominal	Norte Centro Lisboa e Vale do Tejo Alentejo Algarve Madeira Açores Estrangeiro	Norte (1) Centro (2) Lisboa e Vale do Tejo (3) Todos os Outros (4)
Tempo de Exercício Profissional	Quantitativa Contínua	Anos	≤ 10 Anos 11– 20 Anos >20 Anos
Vínculo Contratual	Qualitativa Nominal	CTFP por Tempo Indeterminado CTFP a Termo Resolutivo Certo CIT CCT Outro	CTFP por Tempo Indeterminado (1) CTFP a Termo Resolutivo Certo (2) CIT (3) CCT (4) Outro (5)
Horário de Trabalho	Qualitativa Nominal	Fixo <i>Roulement</i> /Rotativo	Fixo (1) <i>Roulement</i> /Rotativo (2)
Regime de Trabalho	Qualitativa Nominal	Tempo Completo Tempo Parcial	Tempo Completo (1) Tempo Parcial (2)
Horas de Trabalho por Semana	Quantitativa Contínua	Horas	≤ 34 Horas 35 Horas ≥ 36 Horas
Serviço/ Unidade onde exerce funções	Qualitativa Nominal	SUB SUMC SUP UCIP UCIC INEM B.O. Outro Serviço Não se Aplica	SUB (1) SUMC (2) SUP (3) UCIP (4) UCIC (5) INEM (6) B.O. (7) Outro Serviço (8) Não se Aplica (9)
Título Profissional	Qualitativa Nominal	Enfermeiro Enfermeiro Especialista	Enfermeiro (1) Enfermeiro Especialista (2)
Área de Especialização	Qualitativa Nominal	EMC ER EC ESMO ESIP ESMP Nenhuma	EMC (1) ER (2) EC (3) ESMO (4) ESIP (5) ESMP (6) Nenhuma (7)
Função que Exerce	Qualitativa Nominal	Enf. Generalista Enf. Especialista Enf. Responsável Enf. Chefe Enf. Supervisor Enf. Diretor Investigação/Docência	Enf. Generalista (1) Enf. Especialista (2) Enf. Responsável (3) Enf. Chefe (4) Enf. Supervisor (5) Enf. Diretor (6) Investigação/Docência (7)
Prestação de Cuidados Especializados	Qualitativa Nominal	Sim Não Não se Aplica	Sim (1) Não (2) Não se Aplica (3)

3.2. Participantes

Identificada a população em estudo é necessário definir como selecionar os sujeitos que vão constituir a amostra. A(s) amostra(s) têm de ser constituída(s) de forma a que as conclusões obtidas a partir da sua caracterização sejam generalizáveis para a população teórica, tendo, assim, que ser representativas das populações em estudo (Marôco, 2014, p.8). Uma amostra está bem definida se o investigador descrever com exatidão o procedimento de amostragem que utilizou para selecionar a amostra e as características da amostra selecionada (Coutinho, 2018, p. 89).

Os dois principais temas do modelo de amostragem em estudos quantitativos são como a amostra é selecionada e como os muitos elementos são incluídos. Os métodos de seleção de amostra podem dividir-se em dois tipos: a amostragem probabilística e não-probabilística. (Polit & Beck, 2011, p.343)

Numa amostragem probabilística, a amostra é constituída por um conjunto de indivíduos são escolhidos aleatoriamente, pois todos os elementos da população têm igual probabilidade de fazerem parte da amostra. Este método tem a vantagem de reduzir o erro de amostragem e aumentar a representatividade, generalizando os dados à totalidade da população (Fortin, 2009).

Numa amostragem não probabilística não há como estimar a probabilidade de inclusão de cada elemento nesse tipo de amostra, e, comumente, nem todo o elemento tem a oportunidade de inclusão (Polit & Beck, 2011, p.343).

Na amostragem por conveniência os estudos são geralmente eficazes para extrair a maior quantidade de informação possível de um número pequeno de informantes (Polit & Beck, 2011). Na amostragem não probabilística por conveniência a amostra é escolhida por conveniência do investigador (Ribeiro, 2010).

Neste sentido, este estudo será suportado numa amostra não probabilística por conveniência de Enfermeiros que se encontrem inscritos na Ordem dos Enfermeiros Portugueses.

3.2.1. Caracterização Sociodemográfica

As estatísticas relativas à idade dos enfermeiros (cf. Tabela 2) indicam uma idade mínima de 21 anos e máxima de 67 anos, sendo a idade média de 37,57 anos com um desvio padrão de 9,83 anos. Verifica-se uma predominância de enfermeiras (76,0%) face aos enfermeiros (24,0%), para um total de 738 enfermeiros. A média de idades é também mais elevada no sexo feminino ($\bar{x}=37,64$ anos $\pm 10,10$) em relação ao masculino ($\bar{x}=37,35$ anos $\pm 8,92$), indicando os coeficientes de variação dispersões moderadas face às idades médias encontradas.

Tabela 2 – Distribuição dos enfermeiros pela idade em função do sexo

Idade \ Sexo	n	%	Min.	Máx.	\bar{x}	DP	CV%	<i>Sk</i>	<i>K</i>
								Std. Error	Std. Error
Masculino	177	24.0	22	60	37.35	8.92	23.88	2.43	-1.09
Feminino	561	76.0	21	67	37.64	10.10	26.83	4.82	-2.28
Total	738	100.0	21	67	37.57	9.83	26.16	5.47	-2.40

A variável idade foi agrupada em três grupos etários: ≤ 30 anos, 31-40 anos e > 40 anos. Esta reorganização teve por base a constituição de grupos menos heterogéneos. Analisando a Tabela 3, do total da amostra, a grande maioria dos enfermeiros possuiu idade entre os 31-40 anos (41,7%), seguido de 32,7% que possuem mais de 40 anos e de 25,6% que se situam na faixa etária ≤ 30 anos. Em relação ao sexo, tendo por base os resíduos ajustados, é perceptível que não existem diferenças significativas entre médias dos dois sexos, o que é corroborado com os valores do teste Qui-quadrado e do seu grau de significância ($X^2=0,849$; $p=0,654$). Em ambos os sexos prevalecem os enfermeiros com idade entre os 31-40 anos (masculino 44,6% vs. feminino 40,8%).

A variável estado civil foi agrupada em dois grupos: vive sem companheiro(a) (inclui os casados/união de facto) e vive com companheiro(a) (inclui os solteiros, os viúvos e os divorciados). Pretendeu-se tornar os grupos menos heterogéneos, aumentando as suas frequências e, portanto, mais representativos em termos de análise estatística. A partir de análise da Tabela 3, observa-se que mais de metade da amostra (60,3%) dos enfermeiros vive com companheiro(a), sendo que os restantes 39,7% não vivem com companheiro(a). Analisando os dados por sexo, com base nos dois grupos criados, constatam-se valores percentuais mais elevados, para ambos os sexos, para os que vivem com companheiro(a)

(homens 61,0% vs. mulheres 60,1%). Foi aplicado o teste do Qui-quadrado que revela que esta associação estatística não é significativa ($X^2=0,050$; $p=0,823$), sem diferenças superiores ao esperado, isto é, à média, confirmada pelos valores residuais ajustados.

Tabela 3 – Caracterização sociodemográfica dos enfermeiros em função do sexo

Variáveis	Sexo		Feminino		Total		Residuais		X ²	p
	Masculino		n° (561)	%	n° (738)	%	1	2		
	n° (177)	% (24.0)								
Idade										
≤30 anos	44	24.9	145	25.8	189	25.6	-.3	.3	0.849	0.654
31-40 anos	79	44.6	229	40.8	308	41.7	.9	-.9		
>40 anos	54	30.5	187	33.3	241	32.7	-.7	.7		
Estado civil										
Vive sem companheiro(a)	69	39.0	224	39.9	293	39.7	-.2	.2	0.050	0.823
Vive com companheiro(a)	108	61.0	337	60.1	445	60.3	.2	-.2		

3.2.1. Caracterização Académica e Profissional

Em relação às habilitações académicas, estas foram agrupadas em duas classes: bacharelato/licenciatura e mestrado/doutoramento. Analisando os dados totais (cf. Tabela 4), a maioria dos enfermeiros tem o bacharelato/licenciatura (75,1%). Numa análise por sexo, constata-se que a maioria dos homens (74,6%) e das mulheres (75,2%) possuem o bacharelato/licenciatura. A análise dos resíduos ajustados e o nível de significância atestado pelo teste do Qui-quadrado ($X^2=0,030$; $p=0,862$) indicam que não há relevância estatisticamente significativa.

Relativamente à frequência da formação académica, como exposto na Tabela 4, verifica-se que, no total da amostra a maioria dos enfermeiros (62,9%) frequentou o ensino superior público, seguindo-se os que frequentaram o ensino superior público e privado (22,0%), estando em menor representatividade os que frequentaram o ensino superior privado (15,2%). Numa análise por sexo, constata-se que maioritariamente os homens e as mulheres frequentaram o ensino superior público (68,9%, 61,0%, respetivamente). Tendo por base a análise dos resíduos ajustados, não se verificam associações significativas entre os grupos, atestada pelo teste do Qui-quadrado e pelo p-value ($X^2=3,678$; $p=0,159$).

A análise dos resultados relativos ao tipo de gestão da organização onde trabalham os enfermeiros revela que mais de metade da amostra (71,6%) refere que a gestão da

organização é pública, 14,4% referem ser privada e 14,0% uma parceria pública/privada. Apura-se que os valores percentuais mais elevados correspondem aos enfermeiros cujo tipo de gestão da organização onde trabalham é público (homens 81,2% vs. mulheres 68,6%). Tendo por base a análise dos resíduos ajustados, verificam-se associações significativas entre o sexo masculino cujo tipo de gestão da organização onde trabalham é público, as mulheres que referem que a gestão da organização onde trabalham é privada e uma parceria pública/privada, atestadas pelo teste do Qui-quadrado ($X^2=10,049$; $p=0,007$).

Verifica-se que, no total da amostra, 32,5% dos enfermeiros trabalham numa organização localizada geograficamente em Lisboa e Vale do Tejo, 31,6% no Norte, 19,2% no Centro e 16,7% noutras regiões do País. A análise dos resultados em função do sexo revela que prevalecem os homens que exercem numa organização geograficamente situada no Norte (31,6%), enquanto no grupo das mulheres prevalecem as que exercem funções numa organização situada em Lisboa e Vale do Tejo (34,9%), com diferenças estatisticamente significativas ($X^2=7,989$; $p=0,046$), situadas entre os homens que exercem funções profissionais numa organização da zona Centro do País e as mulheres que exercem funções numa organização situada em Lisboa e Vale do Tejo (cf. Tabela 4).

O tempo de exercício profissional foi agrupado em três grupos: ≤ 10 anos, 11-20 anos e > 20 anos, uma reorganização que teve por base a constituição de grupos menos heterogéneos. De acordo com os dados apresentados na Tabela 4, pode referir-se que prevalecem os enfermeiros com menos tempo de serviço (≤ 10 anos), com uma representatividade de 41,2%), seguidos pelos que têm entre 11-20 anos de tempo de serviço, tendo 27,4% mais de 20 anos de tempo de serviço. Fazendo-se uma análise em função do sexo, apura-se que prevalecem os homens (39,0%) e as mulheres (41,9%) com menos tempo de exercício profissional. Todavia, não se regista relevância estatisticamente significativa, o que é atestado pelos valores do teste Qui-quadrado e do seu grau de significância ($X^2=2,464$; $p=0,292$) e pelos residuais ajustados.

No que se refere ao vínculo contratual, constata-se que 52,7% do total dos enfermeiros têm contrato de trabalho em funções públicas por tempo indeterminado e 47,3% contrato individual de trabalho ou coletivo. Em ambos os sexos, os valores percentuais mais elevados correspondem aos enfermeiros com contrato de trabalho em funções públicas por tempo indeterminado (homens 53,4% vs. mulheres 52,5%). As diferenças residuais entre as médias de cada grupo não são significativas, o que é atestado pelo teste do Qui-quadrado ($X^2=0,041$; $p=0,840$) (cf. Tabela 4).

Quanto ao tipo de horário de trabalho, como exposto na Tabela 4, constata-se que prevalecem os enfermeiros com um horário de trabalho Roulement/rotativo (70,6%), o que é comum a 79,7% dos enfermeiros do sexo masculino e a 67,7% do sexo feminino. Através da aplicação do teste do Qui-quadrado ($X^2=9,217$; $p=0,002$), é possível assumir uma significância estatística, comprovada pelos resíduos ajustados.

Pela análise dos dados expostos na Tabela 4, pode ainda referir-se que quase a totalidade da amostra (97,0%) tem um regime de trabalho de tempo completo, o que corresponde a 98,9% dos enfermeiros do sexo masculino e a 96,4% do sexo feminino. Todavia, não se regista relevância estatisticamente significativa, o que é atestado pelo teste do Qui-quadrado ($X^2=2,759$; $p=0,097$), comprovado também pelos resíduos ajustados.

Verifica-se que a maioria dos enfermeiros trabalha 35 horas por semana (40,6%), 26,6% igual ou superior a 36 horas e apenas 3,0% inferior ou igual a 34 horas semanais. Em ambos os sexos, os valores percentuais mais elevados correspondem aos enfermeiros que trabalham 35 horas por semana (homens 72,3% vs. mulheres 70,1%). Todavia, não se verifica relevância estatisticamente significativa, o que é comprovado pela aplicação do teste do Qui-quadrado ($X^2=1,406$; $p=0,495$) e pelos resíduos ajustados (cf. Tabela 4).

Relativamente ao título profissional atribuído pela Ordem dos Enfermeiros, como exposto na Tabela 4, apura-se que 61,2% têm o título de enfermeira(o) e 38,8% de enfermeira(o) especialista. Em ambos os sexos registam-se valores percentuais mais expressivos para os participantes com título de enfermeira(o) (homens 58,2% vs. mulheres 62,2%). Contudo, não se verifica relevância significativa, comprovado pela aplicação do teste do Qui-quadrado ($X^2=0,915$; $p=0,339$) e pelos resíduos ajustados.

Quanto ao serviço/unidade onde exercem funções, prevalecem os enfermeiros da Unidade de Cuidados Intensivos Polivalentes (UCIP) (66,1%), seguidos pelos que exercem noutro serviço para além dos descritos (60,3%) e dos que trabalham na Unidade de Cuidados Intensivos Coronários (UCIC) (39,7%). A análise dos dados por sexo mostra que se destacam os enfermeiros do sexo masculino a exercerem funções numa Unidade de Cuidados Intensivos Polivalentes (UCIP) (12,5%), bem como os enfermeiros do sexo feminino (53,7%). É de realçar 10,7% de enfermeiros do sexo masculino e 49,6% do feminino a exercerem noutro serviço. Através da aplicação do teste do Qui-quadrado, é possível assumir significâncias estatísticas entre os grupos, comprovadas pelos resíduos ajustados, em quase todos os serviços/unidades, excetuando o Serviço de Urgência Polivalente (SUP) e o Bloco Operatório, onde o valor de significância é superior a 0,05 (cf. Tabela 4).

Quanto à área de Especialização em Enfermagem, a maioria dos enfermeiros especialistas (42,7%) tem a Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica, seguindo-se os que possuem a Especialidade em Enfermagem de Reabilitação (21,7%), sendo ainda de realçar os 15,4% com Especialidade em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica e 10,8% com a Especialidade em Enfermagem Comunitária. Quer nos enfermeiros do sexo masculino (55,4%), quer do sexo feminino (38,2%) as percentagens mais elevadas correspondem aos que possuem a Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica. As diferenças entre as médias em ambos os grupos não são consideradas como significativas ($X^2=8,563$; $p=0,073$).

Constata-se que mais de metade da amostra exerce neste momento funções de enfermeiro generalista (67,6%), sendo de realçar que 22,5% exercem funções de enfermeiro especialista. Em ambos os sexos, prevalecem os enfermeiros que exercem no momento funções de enfermeiro generalista (homens 15,2% vs. mulheres 52,4%). As diferenças entre as médias em ambos os grupos não são consideradas como significativas ($X^2=7,785$; $p=0,254$).

Verifica-se ainda que 33,9% dos enfermeiros prestam cuidados especializados no âmbito da sua especialidade, contrariamente a 13,7% que não exercem. Analisando-se os resultados em função do sexo, apura-se que 8,1% dos homens e 25,7% das mulheres prestam cuidados especializados no âmbito da sua especialidade. No entanto, não se regista relevância estatística, o que é aferido pela aplicação do teste do Qui-quadrado ($X^2=0,218$; $p=0,897$) e pelos resíduos ajustados (cf. Tabela 4).

Tabela 4 – Caracterização profissional dos enfermeiros em função do sexo

Sexo	Masculino		Feminino		Total		Residuais		X ²	p
	n°	%	n°	%	n°	%	1	2		
Habilitações académicas	(177)	(24.0)	(561)	(76.0)	(738)	(100.0)				
Bacharelato/licenciatura	132	74.6	422	75.2	554	75.1	-2	.2	0.030	0.862
Mestrado/doutoramento	45	25.4	139	24.8	184	24.9	.2	-.2		
Habilitações profissionais	(86)	(26.1)	(243)	(73.9)	(329)	(100.0)				
Pós-Licenciatura	31	9.4	79	24.0	110	33.4	.6	-.6	1.691	0.639
Pós-Graduação	30	9.1	88	26.7	118	35.9	-.2	.2		
Ambas	25	7.6	72	21.9	97	29.5	-.1	.1		
Outra	0	.0	4	1.2	4	1.2	-1.2	1.2		
Frequência da formação académica	(177)	(24.0)	(561)	(76.0)	(738)	(100.0)				
Ensino Superior Público	122	68.9	342	61.0	464	62.9	1.9	-1.9	3.678	0.159
Ensino Superior Privado	23	13.0	89	15.9	112	15.2	-.9	.9		
Ensino Superior Público e Privado	32	18.1	130	23.2	162	22.0	-1.4	1.4		
Tipo de gestão da organização onde trabalha	(170)	(23.8)	(545)	(76.2)	(715)	(100.0)				
Pública	138	81.2	374	68.6	512	71.6	3.2	-3.2	10.049	0.007
Privada	16	9.4	87	16.0	103	14.4	-2.1	2.1		
Parceria pública/privada	16	9.4	84	15.4	100	14.0	-2.0	2.0		
Localização geográfica da organização onde trabalha	(177)	(24.0)	(561)	(76.0)	(738)	(100.0)				
Norte	56	31.6	177	31.6	233	31.6	.0	.0	7.989	0.046
Centro	42	23.7	100	17.8	142	19.2	1.7	-1.7		
Lisboa e Vale do Tejo	44	24.9	196	34.9	240	32.5	-2.5	2.5		
Outros	35	19.8	88	15.7	123	16.7	1.3	-1.3		
Tempo de exercício profissional	(177)	(24.0)	(561)	(76.0)	(738)	(100.0)				
≤10 anos	69	39.0	235	41.9	304	41.2	-.7	.7	2.464	0.292
11-20 anos	64	36.2	168	29.9	232	31.4	1.6	-		
>20 anos	44	24.9	158	28.2	202	27.4	-.9	.9		
Vínculo contratual	(176)	(24.2)	(552)	(75.8)	(728)	(100.0)				
Contrato de Trabalho em Funções Públicas por Tempo Indeterminado	94	53.4	290	52.5	384	52.7	.2	-.2	0.041	0.840
Contrato individual de trabalho ou coletivo	82	46.6	262	47.5	344	47.3	-.2	.2		
Horário de trabalho	(177)	(24.0)	(561)	(76.0)	(738)	(100.0)				
Fixo	36	20.3	181	32.3	217	29.4	-3.0	3.0	9.217	0.002
Roulement/rotativo	141	79.7	380	67.7	521	70.6	3.0	-3.0		
Regime de trabalho	(177)	(24.0)	(561)	(76.0)	(738)	(100.0)				
Tempo completo	175	98.9	541	96.4	716	97.0	1.7	-	2.759	0.097
Tempo parcial	2	1.1	20	3.6	22	3.0	-1.7	1.7		
Horas de trabalho por semana	(177)	(24.0)	(561)	(76.0)	(738)	(100.0)				
≤34 horas	3	1.7	19	3.4	22	3.0	-1.2	1.2	1.406	0.495
35 horas	128	72.3	393	70.1	521	70.6	.6	-.6		

≥36 horas	46	26.0	149	26.6	195	26.4	-2	2		
Título profissional atribuído pela Ordem dos Enfermeiros	n° (177)	% (24.0)	n° (561)	% (76.0)	n° (738)	% (100.0)				
Enfermeira(o)	103	58.2	349	62.2	452	61.2	-1.0	1.0		
Enfermeira(o) especialista	74	41.8	212	37.8	286	38.8	1.0	-1.0	0.915	0.339
Serviço/ unidade onde exerce funções	n° (319)	% (21.5)	n° (1164)	% (78.5)	n° (1483)	% (100.0)				
Serviço de Urgência Básico (SUB)	20	2.7	27	3.7	47	6.4	3.1	-3.1	9.494	0.002
Serviço de Urgência Médico-Cirúrgico (SUMC)	24	3.3	33	4.5	57	7.7	3.3	-3.3	11.126	0.001
Serviço de Urgência Polivalente (SUP)	13	1.8	27	3.7	40	5.4	1.3	-1.3	1.682	0.195
Unidade de Cuidados Intensivos Polivalentes (UCIP)	92	12.5	396	53.7	488	66.1	-4.6	4.6	20.805	0.000
Unidade de Cuidados Intensivos Coronários (UCIC)	53	7.2	240	32.5	293	39.7	-3.0	3.0	9.262	0.002
Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM)	21	2.8	12	1.6	33	4.5	5.5	-5.5	29.792	0.000
Bloco Operatório	10	1.4	36	4.9	46	6.2	-4	.4	0.136	0.713
Outro Serviço	79	10.7	366	49.6	445	60.3	-4.9	4.9	23.869	0.000
Não se Aplica	7	.9	27	3.7	34	4.6	-5	.5	0.225	0.635
Área de especialização em enfermagem	n° (74)	% (25.9)	n° (212)	% (74.1)	n° (286)	% (100.0)				
Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica	41	55.4	81	38.2	122	42.7	2.6	-2.6		
Especialidade em Enfermagem de Reabilitação	15	20.3	47	22.2	62	21.7	-3	.3		
Especialidade em Enfermagem Comunitária	4	5.4	27	12.7	31	10.8	-1.7	1.7	8.563	0.073
Especialidade em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica	4	5.4	23	10.8	27	9.4	-1.4	1.4		
Especialidade em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica	10	13.5	34	16.0	44	15.4	-5	.5		
Função que exerce neste momento	n° (177)	% (24.0)	n° (561)	% (76.0)	n° (738)	% (100.0)				
Enfermeiro Generalista	112	15.2	387	52.4	499	67.6	-1.4	1.4		
Enfermeiro Especialista	42	5.7	124	16.8	166	22.5	.5	-5		
Enfermeiro Responsável	10	1.4	31	4.2	41	5.6	.1	-1		
Enfermeiro Chefe	10	1.4	11	1.5	21	2.8	2.6	-2.6	7.785	0.254
Enfermeiro Supervisor	0	.0	1	.1	1	.1	-6	.6		
Enfermeiro Diretor	2	.3	5	.7	7	.9	.3	-3		
Investigação/ Docência	1	.1	2	.3	3	.4	.4	-4		
Prestação de cuidados especializados no âmbito da sua especialidade	n° (177)	% (24.0)	n° (561)	% (76.0)	n° (738)	% (100.0)				
Sim	60	8.1	190	25.7	250	33.9	.0	.0		
Não	26	3.5	75	10.2	101	13.7	.4	-4	0.218	0.897
Não se Aplica	91	12.3	296	40.1	387	52.4	-3	.3		

Analisando as estatísticas relativas ao tempo de exercício profissional, com base na Tabela 5, constata-se que um mínimo de zero (0) e um máximo de 40 anos de exercício

profissional para o total da amostra dos enfermeiros, com uma média de 14,28 anos ($\pm 9,77$) verificando-se uma dispersão elevada em torno da mesma ($CV = 68,41\%$). Tendo em conta o sexo, o mínimo e o máximo oscilam, para os homens, entre zero (0) e 38 anos, para as mulheres um mínimo de zero (0) e um máximo de 40 anos de exercício profissional. As mulheres, em média, ($\bar{x} = 14,40$ anos $\pm 9,98$) têm mais tempo de exercício profissional do que os homens ($\bar{x} = 13,89 \pm 9,12$), com dispersão elevada em torno das médias encontradas, em ambos os casos.

Tabela 5 – Estatísticas relativas ao tempo de exercício profissional em função do sexo

Tempo de exercício profissional Sexo	n	%	Min.	Máx.	\bar{x}	DP	CV%	$\frac{Sk}{Std. Error}$	$\frac{K}{Std. Error}$
Masculino	177	24.0	0	38	13.89	9.12	65.65	2.42	-1.67
Feminino	561	76.0	0	40	14.40	9.98	69.30	4.57	-3.36
Total	738	100.0	0	40	14.28	9.77	68.41	5.23	-3.67

As estatísticas relativas às horas de trabalho semanal indicam um mínimo de 7 horas e um máximo de 80 horas semanais para o total da amostra dos enfermeiros, com uma média de 36,17 horas semanais de trabalho ($\pm 5,09$), verificando-se uma dispersão baixa em torno da mesma ($CV = 14,07\%$). Nos enfermeiros do sexo masculino o mínimo e o máximo oscilam entre 16 e 70 horas semanais de trabalho, para os enfermeiros do sexo feminino o mínimo de horas semanais de trabalho é 7 e o máximo 0 horas. Os homens, em média, ($\bar{x} = 36,45$ horas $\pm 4,49$) têm ligeiramente mais horas semanais de trabalho do que as mulheres ($\bar{x} = 36,08$ horas $\pm 2,26$), com dispersão baixa em torno das médias encontradas, em ambos os sexos (cf. Tabela 6).

Tabela 6 – Estatísticas relativas às horas de trabalho por semana em função do sexo

Horas de trabalho por semana Sexo	n	%	Min.	Máx.	\bar{x}	DP	CV%	$\frac{Sk}{Std. Error}$	$\frac{K}{Std. Error}$
Masculino	177	24.0	16	70	36.45	4.49	12.31	12.04	58.96
Feminino	561	76.0	7	80	36.08	5.26	14.57	14.27	134.95
Total	738	100.0	7	80	36.17	5.09	14.07	17.57	150.93

3.3. Instrumentos de Recolha de Dados

O instrumento de colheita de dados incluiu os seguintes instrumentos de medida (cf. Anexo I): um Questionário ad hoc de Dados Sociodemográficos, Académicos e Profissionais (QAHDSAP), o Questionário de Conhecimentos acerca das Intervenções Autónomas de Enfermagem Face ao Doente com Síndrome Coronário Agudo (QCIAEFDSCA) e o Questionário de Eficácia Clínica e Prática Baseada em Evidências (QECPE-20), Versão Original de Upton & Upton (2006), validado em português por Pereira, R.; Guerra, A.; Peixoto, M.; Martins, T.; Barbieri, M. & Carneiro, A. (2015).

O questionário trata-se de um instrumento de investigação que visa recolher informações baseando-se, geralmente, na inquirição de um grupo representativo da população em estudo. A aplicação de um questionário permite recolher uma amostra dos conhecimentos, atitudes, valores e competências. Deste modo, é importante ter em conta o que se quer e como se vai avaliar, devendo haver rigor na seleção do tipo de questionário a aplicar de forma a aumentar a credibilidade do mesmo (Sousa & Baptista, 2011).

Questionário ad hoc de Dados Sociodemográficos, Académicos e Profissionais (QAHDSAP)

O Questionário ad hoc de Dados Sociodemográficos, Académicos e Profissionais divide-se em 3 dimensões, nomeadamente: dados sociodemográficos (3 questões), dados académicos (2 questões), dados profissionais (13 questões). A tipologia das questões variam entre resposta aberta, escolha única e escolha múltipla, carecendo sempre de resposta obrigatória (cf. Anexo I).

Questionário de Conhecimentos acerca das Intervenções Autónomas de Enfermagem Face ao Doente com Síndrome Coronária Aguda (QCIAEFDSCA)

O QCIAEFDSCA foi contruído com base nos seguintes documentos: Estatuto da OE (2015) e REPE (decreto-lei n.º 161/96 de 4 de Setembro); Regulamentos da OE (N.º429/2018 de 16 de Julho; N.º140/2019 de 6 de Fevereiro), Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem da Pessoa em Situação Crítica (25 de Novembro de 2017) e Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Enquadramento Conceptual e Enunciados Descritivos (2001), CIPE (versão 2015) e respetiva literatura científica inerente ao SCA (consultar referências bibliográficas), com vista a inquirir os respondentes relativamente às intervenções autónomas de enfermagem no âmbito da prestação de cuidados ao doente alvo de SCA.

O questionário acima referido trata-se de um instrumento de autopreenchimento e é constituído por 57 itens estruturados em duas partes: a primeira integra questões de análise aprofundada relativamente ao conceito de intervenções autónomas em enfermagem; a segunda inclui questões de avaliação dos conhecimentos dos enfermagem relativamente às práticas implementadas face ao doente com SCA.

Cada questão admite uma única resposta, sendo que o respondente em cada uma delas deverá seleccionar, apenas e só, um dos 5 itens da escala de Likert com o qual se identifica ou considera mais correta. Este questionário original idealizado pelo investigador, inclui os seguintes scores de pontuação: ao item 1 corresponde o completamente falso, ao item 2 corresponde o parcialmente falso, ao item 3 corresponde o não tenho opinião, ao item 4 corresponde o parcialmente verdadeiro e, por último, ao item 5 corresponde o completamente verdadeiro. (cf. Anexo I).

O somatório bruto esperado dos 43 itens do QCIAEFDSCA distribuídos por 9 fatores, oscila entre um mínimo de 43 e um máximo de 215, com um valor médio de 86 (cf. Tabela 7).

Neste estudo optou-se por transformar os scores brutos dos fatores e dos totais numa escala de 0-100, facilitando assim a análise comparativa entre os fatores, sendo que quanto maior o score maior o conhecimento. Considera-se que resultados entre 0-49% revelam conhecimentos insuficientes, resultados entre 50 e 74% - conhecimentos razoáveis e resultados iguais ou acima de 75% resultados bons.

Neste sentido, o QCIAEFDSCA foi transformado utilizando-se, precisamente, o mesmo procedimento para transformação da escala usado na escala de qualidade de vida WHOQOL-BREF (Vaz Serra et al., 2006) : $[(score\ bruto - score\ mínimo\ bruto\ possível) / (score\ máximo\ bruto\ possível - score\ mínimo\ bruto\ possível)] \times 100$.

Trata-se de um método estatístico, muito frequentemente utilizado no estudo das escalas da área da saúde, especialmente quando se pretende comparar scores entre fatores na mesma escala ou entre escalas com diferentes níveis de grandeza (ex: QCEPBE-20), tal como é pretendido ser realizado neste trabalho.

O processo de construção deste questionário teve por base uma análise semântica e de conteúdo por painel de peritos com posterior aplicação de pré-teste a uma amostra de 25 enfermeiros, não tendo sido necessários ajustamentos ao questionário pois não foi sugerida qualquer alteração por parte dos respondentes, nem ficaram perguntas por responder uma vez que todas elas eram obrigatórias. Os resultados obtidos deste pré-teste foram apresentados, parcialmente, sob a forma de comunicação oral, no VI Encontro de Jovens Investigadores, que decorreu em Bragança, Portugal, no dia 5 de dezembro de 2019 - *Intervenções autónomas dos enfermeiros portugueses no doente com síndrome coronária aguda – resultados pré-teste* (cf. Anexo VIII).

Tabela 7 - QCIAEFDSCA: transformação dos scores brutos numa escala 0-100

QCIAEFDSCA Escala de resposta aos itens (1-5)	Resultados Brutos somatório dos itens (min-max)	Formula para transformar resultados Brutos em escala 0-100 $[(score\ bruto - min) / (max - min)] \times 100$
Fator 1 – Gestão de Cuidados Percecionados para a Autonomia do Cliente (GCPAC) - 5 itens	5-25	$[(score\ bruto - 5) / (20)] \times 100$
Fator 2 – Gestão de Protocolos Terapêuticos Complexos (F.I.A.P. - H.)- 4 itens	4-20	$[(score\ bruto - 4) / (16)] \times 100$
Fator 3 – Gestão do Risco e Prevenção de Eventos Adversos (GRPEA) - 6 itens	6-30	$[(score\ bruto - 6) / (24)] \times 100$
Fator 4 – Procedimentos Iniciais de Avaliação do Cliente (PIAC) - 6 itens	6-30	$[(score\ bruto - 6) / (24)] \times 100$
Fator 5 - Gestão de Protocolos Terapêuticos Complexos (M.O.N.A.), - 4 itens	4-20	$[(score\ bruto - 4) / (16)] \times 100$
Fator 6 – Gestão Documental da Dor e do Bem-Estar do Cliente (GDDBC)- 5 itens	5-25	$[(score\ bruto - 5) / (20)] \times 100$
Fator 7 – Gestão da Dor e Capacitação do Cliente (GDCC) - 4 itens	4-20	$[(score\ bruto - 4) / (16)] \times 100$
Fator 8 - Gestão de Intervenções de Enfermagem Autónomas (GIEA) - 5 itens	5-25	$[(score\ bruto - 5) / (20)] \times 100$
Fator 9 – Gestão de Intervenções de Enfermagem Interdependentes - 4 itens	4-20	$[(score\ bruto - 4) / (16)] \times 100$
Total da escala - 43 itens	43-215	$[(score\ bruto - 43) / (172)] \times 100$

**Questionário de Eficácia Clínica e Prática Baseada em Evidências (QECPBE-20),
Versão Original de Upton & Upton (2006), validado em português por Pereira, R.;
Guerra, A.; Peixoto, M.; Martins, T.; Barbieri, M. & Carneiro, A. (2015)**

O QECPBE – 20 é um instrumento de autopreenchimento que é constituído por 20 itens avaliados através de uma escala de diferencial semântico, organizado em três dimensões. O primeiro componente avalia as Práticas e recorre a uma escala tipo Likert, que vai do 1 (nunca) ao 7 (frequentemente), integrando seis itens. No segundo componente avaliam-se as Atitudes, através do posicionamento de proximidade adotado para cada uma de questões, num total de três itens. Finalmente, o terceiro componente pretende avaliar Conhecimentos/Habilidades e Competências através de uma escala tipo Likert, que oscila entre 1 (pior) e 7 (melhor), num somatório de 10 itens (Pereira et al., 2015) (cf. Anexo I). Foi obtida a autorização formal ao representante dos autores, acima referidos, da validação da versão portuguesa do QECPBE – 20, na pessoa do Professor Doutor Rui Pereira, via e-mail, tendo-se obtido parecer favorável (cf. Anexo III).

O somatório bruto esperado dos 19 itens do QECPBE distribuídos por 9 fatores, oscila entre um mínimo de 19 e um máximo de 133, com um valor médio de 57 (cf. Tabela 8). À semelhança do que foi explicado, no âmbito do QCIAEFDSCA, os scores brutos dos fatores e o score total do questionário foram transformados numa escala de 0-100 no sentido de facilitar a interpretação, correspondendo uma pontuação mais elevada a uma maior eficácia clínica (Vaz Serra et al., 2006).

Tabela 8 - QECPBE: transformação dos scores brutos numa escala 0-100

QECPBE Escala de resposta aos itens (1-7)	Resultados Brutos (somatório dos itens) (min-max)	Formula para transformar resultados Brutos em escala 0-100 [(score bruto-min)/(max-min)]X100
Fator 1 – Práticas- 6 itens	6-42	[(score bruto-6)/(36)]X100
Fator 2 –Atitude - 3 itens	3-21	[(score bruto-3)/(18)]X100
Fator 3 – Conhecimentos/Habilidades e Competências - 10 itens	10-70	[(score bruto-10)/(60)]X100
Total – 19 itens	19-133	[(score bruto-19)/(114)]X100

3.4. Procedimentos Éticos

Neste estudo seguir-se-ão as normas de conduta próprias de uma investigação, com o objetivo de salvaguardar o direito e a liberdade dos participantes, bem como os seus direitos e os princípios éticos. Deste modo, optar-se-á por colocar no questionário o tema e o objetivo da investigação, pedido de colaboração para o preenchimento e referência à necessidade de resposta a todas as questões, para que este não fosse eliminado, garantia de anonimato e confidencialidade das respostas, disponibilização dos resultados, agradecimento da colaboração e disponibilidade dispensadas. Todas estas questões encontram-se ao abrigo dos princípios éticos enunciados na Declaração de Helsínquia e na Convenção para a Proteção dos Direitos do homem e da Dignidade do Ser Humano face às Aplicações da Biologia e da Medicina, que salvaguarda a escolha livre e esclarecida através do consentimento obtido pelo investigador.

Outros procedimentos consistiram, precisamente, no pedido de autorização para aplicação dos questionários ao Conselho de Ética do IPB (cf. Anexo II) e, conseqüentemente, no pedido de autorização para aplicabilidade dos questionários no site institucional e na *maillist* da OE e divulgação do link online do Google Forms (cf. Anexo IV), entre o período compreendido de 19 de Novembro de 2019 a 31 de Janeiro de 2020.

3.5. Procedimentos Estatísticos

Para a análise dos dados, recorreu-se à estatística descritiva e à estatística analítica ou inferencial. A estatística descritiva possibilitou determinar as frequências absolutas e percentuais, algumas medidas de tendência central, nomeadamente as médias e as medidas dispersão, como a amplitude de variação, o coeficiente de variação e o desvio padrão, bem como as medidas de forma, como a assimetria e achatamento. Para as variáveis em estudo, utilizou-se a análise univariada e bivariada.

Quanto à análise bivariada, aplicou-se o teste da percentagem residual (resíduos ajustados), que nos dá as diferenças percentuais de variável a variável, muitas vezes em detrimento do teste de X^2 , pois, em muitas das variáveis em estudo, o tamanho das subamostras não possibilitava o uso do referido teste.

O uso dos valores residuais em variáveis nominais torna-se mais potente que o teste de X^2 , como indicam Pestana e Gajreiro (2014), pois os resíduos ajustados na forma

estandardizada informam sobre as células que mais se afastam da independência entre as variáveis. Os mesmos autores consideram os seguintes valores de referência:

- ≥ 1.96 diferença estatística significativa;
- < 1.96 diferença estatística não significativa.

De modo a interpretar-se os resíduos ajustados necessita-se de um número mínimo de oito elementos, quer no total da linha, quer na coluna.

Por sua vez, o coeficiente de variação possibilita comparar a variabilidade de duas variáveis, tendo os resultados obtidos ser (Pestana & Gageiro, 2014), interpretados da seguinte forma:

Coeficiente de variação	Classificação do Grau de dispersão
0% - 15%	Dispersão baixa
16% - 30%	Dispersão moderada
> 30%	Dispersão alta

Coeficiente de correlação de Pearson consiste numa medida de associação linear usada para o estudo de variáveis quantitativas. A correlação aponta que os fenómenos não estão indissolúvelmente ligados, mas que a intensidade de um (em média) é acompanhada tendencialmente com a intensidade do outro, no mesmo sentido ou em sentido inverso. Por convenção, os valores de r devem ser interpretados do seguinte modo (Pestana & Gageiro, 2014):

- $r < 0.2$ – associação muito baixa
- $0.2 \leq r \leq 0.39$ – associação baixa
- $0.4 \leq r \leq 0.69$ – associação moderada
- $0.7 \leq r \leq 0.89$ – associação alta
- $0.9 \leq r \leq 1$ – associação muito alta

Recorreu-se à nota standardizada Z , que se trata de uma nota reduzida, transformada de modo a evidenciarem-se notas negativas e que a média seja 50 de preferência a zero (D'Hainaut, 1990). As notas standardizadas são representadas pela letra Z , que, por definição $Z=50+10Z$.

Em termos de estatística inferencial, recorreu-se a testes paramétricos e não paramétricos, designadamente:

- Testes t de Student ou teste de U Mann Whitney usados para amostras independentes, ou seja, permitem fazer a comparação de médias de uma variável

quantitativa em dois grupos de sujeitos diferentes e quando se desconhecem as respetivas variâncias populacionais;

- Teste de Kruskal Wallis – usado para a comparação de médias de uma variável quantitativa (variável endógena) em três ou mais grupos de sujeitos diferentes (variável exógena - qualitativa), isto é, analisa o efeito de um fator na variável endógena, testando se as médias da variável endógena em cada categoria do fator são ou não iguais entre si.

- Teste de qui quadrado (X^2) - para o estudo de relações entre variáveis nominais.

Este teste é aplicado a uma amostra em que a variável nominal tem duas ou mais categorias, comparando as frequências observadas com as que se esperam obter no universo, de modo a inferir-se acerca da relação existente entre as variáveis.

Na análise estatística, foram utilizados os seguintes valores de significância:

- $p < 0.05$ * - diferença estatística significativa
- $p < 0.01$ ** - diferença estatística bastante significativa
- $p < 0.001$ *** - diferença estatística altamente significativa
- $p \geq 0.05$ n.s. – diferença estatística não significativa

A análise de modelos de equações estruturais trata-se de uma técnica de modelação generalizada, utilizada para testar a validade de modelos teóricos que definem relações causais, hipotéticas, entre variáveis. Estas relações são representadas por parâmetros que indicam a magnitude do efeito que as variáveis, ditas independentes, apresentam sobre outras variáveis, ditas dependentes, constituindo um conjunto de hipóteses respeitantes a padrões de associações entre as variáveis no modelo (Marôco, 2010).

No domínio da análise de equações estruturais é usual classificar as variáveis em dois tipos: Variáveis manifestas e variáveis latentes. As variáveis manifestas ou observadas, são variáveis medidas, manipuladas ou observadas diretamente (por exemplo, “rendimento médio mensal” ou “participação em atividades sociais”). As variáveis latentes, fatores ou constructos, são variáveis não diretamente observáveis ou mensuráveis, sendo a sua existência indicada pela sua manifestação em variáveis indicadoras ou manifestas. Por exemplo, as variáveis psicológicas como o “Burnout” ou a “Auto-estima” são, geralmente, operacionalizadas por escalas psicométricas constituídas por um conjunto de itens ou indicadores que captam, supostamente, o efeito das variáveis latentes (Marôco, 2010).

Por outro lado, as variáveis (quer latentes quer manifestas) podem ser classificadas em variáveis independentes ou exógenas quando as causas destas variáveis residem fora do modelo em estudo pois, caso contrário, as variáveis dizem-se dependentes ou endógenas (Marôco, 2010).

A apresentação dos resultados é feita com o recurso de tabelas e figuras, onde se apresentam os dados mais relevantes.

Todo o tratamento estatístico foi processado através do programa SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) versão 26.0 (2019) para Windows.

No capítulo seguinte procede-se à apresentação dos resultados da análise descritiva e da análise inferencial.

4. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

No presente capítulo, estruturado em duas partes, começa-se por apresentar os resultados relativos à estatística descritiva, seguindo-se os dados concernentes à estatística inferencial.

Análise Descritiva

Questionário de Conhecimentos acerca das Intervenções Autónomas de Enfermagem Face ao Doente com Síndrome Coronário Agudo (QCIAEFDSCA)

Dado que este questionário foi criado para esta investigação foi necessário proceder ao estudo das suas propriedades psicométricas, nomeadamente da sua validade e fiabilidade, características essenciais para garantir a qualidade informativa dos dados (Coutinho, 2013).

A **fiabilidade** ou **fidelidade** de um instrumento permite avaliar se os dados foram obtidos independentemente do contexto, do instrumento ou do investigador, isto é, verifica a consistência do processo de medição, baseado na associação entre dois grupos de observações resultantes de duas medições, medições estas que podem ser de dois instrumentos separados, ou de duas partes semelhantes do mesmo instrumento, ou o mesmo instrumento aplicado em dois momentos diferentes ou aplicado por duas pessoas diferentes (Coutinho, 2013). “Na prática equivale a verificar a «replicabilidade das conclusões do estudo, ou seja, se diferentes investigadores, utilizando os mesmos procedimentos, poderiam chegar a resultados idênticos sobre o mesmo fenómeno»” (Vieira, 1999, p. 93 citado por Coutinho, 2013, p. 116).

A **validade** de um instrumento, talvez o melhor indicador da sua qualidade, indica se este mede de facto aquilo que queremos que ele meça, ou seja, se os resultados obtidos refletem ou traduzem a realidade, no sentido de os podermos aceitar como factos indiscutíveis. Assim, a validade é o complemento da fiabilidade, pois antes de garantirmos a validade do instrumento, devemos assegurar primeiro a sua fiabilidade (Coutinho, 2013).

Estão descritos seis coeficientes para o cálculo da fiabilidade de um instrumento, que calculam valores estimados, e que devem ser interpretados como tal, pois não é possível conhecerem-se as verdadeiras pontuações (Coutinho, 2013). No caso concreto do nosso questionário, dado ter sido construída em formato tipo *Likert*, optámos pela utilização de dois coeficientes para cálculo da fiabilidade, através de medidas de consistência interna: *Alpha de Cronbach* (α) e *coeficiente de bipartição do teste* (*split-half*).

Tendo como referência Pestana e Gageiro (2014), a **análise da consistência interna** é entendida como a proporção na variabilidade nas respostas que resulta de diferenças nos inquiridos, ou seja, as respostas diferem porque estes têm opiniões diversas e não porque as questões sejam confusas e levem a diferentes interpretações. A estimativa da consistência interna de um instrumento é a única medida possível quando temos um único teste que é administrado uma única vez e terá sempre que ter em conta o número de itens ou partes e a média das correlações entre todos os itens ou partes (Coutinho, 2013).

O *Alpha de Cronbach* (α) é o indicador mais aconselhado para a consistência interna de instrumentos de tipo escala de *Likert* (Coutinho, 2013) e de acordo com Pestana e Gageiro (2014, p. 531), define-se como a “correlação que se espera obter entre a escala usada e outras escalas hipotéticas do mesmo universo, com igual número de itens, que meçam a mesma característica. Varia entre 0 e 1, considerando-se a consistência interna:

- Muito boa: $\alpha > 0,9$
- Boa: α entre 0,8 e 0,9
- Razoável: α entre 0,7 e 0,8
- Fraca: α entre 0,6 e 0,7
- Inadmissível: $\alpha < 0,6$ ”

Procura avaliar em que medida a variância geral dos resultados da prova se associa ao somatório da variância item a item, exigindo uma única aplicação do teste. O seu cálculo tem em conta as médias das correlações inter itens, bem como o número de questões do teste (Coutinho, 2013).

O *Alpha de Cronbach* (α) é muito influenciado pela correlação entre os itens e pelo seu número, podendo verificar-se que embora a correlação entre os itens seja fraca, o *Alpha* seja elevado, indicando erradamente uma consistência elevada. “Para analisar o efeito de cada variável na consistência interna do fator, observa-se o *Alpha if Item Deleted* que se compara com *Alpha*” e que indica o valor deste, caso esse item tivesse sido excluído (Pestana & Gageiro, 2014, p. 532).

A interpretação do *Alpha de Cronbach* (α) requer alguns cuidados, pois um valor de *alpha* moderado nem sempre indica baixa fiabilidade do teste em si, mas apenas falta de homogeneidade de alguns dos seus itens, que devem ser eliminados. Neste caso, a melhor forma de avaliar itens individualmente é calcular uma matriz de correlações que relacione cada item com a correlação total da prova; um item com correlação baixa ou negativa sugere que não induziu as respostas, consistentes com o instrumento no seu todo. Este valor (poder discriminativo do item), obtido através do coeficiente de correlação de Pearson, procura determinar o grau com que o item se diferencia no mesmo sentido do teste global, dado que um item é tanto mais discriminativo, quanto maior discrepância proporciona entre dois grupos (valores mais altos e mais baixos da escala) (Coutinho, 2013).

O *coeficiente de bipartição do teste (split-half)* ou método das metades, divide os itens de uma escala em dois grupos, como se de dois testes se tratasse (duas médias e dois desvios padrão), examinando a correlação dentro de cada grupo (*inter-item correlations*) e entre os dois grupos (*correlation between forms*), ou seja, procura comprovar se uma das metades dos itens da escala é tão consistente a medir o constructo como a outra metade (Coutinho, 2013; Pestana & Gageiro, 2014).

“A **Análise Fatorial** é um conjunto de técnicas estatísticas, que procura explicar a correlação entre as variáveis observadas, simplificando os dados através da redução num número de variáveis necessárias para os descrever” (Pestana & Gageiro, 2014, p. 519). Distinguem-se dois tipos de análise fatorial: Análise Fatorial Exploratória (AFE) e Análise Fatorial Confirmatória (AFC). A primeira (AFE) trata a relação entre as variáveis, sem determinar em que medida os resultados se ajustam a um modelo, enquanto a segunda (AFC) compara os resultados obtidos com os que constituem a teoria (Pestana & Gageiro, 2014).

A **Análise Fatorial Exploratória** tem por objetivo descobrir e analisar a estrutura de um conjunto de itens interrelacionados, de modo a construir uma escala de medida para fatores intrínsecos, que de alguma forma controlam os itens originais. Se dois itens estão correlacionados, essa associação resulta da partilha de uma característica comum não diretamente observável, ou seja, de um fator comum latente. A AFE usa as correlações observadas entre os itens originais, para estimar os fatores comuns e as relações estruturais que ligam os fatores latentes aos itens (Marôco, 2014, p. 471).

O objetivo primordial da AFE é o de atribuir um *score* a fatores que não são diretamente observáveis, sendo capaz de resumir a informação presente em muitos itens, num número

reduzido de fatores (Marôco, 2014). Alguns autores (Hill, 2000, p. 58, citado por Pestana & Gageiro, 2014, p. 519) consideram que o número “mínimo de respostas válidas (N) por variável/item (K) é:

- $N = 50$ se $K \leq 5$
- $N = 10 \times K$ se $5 < K \leq 15$
- $N = 5 \times K$ se $K > 15$

De acordo com Pestana e Gageiro (2014, p. 520), a análise fatorial faz-se em 9 etapas:

1ª – Verificar se existe correlação entre as variáveis e se os dados se adequam à análise; 2ª – Saber o número de fatores a reter; 3ª – Conhecer a percentagem de variância explicada pelos fatores retidos; 4ª – Conhecer a percentagem de variância explicada por cada fator retido; 5ª – Identificar as variáveis que pertencem a cada fator; 6ª – Decidir sobre as variáveis a reter; 7ª – Avaliar a qualidade do ajustamento através de critérios GFI, AGFI e RMSR; 8ª – Representar e interpretar os fatores como variáveis métricas estandardizadas; 9ª – Exploração dos dados, outliers e respostas omissas.

A **Análise Fatorial Confirmatória** (AFC) consiste num procedimento estatístico, ao qual se recorre quando se pretende confirmar uma estrutura fatorial previamente conhecida, ou seja, para verificar se as variáveis latentes (fatores) influenciam o comportamento de variáveis manifestas (itens) específicas (Marôco, 2014).

Neste procedimento estatístico (AFC) foi considerada a matriz de covariâncias e adotado o algoritmo da máxima verosimilhança (*Maximum-Likelihood Estimation* – MLE) para estimação dos parâmetros, na medida em que é considerado o método mais robusto à violação dos pressupostos da normalidade, desde que a assimetria e achatamento (curtose) das distribuições das variáveis manifestas não sejam muito grandes.

Na análise dos dados foram utilizados os seguintes procedimentos estatísticos:

- *Distribuição dos itens – avaliada pela assimetria (Sk) e achatamento (K), considerando respetivamente os valores de referência de ≤ 3 e de ≤ 7 ;*
- *Validade do constructo – avaliada pelas validades fatorial, convergente e discriminante. Aqui foram considerados os indicadores de qualidade de ajustamento global e de ajustamento local.*

Como indicadores de qualidade de ajustamento global foram utilizados os seguintes índices:

- Razão entre qui-quadrado e graus de liberdade (χ^2/gf) – avalia a existência de discrepâncias entre a matriz de covariâncias dos dados e a matriz de covariância do modelo; se a razão (χ^2/gf) for inferior a 2,0 o ajustamento considera-se *bom*, inferior a 5 *aceitável* e superior a 5 *inaceitável*;
- Índice comparativo, adicional, de ajuste ao modelo (*Comparative Fit Index* – **CFI**); considera-se um ajustamento *bom* quando os valores se situam acima de 0,90;
- Índice de qualidade de ajuste (*Goodness of Fit Index* – **GFI**); considera-se um ajustamento *bom* quando os valores se situam acima de 0,90;
- *Root Mean Square Error of Approximation* (**RMSEA**) – um *bom* ajustamento é entendido para valores inferiores a 0,06, no entanto valores entre 0,08 e 0,10 podem indicar um ajustamento *aceitável*;
- *Root mean square residual* (**RMR**) – quanto menor este valor, melhor o ajustamento, indicando um RMR = 0 um ajustamento perfeito;
- *Standardized root mean square residual* (**SRMR**) – é considerado *aceitável* um valor inferior a 0,08, constituindo o valor de zero o ajuste perfeito.

Por seu turno, os indicadores de qualidade do ajustamento local do modelo incluem:

- **Validade compósita** obtida pela fiabilidade individual dos itens, lambda (λ); são considerados como valores de referência um peso fatorial $> 0,50$, no entanto, Marôco (2014) refere que em estudos exploratórios se pode flexibilizar este valor para 0,40;
- **Fiabilidade individual dos indicadores** (δ), com coeficientes iguais ou superiores a 0,25;
- **Fidelidade compósita** (**FC**) – estima a consistência interna dos itens relativos ao fator; uma *boa* consistência interna deve apresentar valores acima de 0,70;
- Variância extraída média (**VEM**) – avalia a **validade convergente** ao verificar o modo como os itens pertencentes a um fator, saturam nesse fator; valores $> 0,50$ são indicativos de *boa* validade convergente;
- **Validade discriminante** – é considerada adequada quando o valor de VEM, para cada constructo, é maior do que o quadrado das correlações múltiplas entre esse constructo e um outro qualquer (Marôco, 2014).

Após estas considerações, procede-se de seguida ao estudo da fiabilidade do Questionário de *Conhecimentos acerca das Intervenções Autónomas de Enfermagem Face ao Doente com Síndrome Coronário Agudo (QCIAEFDSCA)*.

Estudo da fiabilidade do Questionário de Conhecimentos acerca das Intervenções Autónomas de Enfermagem Face ao Doente com Síndrome Coronário Agudo (QCIAEFDSCA)

Ao analisarem-se os resultados da fiabilidade, a Tabela 9 (cf. Anexo VII) indica as estatísticas (médias e desvios padrão) e as correlações obtidas entre cada item e o valor global, dando uma visão sobre a forma como o item se combina com o valor global. Pelos índices médios, assinala-se que as médias oscilam entre 3,06 (item 25) e 4,91 (item 41). Através do *alfa de Cronbach*, constata-se um alfa global classificado de bom ($\alpha=0,892$), verificando-se que nenhum dos itens ao ser eliminado aumenta o alfa de Cronbach do questionário, ou seja, nenhum item está a prejudicar a consistência interna do questionário. Contudo observando as correlações de cada item com o total do questionário com a exclusão desse item constata-se que há itens com correlações muito baixas com o total do questionário nomeadamente os itens: item 4 ($r = 0,054$), Item 5 ($r = 0,077$) e item 16 ($r=-0,069$).

Determinada a consistência interna (fiabilidade) do questionário, o passo seguinte foi efetuar os estudos da validade de constructo.

A validade de constructo foi estudada recorrendo-se a uma análise fatorial exploratória. Foi utilizado o método “medida da adequação da amostragem de Kaiser-Meyer-Olkin” no sentido de averiguar se os dados eram viáveis em termos de utilização de uma análise fatorial (cf. Anexo VII – Tabela 10). Apesar de não existir um teste rigoroso para os valores de KMO, de uma maneira geral podem ser classificados da seguinte forma (Pestana e Gajreiro 2008): $\leq 0,50$ – Inaceitável,] 0,50-0,60] – Mau, mas ainda assim aceitável,] 0,60-0,70] – Medíocre,] 0,70-0,80] – Média,] 0,80-0,90] – Boa,] 0,90-1,00] – Excelente.

O teste de Kaiser-Meyer-Olkin ao apresentar um valor de ($KMO=0.875$) revela um bom resultado para continuarmos com o processo de validação do questionário e o teste de esfericidade de Bartlett's por apresenta significância estatística ($x^2= 6747.982$; $p= 0.000$)

é indicativo que as variáveis em estudo não estão correlacionadas (cf. Anexo VII – Tabela 10).

Os resultados destes testes permitiram o recurso à análise fatorial de componentes principais com rotação varimax. Para determinar o número de dimensões interpretáveis examinou-se o screeplot, considerando-se fatores cujos eigenvalues fossem superiores ou iguais a 1. Os critérios usados para a escolha da melhor estrutura fatorial foram: três ou mais itens por dimensão e Alphas de Cronbach superiores a 0,60 (cf. Anexo VII – Tabela 10).

Na escolha dos itens para cada fator seguiu-se os seguintes critérios: 1º - Coeficiente de saturação (“Fator Loading”) superior a 0,40 num fator; 2º - A diferença entre os coeficientes de saturação dos dois fatores ter um valor igual ou superior a 0,10.

De acordo com os critérios referidos anteriormente optou-se por uma solução fatorial para 9 fatores que equivale a uma variância explicada de 56,739% (cf. Anexo VII – Tabela 11). Esta solução fatorial levou à eliminação de 14 itens: 2, 3, 4, 5, 12, 14, 16, 27, 37, 38, 39, 47, 48, 49, por terem um fator loading abaixo de 0,40 em todos os fatores ou saturarem acima de 0,40 em mais do que um fator com uma diferença abaixo de 0,10 entre cada um deles sendo considerados assim itens ambíguos. Ficaram assim um total de 43 itens que se distribuíram em 9 fatores (cf. Anexo VII – Tabela 12).

O Fator 1 – ***Gestão de Cuidados Percecionados para a Autonomia do Cliente (GCPAC)***, comporta 5 itens (28, 29, 30, 32 e 31) que, no seu conjunto apresentam uma consistência interna razoável ($\alpha=0,774$), variando o coeficiente de saturação dos itens neste fator entre 0,594 no item 31 e 0,766 no item 28. Pelos valores médios, o item mais favorável é o 29 “... manter a dignidade e privacidade do cliente, em todos os momentos e o menos favorável o item 31 “... posicionar o cliente com a cabeceira elevada a pelo menos 30° - 45°”. Os coeficientes de correlação de cada item com o total do fator (com a exclusão desse item) oscilam entre 0,464 e 0,667 (cf. Anexo VII – Tabela 13).

O Fator 2 – ***Gestão de Protocolos Terapêuticos Complexos (F.I.A.P. - H.)***, constituído por 4 itens (25, 24, 23 e 26), apresenta uma consistência interna boa ($\alpha=0,865$), variando o coeficiente de saturação dos itens neste fator entre 0,744 no item 26 e 0,882 no item 25. O item com melhor índice médio é o 23 “clopidogrel” e o de menor média é o item 25 “prasugrel”. Os coeficientes de correlação de cada item com o total do fator (com a exclusão desse item) oscilam entre 0,616 e 0,803 (cf. Anexo VII – Tabela 13).

No caso do Fator 3 – ***Gestão do Risco e Prevenção de Eventos Adversos (GRPEA)***, os 6 itens (57, 56, 52, 50, 51 e 55) no seu conjunto apresentam uma razoável consistência

interna ($\alpha=0,766$), variando o coeficiente de saturação dos itens neste fator entre 0,450 no item 55 e 0,798 no item 57. O item com melhor índice médio é o 55 "... implementar medidas de prevenção das IACS (p. ex: técnica asséptica)" e o menor o item 56 "... avaliar a presença de abuso de substâncias ilícitas como drogas ou álcool." Os coeficientes de correlação de cada item com o total do fator (com a exclusão desse item) oscilam entre 0,486 e 0,644 (cf. Anexo VII – Tabela 13).

O Fator 4 – ***Procedimentos Iniciais de Avaliação do Cliente (PIAC)***, engloba 6 itens (17,15, 18, 10, 13 e 11), com um alfa de 0,711, ou seja, tem uma razoável consistência interna. variando o coeficiente de saturação dos itens neste fator entre 0,438 no item 11 e 0,759 no item 17. Infere-se, pelos valores médios, que a maior média se situa no item 15 "A dor/ desconforto do SCA pode irradiar... ao longo do membro superior esquerdo" e a menor no item 10 "Em presença de suspeita de SCA as Guidelines aconselham ECG de 12 derivações (ECG 12D) nos primeiros 10min". Os coeficientes de correlação de cada item com o total do fator (com a exclusão desse item) oscilam entre 0,360 e 0,547 (cf. Anexo VII – Tabela 13).

Em relação ao Fator 5 - ***Gestão de Protocolos Terapêuticos Complexos (M.O.N.A.)***, constituído por 4 itens (19, 22, 20 e 21), apresenta uma consistência interna boa ($\alpha=0,842$), variando o coeficiente de saturação dos itens neste fator entre 0,647 no item 21 e 0,804 no item 19. O item com melhor índice médio é o 21 "AAS" e o de menor média os itens 19 e 20 "O₂", "Morfina", respetivamente. Os coeficientes de correlação de cada item com o total do fator (com a exclusão desse item) oscilam entre 0,608 e 0,735 (cf. Anexo VII – Tabela 13).

O Fator 6 – ***Gestão Documental da Dor e do Bem-Estar do Cliente (GDDBC)***, engloba 5 itens (42,41,43,40, e 54), verificando-se um valor de α global de 0,747, sugestivo de razoável consistência interna. o coeficiente de saturação dos itens neste fator oscilam entre 0,440 no item 54 e 0,688 no item 42. Infere-se, pelos valores médios, que a maior média se situa no item 41 "... caracterizar a dor e questionar o cliente sobre localização, gravidade, intensidade, qualidade, duração, hora de início, fatores precipitantes e de alívio, etc." e a menor no item 40 "... avaliar a dor do cliente, a intervalos regulares, em SOS sempre que considere pertinente, através de uma escala da dor (por ex: a "Escala Visual Analógica" - EVA)". O valor de correlação do item com o total corrigido (com exclusão desse item) oscila entre 0,464 e 0,670 (cf. Anexo VII – Tabela 13).

No que diz respeito ao Fator 7 – ***Gestão da Dor e Capacitação do Cliente (GDCC)***, este é composto por 4 itens (44, 45, 46 e 53) que, no seu conjunto, ostentam uma consistência

interna razoável ($\alpha=0,749$). O coeficiente de saturação dos itens neste fator oscilam entre 0,590 no item 53 e 0,716 no item 44. Através dos valores médios, apura-se que o item mais favorável é o 44 “A gestão da dor/desconforto do SCA pressupõe, entre outras, as seguintes intervenções de Enfermagem: ... ensinar o cliente sobre a dor e efeitos secundários da medicação administrada” e o de menor valor o item 45 “... monitorizar o risco de resposta negativa à analgesia controlada pelo enfermeiro”. O item com maior valor de correlação com o total corrigido (com exclusão desse item) é o item 44 ($r=0,634$) e o que mostra menor correlação com o total corrigido é o item 53 ($r=0,464$) (cf. Anexo VII – Tabela 13).

Quanto ao Fator 8 - ***Gestão de Intervenções de Enfermagem Autónomas (GIEA)***, formado por 5 itens (8, 7, 9, 6 e 1), revela uma consistência interna razoável ($\alpha=0,682$). Os coeficientes de saturação dos itens neste fator oscilam 0,456 no item 1 e 0,690 no item 8. O item com melhor índice médio é o 9 “Os enfermeiros administram terapêutica prescrita, detetam os respetivos efeitos e atuam em conformidade” e o de menor média o item 8 “Os enfermeiros em situação de emergência, agem de acordo com a qualificação e os conhecimentos que detêm”. Quanto aos valores da correlação com o total corrigido (com a exclusão do item), o mais elevado é de ($r=0,484$) no item 8 e o menor de ($r=0,347$) no item 1 (cf. Anexo VII – Tabela 13).

Por fim, no Fator 9 – ***Gestão de Intervenções de Enfermagem Interdependentes***, que abarca 4 itens (35, 34, 36 e 33), correspondendo a um valor de α do fator de 0,623, que indica uma razoável consistência interna. Os coeficientes de saturação dos itens neste fator oscilam 0,487 no item 33 e 0,663 no item 35. Conclui-se, pelos valores médios, que a maior média se situa no item 36 “Colher amostra de sangue arterial, venoso ou capilar, conforme prescrição médica (análise aos marcadores bioquímicos de necrose miocárdica, p. ex.)” e a menor nos itens 33 “Gerir a oxigenoterapia” e 34 “Monitorizar valores de SpO2 com oxímetro de pulso”. O valor de correlação do item com o total corrigido (com a exclusão do item) varia entre $r=0,335$ no item 33, e $r=0,444$ no item 34 (cf. Anexo VII – Tabela 13).

O alfa total da questionário com a exclusão dos 14 itens é muito elevado (0,93) o que traduz uma elevada consistência interna (cf. Anexo VII – Tabela 13).

Análise Fatorial Confirmatória do Questionário de Conhecimentos acerca das Intervenções Autónomas de Enfermagem Face ao Doente com Síndrome Coronário Agudo

Utilizando uma análise fatorial confirmatória, com recurso a um *software* de modelização de equações estruturais, AMOS, foi-se confirmar a estrutura fatorial de 9 fatores encontrada com a análise fatorial exploratória. A análise fatorial confirmatória (AFC) é uma técnica estatística que tem vindo a complementar a técnica mais tradicional da análise fatorial exploratória (AFE). O método exploratório deve ser usado quando não há informação prévia sobre a estrutura fatorial, enquanto o método confirmatório deve usar-se quando existe informação sobre a estrutura fatorial que é preciso confirmar. As estatísticas de adequação ou de ajustamento do modelo na AFC permitem determinar se a atribuição dos itens a cada um dos fatores é aceitável, se os fatores em estudo se relacionam entre si, permitindo ainda saber a magnitude dessas correlações. A adequação do modelo pode ser avaliada por um conjunto de índices de ajustamento, tendo-se usado neste estudo os seguintes: X^2/Gl , CFI, GFI, RMSEA, RMR.

Observando as medidas de ajustamento encontradas para a estrutura de 9 fatores e confrontando com os respetivos valores de referência, constata-se que segundo o X^2/gl (valor entre 2 e 5) e o CFI e GFI (valores entre 0,80 e 0,90) o ajustamento é aceitável. Segundo o RMSEA (valor entre 0,05 e 0,10) o ajustamento é bom. O valor de RMR por seu turno é baixo e próximo de zero. Pode-se assim concluir que a estrutura de 9 fatores encontrada com a análise fatorial confirmatória se revela ajustada quando testada com a análise fatorial confirmatória (cf. Anexo VII – Tabela 14).

Uma das medidas mais usadas para avaliar a fidelidade de um questionário é o Alpha de Cronbach, no entanto há autores que sugerem uma medida alternativa quando se utiliza uma análise fatorial confirmatória: **Fidelidade Compósita**: Calculada a partir dos fator Loadings standardizados obtidos a partir da AFC:

$$CR = \frac{(\sum \lambda_i)^2}{(\sum \lambda_i)^2 + \sum Var(\varepsilon_i)}$$

Este valor deve ser acima de 0,70. Como se pode constar na tabela a fidelidade compósita é superior a 0,70 em quase todos os fatores, sendo a exceção os fatores 9 (0,689) e fator 9 (0,630).

Para estudar a Validade Convergente, que ocorre quando os itens de um fator saturam fortemente nesse fator, Fornell e Larcker (1981) propuseram avaliar a validade convergente através da Variância Extraída Média (VEM) de cada fator (soma dos quadrado dos fator loadings a dividir pelo número de itens). Devendo o VEM deve ser \geq 0,50. Observando a tabela constata-se que apenas os fatores 1, 2 e 5 têm valores acima de 0,50. O Valor mais baixo é o referente ao fator 9 (0,259) que também tinha revelado uma fidelidade compósita abaixo de 0,70 (cf. Anexo VII – Tabela 15).

Estudou-se também a validade discriminante do questionário. A validade discriminante no contexto da Análise Fatorial Confirmatória avalia se os itens que pertencem a um fator não estão correlacionados com outro fator. Pode ser demonstrada pela verificação da seguinte condição: os VEM dos fatores serem iguais ou superiores ao quadrado da correlação entre esses fatores. Observando o quadrado das correlações entre os pares de fatores, constata-se que quase todos são inferiores aos VEM dos fatores respetivos o que atesta a validade discriminante do questionário (cf. Anexo VII – Tabela 16).

Estudo das Qualidades Psicométricas para o presente estudo do Questionário de Eficácia Clínica e Prática Baseada em Evidências (QECPE-20)

Validade de Constructo - Análise Fatorial Confirmatória

Utilizando uma análise fatorial confirmatória, com recurso a um *software* de modelização de equações estruturais, AMOS, foi-se confirmar a estrutura fatorial de 3 fatores do questionário original.

Um dos modelos foi testada com a totalidade dos itens do questionário original e outro com a eliminação do item 18. Constatou-se que com eliminação do item 18 as medidas de ajustamento melhoram consideravelmente. A análise fatorial confirmatória de 2ª ordem referente ao modelo sem o item 18, encontra-se representada na Figura 4.

Observando as medidas de ajustamento para o questionário original (com item 18) constata-se que o valor do X^2/gf revela um mau ajustamento (5,004) e o RMSEA também revela um valor inaceitável (0,104), os valores de CFI (0,864) e GFI (0,803) são

considerados aceitáveis. Retirando o item 18 o valor do $X^2/g1$ torna-se aceitável (2,030), e o RMSEA bom (0,053). Os valores de CFI (0,967) e GFI (0,926) passam a traduzir um ajustamento bom ou muito bom. Optou-se assim neste estudo por retirar o item 18 do Fator 3 que se refere aos *Conhecimentos/habilidades e competências* (cf. Anexo VII – Tabela 17).

Foi-se de seguida analisar a estatística descritiva de cada item do questionário (média e desvios padrão) e as correlações obtidas entre cada item e o total corrigido de cada subescala (com a exclusão do item), além disso estudou-se também a fidelidade do questionário nomeadamente a consistência interna, calculando-se o Alpha de Cronbach de cada subescala e para o total global (cf. Anexo VII – Tabela 18).

No **Fator 1 – Práticas** verifica-se, pelos valores médios, homogeneidade nas respostas dadas aos diferentes itens uma vez que se obteve uma pontuação que oscila entre os 4,97 no item 1 e 5,60 no item 4. O coeficiente de Alpha de Cronbach obtido neste fator foi de 0,881, indicando uma boa consistência interna. Constata-se ainda que nenhum dos itens ao ser eliminado conduz a um aumento da consistência interna do fator. O maior valor de correlação do item com o total do fator corrigido situa-se no item 2 ($r=0,766$) com uma variabilidade de 65,3% e o que apresenta menor correlação é o item 6 ($r=0,601$), com uma percentagem de variância explicada de 43,4% (cf. Anexo VII – Tabela 18).

Em relação ao **Fator 2 – Atitudes**, infere-se, pelos valores médios, que a menor média se situa no item 7 “Não me agrada que a minha prática clínica seja questionada/ Acolho com agrado as perguntas sobre a minha prática” com 5,98 e a maior no item 8 com 6,50 “A prática com base em evidências é uma perda de tempo/ A prática baseada em evidências é essencial à prática”. Quanto aos valores da correlação de cada item com o total corrigido do fator (com exclusão desse item), o mais elevado é de $r=0,536$ no item 8 e o menor de $r=0,507$ no item 9, com uma variabilidade de 28,7% e 25,9%, respetivamente. O coeficientes de alpha de Cronbach neste fator é de $\alpha=0,701$ revelando uma razoável consistência interna. Verifica-se ainda que nenhum item deste questionário ao ser eliminado conduziria ao aumento do Alpha de Cronbach do fator (cf. Anexo VII – Tabela 18).

Ao analisar-se o **Fator 3 – Conhecimentos/habilidades e competências**, pelos valores médios, constata-se que o item mais favorável recai é o 15 “Capacidade de identificar lacunas na sua prática profissional” e o menos favorável o item 13 “Conversão das suas necessidades de informação numa pergunta de investigação”. O Alpha total do fator (0,934) revela uma consistência interna muito elevada. Relativamente à correlação de

cada item com o total do fator corrigido (com exclusão do item) o maior valor de correlação situa-se no item 16 ($r=0,803$) com uma variabilidade de 69,8% e o que apresenta menor correlação é o item 11 ($r=0,603$) com uma percentagem de variância explicada de 47,0% (cf. Anexo VII – Tabela 18).

A matriz de correlação de Pearson entre os diversos fatores do questionário revela, na globalidade, valores positivos e significativamente correlacionados. Perante estes resultados, apura-se que o aumento ou diminuição dos índices da eficácia clínica e prática baseada em evidências num dos fatores se encontra associado ao aumento ou diminuição nos índices nos restantes fatores (cf. Anexo VII – Tabela 19).

Análise inferencial - Eficácia Clínica e Prática Baseada em Evidências (QECPBE-20)

Iniciou-se a análise inferencial ao Questionário de Eficácia Clínica e Prática Baseada em Evidências (QECPBE) comparando os 3 fatores entre si para averiguar a existência de diferenças significativas entre eles. Os scores dos fatores e o score total do questionário foram transformados numa escala de 0-100 no sentido de facilitar a interpretação, correspondendo uma pontuação mais elevada a uma maior eficácia clínica.

Os resultados referentes à eficácia clínica e prática baseada em evidências indicam que, no total da amostra, o mínimo e o máximo oscilam entre 26,32 e 100, correspondendo-lhe uma média de $75,04 \pm 12,86$. Tendo em conta as três dimensões do questionário, o teste ANOVA para amostras repetidas revelou a existência de diferenças significativas entre os fatores ($F=329,767$, $p = 0,000$), revelando o teste post hoc diferenças entre todos os pares de dimensões entre si. Verifica-se que a dimensão que apresenta um valor médio mais elevado é a das Atitudes ($M=86,86 \pm 14,08$), seguida da dimensão *Conhecimentos/habilidades e competências* ($M= 73,37 \pm 14,21$) sendo a que menor média apresenta a dimensão *Práticas* ($M=71,92 \pm 18,85$) (cf. Anexo VII – Tabela 20).

VARIÁVEIS SÓCIO DEMOGRÁFICAS VS RESULTADOS QECPBE-20

De seguida foi-se averiguar se os resultados do QECPBE-20 variam em função das variáveis sócio demográficas sexo e idade.

Sexo Vs Resultados QECPBE-20

O teste t de Student revelou a existência de diferenças significativas entre sexo feminino e masculino nas práticas (F-70,92, M- 75,11), nos conhecimentos/habilidades e competências (F-72,79, M – 75,21) e no total do questionário (F-74,42, M – 77,03) revelando o sexo masculino médias ligeiramente mais elevadas (cf. Anexo VII – Tabela 21).

Idade Vs Resultados QECPBE-20

A Anova One way não revelou a existência de diferenças estatisticamente significativas entre as 3 faixas etárias nos resultados do QECPBE-20, revelando as diferentes faixas etárias médias idênticas (cf. Anexo VII – Tabela 22).

CARACTERÍSTICAS ACADÉMICAS/PROFISSIONAIS VS RESULTADOS QECPBE-20

De seguida foi-se averiguar se os resultados do QECPBE-20 variam em função de variáveis académicas e profissionais. As variáveis consideradas foram: habilitações profissionais, habilitações académicas, tempo de exercício profissional, título profissional, área de especialização em enfermagem e função exercida.

Habilitações Profissionais Vs Resultados QECPBE-20

A Anova One Way não revelou a existência de diferenças significativas entre os 3 grupos com diferentes formações profissionais nos resultados do QECPBE-20, revelando os grupos médias idênticas (cf. Anexo VII – Tabela 23).

Habilitações Académicas Vs Resultados QECPBE-20

O teste t de Student revelou que o grupo com Mestrado/Doutoramento revela uma média estatisticamente superior à do grupo com bacharelato/licenciatura nas dimensões: práticas

e conhecimentos/habilidades e competências bem como no total do QECPE-20 (cf. Anexo VII – Tabela 24).

Tempo de Exercício Profissional Vs Resultados QECPE-20

O teste Anova One way não revelou a existência de diferenças significativas entre os 3 grupos com diferentes tempos de experiência nas 3 dimensões e no total do QECPE-20, revelando os grupos médias idênticas (cf. Anexo VII – Tabela 25).

Título Profissional Vs Resultados QECPE-20

O teste t de Student para amostras independentes indica que os enfermeiros especialistas têm uma média significativamente mais elevada do que os enfermeiros na dimensão atitudes, não diferindo os dois grupos nas outras duas dimensões e no total do QECPE-20 (cf. Anexo VII – Tabela 26).

Especialidade em Enfermagem Vs Resultados QECPE-20

A estatística inferencial apenas detetou um efeito significativo na dimensão práticas, tendo o post hoc detetado que as especialidades médico cirúrgica e saúde materna e obstetrícia têm as médias mais altas, não diferindo entre si, e diferindo significativamente de todas as outras especialidades. No total do QECPE-20, o resultado está no limiar da significância havendo a tendência referida anteriormente relativas às duas especialidades com melhores resultados e que se destacam das restantes (cf. Anexo VII – Tabela 27).

Função Exercida Vs Resultados QECPE-20

A Anova One Way revelou um efeito significativo na dimensão Atitudes, tendo o teste post hoc revelado uma diferença significativa entre o grupo dos enfermeiros generalistas (M-85,98) e os seguintes grupos: enfermeiros especialistas (M-88,79) e enfermeiros com cargos de liderança (M-91,9) tendo estes dois últimos grupos revelado melhores resultados. Nas outras dimensões e total do QECPE-20, não houve diferenças estatisticamente significativas entre as diferentes funções.

De destacar que o grupo de enfermeiros com funções de investigação/docência por ser muito reduzido (apenas 3 sujeitos) não entrou na estatística inferencial, contudo observando a ultima coluna da tabela com a estatística descritiva para esta função

constata-se que tem médias muito elevadas comparativamente com os outros grupos em todas as dimensões e total do QCEPBE-20, são contudo necessários mais estudos com uma amostra maior de sujeitos com este tipo de funções para se poder tirar conclusões (cf. Anexo VII – Tabela 28).

CONHECIMENTOS ACERCA DAS INTERVENÇÕES AUTÓNOMAS DE ENFERMAGEM FACE AO DOENTE COM SÍNDROME CORONÁRIO AGUDO (CIAEFDSCA)

A análise inferencial dos Conhecimentos acerca das Intervenções Autónomas de Enfermagem Face ao Doente com Síndrome Coronário Agudo para os 9 fatores que o integram possibilitou averiguar a existência de diferenças significativas entre eles. Os scores dos fatores e o score total do questionário foram transformados numa escala de 0-100 no sentido de facilitar a interpretação, correspondendo uma pontuação mais elevada a um maior conhecimento. Considera-se que resultados entre 0-49% revelam conhecimentos insuficientes, resultados entre 50 e 74% - conhecimentos razoáveis e resultados iguais ou acima de 75% resultados bons.

A ANOVA para amostras repetidas revelou um efeito significativo, tendo o teste post hoc revelado a existência de diferenças significativas entre todas as dimensões entre si. As estatísticas relativas aos conhecimentos acerca das intervenções autónomas de enfermagem face ao doente com síndrome coronário agudo indicam que os enfermeiros apresentam índices mais elevados em relação à Gestão Documental da Dor e do Bem-Estar do Cliente (GDDBC) ($\bar{x}=95,07\pm9,08$), à Gestão de Cuidados Percecionados para a Autonomia do Cliente (GCPAC) ($\bar{x}=94,18\pm9,92$) e em relação à Gestão de Intervenções de Enfermagem Interdependentes ($\bar{x}=94,18\pm9,92$). Os participantes pontuaram menos na causa de estigma e discriminação ($\bar{x}=92,62\pm11,54$), sugerindo mais conhecimentos nestes fatores. O valor médio mais baixo é registado na Gestão de Protocolos Terapêuticos Complexos (F.I.A.P. - H.) ($\bar{x}=59,59\pm26,61$) (cf. Anexo VII – Tabela 29). Os participantes pontuaram na globalidade com um score mínimo observado de 40,12 e máximo de 97,09, sendo 84,13 o valor médio obtido.

VARIÁVEIS SÓCIO DEMOGRÁFICAS VS RESULTADOS QCIAEFDSCA

Sexo Vs Resultados QCIAEFDSCA

O teste t de Student revelou a existência de diferenças estatisticamente significativas entre sexo feminino e masculino nos fatores 2, 3 e 4.

Constata-se que os enfermeiros do sexo masculino revelam mais conhecimentos acerca das intervenções autónomas de enfermagem face ao doente com síndrome coronário agudo no que se refere à Gestão de Protocolos Terapêuticos Complexos (F.I.A.P. - H.) ($p=0,024$) e relativamente aos Procedimentos Iniciais de Avaliação do Cliente (PIAC) ($p=0,001$), enquanto os enfermeiros do sexo feminino revelam mais conhecimentos na Gestão do Risco e Prevenção de Eventos Adversos (GRPEA) ($p=0,015$). O teste t de Student não revelou a existência de diferenças significativas entre sexo feminino e masculino nas outras dimensões e total do questionário (cf. Anexo VII – Tabela 30).

Idade Vs Resultados QCIAEFDSCA

A Anova One Way revelou um efeito significativo no fator 2 do QCIAEFDSCA, revelando o post hoc uma diferença significativa entre o grupo de enfermeiros com idade entre 31-40 anos e o grupo de enfermeiros com idade inferior aos 30 anos, revelando os enfermeiros mais novos menos conhecimentos ao nível da Gestão de Protocolos Terapêuticos Complexos. A Anova com correção de Welch também revelou um efeito significativo no fator 6, revelando o teste post hoc que os enfermeiros com idade inferior a 30 anos diferem significativamente dos outros dois grupos, revelando o grupo mais novo menos conhecimentos na Gestão Documental da Dor e do Bem-Estar do Cliente (GDDBC) do que os outros dois, pese embora todos os grupos tenham revelado conhecimentos elevados nesta área. Nas outras dimensões e total do QCIAEFDSCA não se verificaram diferenças significativas, sendo as médias semelhantes (cf. Anexo VII – Tabela 31).

CARACTERÍSTICAS ACADÉMICAS/PROFISSIONAIS VS RESULTADOS QCIAEFDSCA

Os scores do QCIAEFDSCA foram estudados em função de variáveis académicas e profissionais. As variáveis consideradas foram: habilitações profissionais, habilitações académicas, tempo de exercício profissional, título profissional, área de especialização em enfermagem e função exercida.

A Anova One Way revelou um efeito significativo no fator 2, tendo o teste post hoc revelado a existência de uma diferença significativa entre o grupo com pós-graduação (M-55,72) e o grupo que tem ambas as formações (pós-graduação e pós-licenciatura) (M-64,63) revelando este último grupo mais conhecimentos na Gestão de Protocolos Terapêuticos Complexos (F.I.A.P. - H.). Nos outros fatores e total do QCIAEFDSCA não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre os 3 grupos, revelando estas médias idênticas (cf. Anexo VII – Tabela 32).

Habilitações Académicas Vs Resultados QCIAEFDSCA

O teste t de Student apenas revelou uma diferença significativa no fator 9, revelando o grupo com bacharelato/licenciatura (M- 93,13) uma média ligeiramente superior à do grupo com mestrado doutoramento (M-91,07) nos conhecimentos relativos à Gestão de Intervenções de Enfermagem Interdependentes (cf. Anexo VII – Tabela 33).

Tempo de Exercício Profissional Vs Resultados QCIAEFDSCA

A estatística inferencial detetou um efeito significativo no total do QCIAEFDSCA e nos fatores 2, 5 e 6.

No fator 2 -Gestão de Protocolos Terapêuticos Complexos (F.I.A.P. - H.), fator 5- Gestão de Protocolos Terapêuticos Complexos (M.O.N.A.) e total do QCIAEFDSCA, observando os resultados do teste de post hoc, constata-se que são os enfermeiros com um tempo de exercício profissional entre os 11-20 anos os que detêm mais conhecimentos, comparativamente com os outros dois grupos. No fator 6 - Gestão da Dor e Capacitação do Cliente (GDCC), este grupo apenas difere significativamente do

grupo com experiência inferior ou igual a 10 anos, mostrando uma vez mais melhores conhecimentos nesta área (cf. Anexo VII – Tabela 34).

Título Profissional Vs Resultados QCIAEFDSCA

O teste t de Student para amostras independentes revelou a existência de uma diferença significativa entre enfermeiros e enfermeiros especialistas no fator 3 - Gestão do Risco e Prevenção de Eventos Adversos (GRPEA), no fator 6 - Gestão Documental da Dor e do Bem-Estar do Cliente (GDDBC) e no fator 8 - Gestão de Intervenções de Enfermagem Autónomas (GIEA), sendo os enfermeiros especialistas os que apresentam mais conhecimentos nestes fatores (cf. Anexo VII – Tabela 35).

Especialidade em Enfermagem Vs Resultados QCIAEFDSCA

No fator 3- Gestão do Risco e Prevenção de Eventos Adversos (GRPEA) e no total do QCIAEFDSCA verificou-se um efeito significativo, tendo o post hoc revelado que os grupos com especialidade em enfermagem comunitária e saúde materna e obstetria têm um nível de conhecimentos inferior aos dos outros grupos (cf. Anexo VII – Tabela 36).

No fator 4– Procedimentos Iniciais de Avaliação do Cliente (PIAC) a estatística inferencial também revelou um efeito significativo, tendo o post hoc revelado que os grupos com especialidade em enfermagem médico cirúrgica e enfermagem de reabilitação têm mais conhecimentos do que os outros grupos (cf. Anexo VII – Tabela 36).

No fator 9 - Gestão do Risco e Prevenção de Eventos Adversos (GRPEA) o efeito também foi significativo, tendo o post hoc revelado que o grupo com especialidade comunitária difere de todos os outros grupos, revelando menos conhecimentos nesta área (cf. Anexo VII – Tabela 36).

Função Exercida Vs Resultados QCIAEFDSCA

A Anova One way detetou um efeito significativo no fator 8 - Gestão de Intervenções de Enfermagem Autónomas (GIEA), tendo o teste post hoc revelado que o grupo de enfermeiros generalistas difere significativamente dos grupos de enfermeiros

especialistas, revelando os generalistas menos conhecimentos nesta área (cf. Anexo VII – Tabela 37).

O grupo dos enfermeiros que trabalham em investigação/docência não entraram na estatística inferencial dado terem um número de sujeitos muito reduzido (apenas 3), contudo na última coluna da tabela apresenta-se estatística descritiva podendo-se observar que as médias nos fatores 2 e 3 são muito mais baixas comparativamente com os outros grupos, enquanto nos outros fatores as médias são relativamente próximas. Contudo são precisos mais estudos com amostras maiores de enfermeiros nesta função para se poder averiguar se existem diferenças significativas relativamente a outros grupos (cf. Anexo VII – Tabela 37).

5. DISCUSSÃO

O presente estudo permitiu traçar um perfil sociodemográfico e profissional de uma amostra não probabilística por conveniência de 738 Enfermeiros inscritos na OE, maioritariamente feminina (76,0%), com uma média de 37,57 anos, prevalecendo os que se situam na faixa etária dos 31-40 anos (41,7%). Mais de metade dos enfermeiros vive com companheiro(a) (60,3%). A feminização da enfermagem pode ser justificada pela sua trajetória histórica, marcada pela predominância da força de trabalho feminina em atividades que envolvem a prestação de cuidados. A prevalência de mulheres é confirmada por vários estudos na literatura, todavia, os mesmos também indicam um ligeiro aumento do interesse dos homens pela profissão (Hirsch et al., 2014; Silva & Freitas, 2018; Ott, Thomas & Fernando, 2018).

Os dados estimam que, num total de 73912 membros ativos de enfermeiros até 31 de dezembro de 2018, eram do sexo feminino 60737 e do sexo masculino cerca de 13175, com idades compreendidas entre os 21 e os 70 anos, com predomínio de enfermeiros na faixa etária dos 31-35 anos (n=14 933), seguindo-se os que possuem entre os 36 aos 40 anos (n=11 481).

Da caracterização académica e profissional infere-se que, a maioria dos enfermeiros tem o bacharelato/licenciatura (75,1%) com frequência da formação académica no ensino superior público (62,9%) e exercício profissional no setor público (71,6%). No total da amostra, 32,5% dos enfermeiros trabalham numa organização localizada geograficamente em Lisboa e Vale do Tejo, 31,6% no Norte, 19,2% no Centro e 16,7% noutras regiões do País. Ainda de acordo com os dados da OE (2018), em relação à distribuição por Secção Regional, a grande maioria dos enfermeiros membros ativos (n=29422) pertence à Secção Regional do Sul, seguindo-se a Secção Regional do Norte (n=24294).

Constatou-se o predomínio de enfermeiros com tempo de exercício profissional inferior ou igual a 10 anos, com uma representatividade de 41,2%, com um contrato de trabalho em funções públicas por tempo indeterminado (52,7%), a praticarem um horário de trabalho roulement/rotativo (70,6%), tendo quase a totalidade da amostra (97,0%) um

regime de trabalho de tempo completo, com predomínio dos que trabalham 35 horas por semana (40,6%).

O título profissional atribuído pela OE mais prevalente (61,2%) foi o título de enfermeira(o) e 38,8% o título de enfermeira(o) especialista, dos quais a maioria tem a especialidade em enfermagem médico-cirúrgica (42,7%), seguindo-se os que possuem a especialidade em enfermagem de reabilitação (21,7%). Estes resultados corroboram os dados da OE (2018), que apontam para uma prevalência de enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação (n=4110) e em enfermagem médico-cirúrgica (n=4035). Constatou-se ainda que mais de metade da amostra (66,1%) exerce funções numa unidade de cuidados intensivos polivalentes.

O cruzamento da análise dos dados evidencia que, embora 38,8% da amostra de enfermeiros, seja detentor do título de enfermeiro especialista conferido pela OE, apenas 22,5% é reconhecido com a categoria profissional de enfermeiro especialista. No entanto, 33,9% dos primeiros afirma que, atualmente, presta cuidados no âmbito da sua especialidade, sendo ou não reconhecido como especialista no seu contexto laboral.

O estudo da relação das variáveis sociodemográficas com os conhecimentos dos enfermeiros portugueses sobre as intervenções autónomas de enfermagem face ao doente com SCA revelou que o sexo e a idade foram variáveis com relevância estatisticamente significativa. Assim, aferiu-se que os enfermeiros revelam mais conhecimentos acerca das intervenções autónomas de enfermagem face ao doente com SCA, com valores médios mais elevados na Gestão de Protocolos Terapêuticos Complexos (M.O.N.A.) e nos Procedimentos Iniciais de Avaliação do Cliente (PIAC). As enfermeiras apresentam mais conhecimentos em relação à Gestão do Risco e Prevenção de Eventos Adversos (GRPEA), onde a média foi mais elevada. Registaram-se diferenças estatisticamente significativas na Gestão de Protocolos Terapêuticos Complexos (F.I.A.P. - H.) (p=0,024), Gestão do Risco e Prevenção de Eventos Adversos (GRPEA) (p=0,015) e nos Procedimentos Iniciais de Avaliação do Cliente (PIAC) (p=0,001). Constatou-se também que os profissionais de enfermagem com idade <30 anos revelam menos conhecimentos do que os outros grupos. Os enfermeiros com idade compreendida entre os 31-40 anos e os que possuem idade >40 anos manifestam mais conhecimento em relação à Gestão Documental da Dor e do Bem-Estar do Ciente (GDDBC), seguindo-se da Gestão de Cuidados Percecionados para a Autonomia do Cliente (GCPAC), em ambos os grupos etários. Verificou-se existir relevância estatisticamente significativa na Gestão de

Protocolos Terapêuticos Complexos (F.I.A.P. - H.) ($p=0,028$) e na Gestão Documental da Dor e do Bem-Estar do Cliente (GDDBC) ($p=0,050$).

As características académicas e profissionais, o tempo de exercício, o título profissional, a especialidade e a função exercida tiveram um efeito significativo nos conhecimentos manifestados pelos enfermeiros.

Os resultados indicam que os participantes com apenas a pós-graduação ou apenas a pós-licenciatura possuem médias mais baixas comparativamente aos enfermeiros com ambas as formações (pós-graduação e licenciatura), traduzindo-se em mais conhecimentos por parte deste grupo de enfermeiros, com diferença estatisticamente significativa na Gestão de Protocolos Terapêuticos Complexos (F.I.A.P. - H.) ($p=0,037$). Os enfermeiros com mestrado/doutoramento apresentaram médias mais elevadas do que os enfermeiros com o bacharelato/licenciatura, destacando-se a Gestão de Intervenções de Enfermagem Autónomas (GIEA), registando-se diferença estatisticamente significativa entre os grupos na Gestão de Intervenções de Enfermagem Interdependentes ($p=0,035$).

Verificou-se que os enfermeiros com um tempo de exercício profissional entre os 11-20 anos têm médias mais altas comparativamente aos outros dois grupos etários (≤ 10 anos e >20 anos) em todos os fatores dos conhecimentos, incluindo o global, exceto nos Procedimentos Iniciais de Avaliação do Cliente (PIAC) que é o grupo etário mais jovem a apresentar o valor médio mais elevado. Registam-se diferenças estatisticamente significativas entre os grupos na Gestão de Protocolos Terapêuticos Complexos (F.I.A.P. - H.) ($p=0,023$), na Gestão de Protocolos Terapêuticos Complexos (M.O.N.A.) ($p=0,000$), na Gestão Documental da Dor e do Bem-Estar do Cliente (GDDBC) ($p=0,012$) e no fator global ($p=0,005$), onde foram os enfermeiros com tempo de exercício profissional entre os 11-20 anos que manifestaram mais conhecimentos.

O estudo da relação do título profissional atribuído pela OE e os conhecimentos manifestados pelos enfermeiros acerca das intervenções autónomas de enfermagem face ao doente com SCA, indica que o grupo de enfermeiros especialistas, na globalidade, apresentou médias mais elevadas do que os que têm apenas o título de enfermeiro, resultando em relevância estatisticamente significativa na Gestão do Risco e Prevenção de Eventos Adversos (GRPEA) ($p=0,005$), na Gestão Documental da Dor e do Bem-Estar do Cliente (GDDBC) ($p=0,031$) e na Gestão de Intervenções de Enfermagem Autónomas (GIEA) ($p=0,001$), onde foram os enfermeiros especialistas que exibiram mais conhecimentos.

Aferiu-se que os enfermeiros especialistas em enfermagem médico-cirúrgica e os especialistas em enfermagem de reabilitação revelaram valores de ordenação média mais elevados do que os enfermeiros de outras especialidades, com diferenças estatisticamente significativas na Gestão do Risco e Prevenção de Eventos Adversos (GRPEA) ($p=0,031$), onde foram os enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação que manifestaram mais conhecimentos e na Gestão de Intervenções de Enfermagem Autónomas (GIEA) ($p=0,018$), tendo-se destacado neste fator os enfermeiros especialistas em enfermagem de saúde materna e obstétrica.

Os enfermeiros chefes revelaram valores de ordenação média mais elevados em quase todos os fatores dos conhecimentos acerca das intervenções autónomas de enfermagem face ao doente com SCA, bem como no fator global, sugerindo mais conhecimentos, todavia, com apenas relevância estatisticamente significativa na Gestão de Intervenções de Enfermagem Autónomas (GIEA) ($p=0,002$), onde pontuaram mais os enfermeiros especialistas.

Na sua larga maioria, cerca de 651 dos 738 enfermeiros portugueses revelaram bons conhecimentos (88,2%) em quase todos os 9 fatores de avaliação dos conhecimentos e no fator global apresentando, no entanto, conhecimentos razoáveis de maior significância no fator 2 – Gestão de Protocolos Terapêuticos Complexos (F.I.A.P. – H.) e no fator 4 – Procedimentos Iniciais de Avaliação do Cliente (PIAC) com 40,7% e 49,3%, respetivamente. Paralelamente, também foi nos itens do fator 2 - Gestão de Protocolos Terapêuticos Complexos (F.I.A.P. – H.) e nos itens 20 e 22 do fator 5 - Gestão de Protocolos Terapêuticos Complexos (M.O.N.A.) que os enfermeiros pontuaram com menos respostas corretas sugerindo, que a gestão de protocolos terapêuticos na abordagem ao doente com SCA poderá ser a grande lacuna identificada nos conhecimentos dos enfermeiros portugueses incluídos na amostra deste estudo.

Complementando os resultados da análise inferencial apresentados anteriormente, verificou-se que os enfermeiros apresentaram, na sua globalidade uma maior percentagem de bons conhecimentos relativamente à percentagem de bons conhecimentos das enfermeiras (89,8% Vs 87,7%), sobressaindo-se os enfermeiros nos conhecimentos do fator 2 – Gestão de Protocolos Terapêuticos Complexos (F.I.A.P. – H.) e no fator 4 – Procedimentos Iniciais de Avaliação do Cliente (PIAC) e as enfermeiras nos conhecimentos do fator 3 – Gestão do Risco e Prevenção de Eventos Adversos (GRPEA).

No que concerne à comparação dos grupos etários com os resultados do QCIAEFDSCA obteve-se que os enfermeiros com idade compreendida entre 31 e 40 foram os que apresentaram uma maior percentagem de bons conhecimentos (89,3%), sendo estes significativos nos fatores 2, 4, 5, 9 e no fator global dos conhecimentos. Seguindo-se os enfermeiros com idade inferior ou igual a 30 anos com uma percentagem de bons conhecimentos de 87,8%, com relevância no fator 3 e no fator 8 e os enfermeiros com mais de 40 anos de idade com uma percentagem de bons conhecimentos de 87,1%, sendo mais expressivos nos fatores 6 e 7. Estes resultados sugerem que, consoante a idade, a tipologia de conhecimentos dos enfermeiros mais presente ou de maior identificação é variável dando, estes, maior importância e/ou valorização a uns em detrimento dos outros, em determinada altura da sua vida profissional. Enquanto os enfermeiros do grupo etário intermédio (31- 40 anos), privilegiam e demonstram melhores conhecimentos ao nível da gestão dos protocolos terapêuticos, nos procedimentos iniciais de avaliação do cliente e na gestão das intervenções de enfermagem interdependentes, talvez pela vivência de um número significativo de situações críticas que os fizeram aprender a detetar, por exemplo, mais eficazmente alguma reação adversa medicamentosa ou alguma alteração do ponto de vista hemodinâmico do doente, os enfermeiros mais novos atribuem um maior reconhecimento e/ou necessidade de conhecimentos na gestão do risco e prevenção de eventos adversos, talvez pela presença de uma pequena experiência profissional que os leve a acautelar de um modo mais preciso e permanente tudo aquilo que esteja relacionado com a sua atividade por outro lado, os enfermeiros mais velhos (>40 anos) dão particular atenção à necessidade do controlo sintomático relacionado com a dor, bem como a todo o bem-estar do doente e à gestão documental do que planeiam, executam e avaliam.

Relativamente às habilitações profissionais e académicas constatou-se que são os enfermeiros portadores de pós-licenciatura e pós-graduação que possuem melhor percentagem de bons conhecimentos (94,8%) relativamente aos enfermeiros que possuem isoladamente cada uma delas, respetivamente (90% Vs 93,2%). No entanto, no campo das habilitações académicas, foram os enfermeiros com bacharelato/licenciatura com apresentaram uma maior percentagem de bons conhecimentos relativamente aos enfermeiros com mestrado/doutoramento (89,0% Vs 85,9%).

Os conhecimentos dos enfermeiros tendo em comparação os 3 grupos de experiência profissional que foram criados revelou que, os enfermeiros com um tempo de exercício profissional compreendido entre os 11 e os 20 anos foi o grupo que apresentou maior

percentagem de bons conhecimentos (92,2%) em todos os fatores de avaliação dos conhecimentos, incluindo o fator global, seguindo-se os enfermeiros com um tempo de exercício profissional inferior ou igual a 10 anos com 87,2% e os enfermeiros com mais de 20 anos de experiência com uma percentagem final de bons conhecimentos de cerca de 85,1%.

No que concerne ao título profissional, os enfermeiros especialistas apresentam maior percentagem de bons conhecimentos comparativamente com os enfermeiros generalistas, sobretudo no fator 3 – Gestão do Risco e Prevenção de Eventos Adversos (GRPEA), no fator 6 – Gestão Documental da Dor e do Bem-Estar do Cliente (GDDBC) e no fator 8 – Gestão de Intervenções de Enfermagem Autónomas (GIEA) (F3: Generalistas – 85,2% Vs Especialistas – 87,8%; F6: Generalistas – 95,8% Vs Especialistas – 98,3%; F8: Generalistas – 89,8% Vs Especialistas – 93,4%). Observando também, as percentagens de bons conhecimentos, pelo tipo de especialidade de enfermagem, denota-se que os enfermeiros de reabilitação apresentaram, globalmente, o melhor valor percentual relativamente aos bons conhecimentos (93,5%), seguindo-se imediatamente os enfermeiros de enfermagem médico-cirúrgica com 92,6%. No entanto, foram estes últimos que apresentaram melhor valorização no fator 2 – Gestão de Protocolos Terapêuticos Complexos (F.I.A.P. – H.), no fator 4 – Procedimentos Iniciais de Avaliação do Cliente (PIAC) e no fator 8 - Gestão de Intervenções de Enfermagem Autónomas (GIEA) evidenciando, neste sentido, a importância da presença de um enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na abordagem do doente com SCA como o profissional de enfermagem que, de uma forma eficaz, será portador de um conjunto de competências específicas para o qual foi treinado e segundo sob a sua “única e exclusiva iniciativa e responsabilidade” presta cuidados autónomos à pessoa em situação crítica, neste caso, o doente com SCA, de acordo com as competências e qualificações específicas profissionais que detém (Decreto-Lei N.º 161/96, p. 2961). Na mesma linha de pensamento e corroborando os estudos de Nikolaou et al. (2015), Ouch et al. (2017) e Ibanez et al. (2018) é fundamental referir-se que o atendimento precoce, eficaz e em tempo útil dos doentes com SCA pode trazer reconhecidas e significativas melhorias na saúde dos mesmos porque, precisamente, o treinamento e a adoção de intervenções autónomas de enfermagem nos primeiros momentos de avaliação destes doentes por um profissional de enfermagem fortemente habilitado, permitirá a deteção precisa de sinais de alarme e/ou de complicação, seja no contexto do pré-hospitalar ou numa instituição de saúde, implementando de imediato um conjunto de medidas que permitam resolver ou

minorar os problemas reais identificados e evitar, por exemplo, o surgimento de arritmias cardíacas fatais e o surgimento de défices permanentes colocando em causa a qualidade de vida e de bem-estar, assim como a capacidade ativa que o doente poderia, até aquele momento, constituir no seio da sua sociedade e, em último caso, no evitar da própria morte do doente com SCA (OE, 2018).

O estudo da relação das variáveis sociodemográficas com as componentes estruturais da PBE (Práticas, Atitudes e Conhecimentos/Habilidades e Competências), aferiu que a única variável sociodemográfica com relevância estatisticamente significativa é o sexo. Os enfermeiros do sexo masculino revelaram valores de ordenação média mais elevados em todas as dimensões, com destaque para as Práticas, com diferenças estatisticamente significativas nas Práticas ($p=0,008$), nos Conhecimentos/habilidades e competências ($p=0,049$) e na Eficácia Clínica e PBE total ($p=0,018$).

Da relação das características académicas/profissionais com as componentes estruturais da PBE (Práticas, Atitudes e Conhecimentos/Habilidades e Competências) dos enfermeiros salienta-se que, as habilitações académicas, o título profissional, a especialidade e a função exercida foram variáveis com relevância estatisticamente significativas. Assim, infere-se que os enfermeiros com o mestrado/doutoramento manifestaram mais auto-eficácia clínica e PBE percebidas, com valores de ordenação média mais elevados em todas as dimensões e no total, com relevância estatisticamente significativa em todas as dimensões ($p<0,05$). Verificou-se também que os enfermeiros especialistas revelaram melhores práticas, atitudes e mais conhecimentos/habilidades e competências, com valores altos de eficácia clínica e PBE total, com diferença estatisticamente significativa nas Atitudes ($p=0,036$). Aferiu-se que os enfermeiros com a especialidade em enfermagem médico-cirúrgica revelaram melhores práticas e atitudes, mais conhecimentos/habilidades e competências e mais eficácia clínica e PBE total, comparativamente com as outras áreas de especialidade em enfermagem. Os especialistas em enfermagem de saúde materna e obstétrica obtiveram melhores práticas, onde se registou relevância estatisticamente significativa ($p=0,015$). Apurou-se ainda que foram os enfermeiros a exercerem funções de investigação/docência são aqueles que patentearam melhores práticas e atitudes, com diferenças estatisticamente significativas nas atitudes ($p=0,048$). Os enfermeiros a desempenhar cargos com funções de liderança foram aqueles que manifestaram maiores valores de ordenação média nos conhecimentos/habilidades e competências e eficácia clínica e PBE total.

Procurou-se averiguar se os conhecimentos dos enfermeiros portugueses acerca das intervenções autónomas no doente com SCA são preditores da PBE, tendo-se constatado que a Gestão de Cuidados Percecionados para a Autonomia do Cliente (GCPAC), a Gestão do Risco e Prevenção de Eventos Adversos (GRPEA), os Procedimentos Iniciais de Avaliação do Cliente (PIAC) e a Gestão de Intervenções de Enfermagem Autónomas (GIEA) foram fatores preditores da PBE.

As Práticas (PBE) são preditoras da Gestão de Protocolos Terapêuticos Complexos (F.I.A.P. - H.), da Gestão do Risco e Prevenção de Eventos Adversos (GRPEA), dos Procedimentos Iniciais de Avaliação do Cliente (PIAC), da Gestão de Protocolos Terapêuticos Complexos (M.O.N.A.), da Gestão Documental da Dor e do Bem-Estar do Cliente (GDDBC), da Gestão da Dor e Capacitação do Cliente (GDCC), bem como do fator global.

As Atitudes (PBE) são preditoras da Gestão de Cuidados Percecionados para a Autonomia do Cliente (GCPAC), da Gestão do Risco e Prevenção de Eventos Adversos (GRPEA), dos Procedimentos Iniciais de Avaliação do Cliente (PIAC), da Gestão de Protocolos Terapêuticos Complexos (M.O.N.A.), da Gestão Documental da Dor e do Bem-Estar do Cliente (GDDBC), da Gestão da Dor e Capacitação do Cliente (GDCC), da Gestão de Intervenções de Enfermagem Autónomas (GIEA), da Gestão de Intervenções de Enfermagem Interdependentes (GIEI) e do fator global.

Os Conhecimentos (PBE) são preditores da Gestão do Risco e Prevenção de Eventos Adversos (GRPEA), da Gestão de Intervenções de Enfermagem Autónomas (GIEA) e do fator global.

6. CONCLUSÕES

O rationale teórico deste estudo, tornou possível que se concretizasse uma questão à investigação, de carácter amplo, generalista, que posteriormente, no capítulo da metodologia foi frequentemente representada através de objetivos específicos que permitiram desenhar as hipóteses de investigação em estudo, que serviram não só de leme à orientação do desenvolvimento metodológico, ao acesso aos respetivos resultados como também permitiram que, chegado este momento de tirar conclusões, se possam apresentar de forma clara e concisa, as hipóteses específicas e os respetivos resultados. Os principais resultados desta investigação permitiram, portanto, responder às questões de investigação, chegando a um conjunto de conclusões:

H1 – Existe relação entre as variáveis sociodemográficas e os conhecimentos dos enfermeiros portugueses acerca das intervenções autónomas no doente com SCA.

Confirmou-se esta hipótese para as variáveis sexo e idade:

a. O sexo masculino apresenta valores estatisticamente significativos, no Fator 2 - Gestão de Protocolos Terapêuticos Complexos (F.I.A.P. - H.) ($p = 0,024$) e no Fator 4 - Procedimentos Iniciais de Avaliação do Cliente (PIAC) ($p = 0,001$). Já o sexo feminino revelou significância estatística no Fator 3 - Gestão do Risco e Prevenção de Eventos Adversos (GRPEA) ($p = 0,015$) (cf. Anexo VII - Tabela 30).

b. Verificou-se efeito estatisticamente significativo ao nível do Fator 2 - Gestão de Protocolos Terapêuticos Complexos (F.I.A.P. - H.) ($p = 0,028$) e do Fator 6 - Gestão Documental da Dor e do Bem-Estar do Cliente (GDDBC) ($p = 0,050$): o grupo dos enfermeiros com 31-40 anos, apresentou valores de ordenação média mais elevados para o F2 ($M = 62,33$) e os mais velhos (>40 anos) valores médios mais elevados para o F6 ($M = 95,70$) (cf. Tabela 31);

H2 – Existe relação entre as características académicas/profissionais e os conhecimentos dos enfermeiros portugueses acerca das intervenções autónomas no doente com SCA. Confirmou-se a H2 em grande parte dos fatores.

a. A variável habilitações profissionais, no grupo amostral da Pós-Graduação e da Pós-Licenciatura, apresentou relação positiva e estatisticamente significativa no Fator 2

- Gestão de Protocolos Terapêuticos Complexos (F.I.A.P. - H.) (M = 64,63; p = 0,037) comparativamente ao valor de ordenação média apresentado pelo grupo amostral da Pós-Graduação (M = 55,72) (cf. Anexo VII - Tabela 32).

b. A variável formação académica, influencia os conhecimentos, o grupo do Bacharelato/Licenciatura revelou valores médios ligeiramente superiores ao grupo do Mestrado/Doutoramento, existindo significância estatística no Fator 9 - Gestão de Intervenções de Enfermagem Interdependentes (p = 0,035), confirmando assim a H2 (cf. Anexo VII - Tabela 33).

c. O tempo de exercício profissional revelou significância estatística no Fator 2 - Gestão de Protocolos Terapêuticos Complexos (F.I.A.P. - H.) (p = 0,014), no Fator 5 - Gestão de Protocolos Terapêuticos Complexos (M.O.N.A.) (p = 0,000), no Fator 6 - Gestão Documental da Dor e do Bem-Estar do Cliente (GDDBC) (p = 0,012) e no Fator Global (p = 0,005), apresentando os enfermeiros com tempo de exercício profissional compreendido entre 11 e 20 anos, os maiores valores de ordenação média comparativamente aos restantes grupos em praticamente todos os fatores com a exceção do F4 em que pontuaram mais os enfermeiros com tempo de exercício profissional ≤ 10 anos (cf. Anexo VII - Tabela 34).

d. O título profissional revelou diferenças estatisticamente significativas inter grupos e intra grupo: os enfermeiros especialistas, comparativamente aos outros enfermeiros, apresentam melhores conhecimentos relativamente ao Fator 3 - Gestão do Risco e Prevenção de Eventos Adversos (GRPEA) (p = 0,005), ao Fator 6 - Gestão Documental da Dor e do Bem-Estar do Cliente (GDDBC) (p = 0,031) e ao Fator 8 - Gestão de Intervenções de Enfermagem Autónomas (GIEA) (p = 0,001) (cf. Anexo VII - Tabela 35). Mas, a nível intra grupo de especialistas, detetou-se significância estatística no Fator 3 - Gestão do Risco e Prevenção de Eventos Adversos (GRPEA) (p = 0,034), no Fator 4 - Procedimentos Iniciais de Avaliação do Cliente (PIAC) (p = 0,002), no Fator 9 - Gestão do Risco e Prevenção de Eventos Adversos (GRPEA) (p = 0,003) e no Fator Global (p = 0,043), o que significa que os enfermeiros especialistas em enfermagem médico-cirúrgica e os especialistas em enfermagem de reabilitação, valores de ordenação maioritariamente maiores que as restantes especialidades (cf. Anexo VII - Tabela 36).

e. Relativamente à função exercida: os enfermeiros especialistas apresentaram valores de ordenação médios, significativamente superiores aos restantes grupos, ao nível do Fator 8 - Gestão de Intervenções de Enfermagem Autónomas (GIEA) (p = 0,027) (cf. Anexo VII - Tabela 37).

H3 – Existe relação entre as variáveis sociodemográficas dos enfermeiros portugueses e a PBE. Confirmou-se a Hipótese para a variável sexo.

a. Os valores de ordenação média foram elevados, a nível global, tanto para o sexo feminino ($M = 74,42$) como para o sexo masculino ($M = 77,03$), revelando diferenças estatisticamente significativas nas Práticas ($p = 0,008$), nos Conhecimentos/Habilidades e Competências ($p = 0,049$) e no fator global da PBE ($p = 0,018$) (cf. Anexo VII - Tabela 21).

b. A idade, não confirmou H2, não relatando diferenças estatisticamente significativas, apesar dos valores de ordenação médios elevados em todos os grupos etários (cf. Anexo VII - Tabela 22).

H4 – Existe relação entre as características académicas/profissionais dos enfermeiros portugueses e a PBE.

a. No plano académico, o grupo do Mestrado/Doutoramento revelou valores de ordenação média mais elevados que o grupo do Bacharelato/Licenciatura nas componentes estruturais da PBE e no fator global da PBE com relevância estatisticamente significativa nas Práticas ($p = 0,040$), nos Conhecimentos/Habilidades e Competências ($p = 0,001$) e no Fator Global da PBE ($p = 0,001$) (cf. Anexo VII - Tabela 24).

b. O título profissional revelou diferenças estatisticamente significativas, a nível inter e intra grupo: os enfermeiros especialistas apresentaram valores de ordenação média mais elevados nas componentes estruturais da PBE e do Fator Global, comparativamente com os generalistas, destacando-se a relevância significativa presente nas Atitudes ($p=0,036$) (cf. Anexo VII - Tabela 26). No grupo amostral da especialidade em enfermagem, verificou-se significância estatística nos enfermeiros especialistas em enfermagem médico-cirúrgica e em saúde materna e obstétrica: estes dois sub-grupos, apresentam valores de ordenação média mais elevados na componente estrutural da PBE – Práticas e no Fator Global da PBE, comparativamente às restantes áreas de especialidade em enfermagem, com relevância estatisticamente significativa nas Práticas ($p = 0,015$) (cf. Anexo VII - Tabela 27).

c. Relativamente à função exercida foram os enfermeiros com funções de cargos de liderança ($M = 91,90$) e os enfermeiros especialistas ($M = 88,79$) que apresentaram valores de ordenação média superiores ao grupo dos generalistas ($M = 85,98$) com relevância estatisticamente significativa nas Atitudes ($p = 0,048$) (cf. Anexo VII - Tabela 28).

H5 – Existe relação preditiva entre os conhecimentos dos enfermeiros portugueses acerca das intervenções autónomas no doente com SCA e a PBE. H5 foi confirmada.

a. Os valores de relação apresentados, permitem inferir que o Fator 3 - Gestão do Risco e Prevenção de Eventos Adversos (GRPEA) ($p = 0,023$), o Fator 4 – Procedimentos Iniciais de Avaliação do Cliente (PIAC) ($p = 0,050$) e o Fator 8 - Gestão de Intervenções de Enfermagem Autónomas (GIEA) ($p = 0,023$) manifestam poder explicativo sobre a componente estrutural da PBE – Práticas (cf. Anexo VII - Tabela 56).

b. A variável sexo também se revelou preditora das práticas sendo os enfermeiros do sexo masculino os que revelaram melhores resultados nas práticas ($p = 0,022$) (cf. Anexo VII - Tabela 56). O Fator 1 – Gestão de Cuidados Percecionados para a Autonomia do Cliente (GCPAC) ($p = 0,018$), o Fator 6 – Gestão Documental da Dor e do Bem-Estar do Cliente (GDDBC) ($p = 0,001$) e o Fator 8 - Gestão de Intervenções de Enfermagem Autónomas (GIEA) ($p = 0,000$) revelaram poder explicativo relativamente à componente estrutural da PBE – Atitudes (cf. Anexo VII - Tabela 56).

c. O Fator 3 - Gestão do Risco e Prevenção de Eventos Adversos (GRPEA) ($p = 0,026$) e o Fator 8 - Gestão de Intervenções de Enfermagem Autónomas (GIEA) ($p = 0,000$) demonstraram poder explicativo perante a componente estrutural da PBE – Conhecimentos (cf. Anexo VII - Tabela 56).

d. À semelhança dos Conhecimentos, também tanto o Fator 3 como o Fator 8 manifestaram poder explicativo relativamente ao Fator Global da PBE (cf. Anexo VII - Tabela 56).

e. A variável sexo também se revelou preditora dos conhecimentos e do fator global sendo os enfermeiros do sexo masculino os que revelaram melhores resultados nos conhecimentos ($p = 0,046$) e no fator global da PBE ($p = 0,026$) (cf. Anexo VII - Tabela 56).

f. Neste sentido, globalmente, o Fator 8 é preditor de todas as componentes estruturais da PBE e do seu Fator Global e o Fator 3 assumiu carácter preditivo nas componentes estruturais da PBE – Práticas e Conhecimentos (cf. Anexo VII - Tabela 56).

g. Pelos coeficientes padronizados beta, verifica-se que os fatores do conhecimento dos enfermeiros que pontuaram significativamente face às componentes estruturais da PBE e ao fator global, estabelecem uma relação direta com as anteriores sugerindo que os enfermeiros com melhores níveis de conhecimentos nestes fatores possuem melhores práticas, atitudes e conhecimentos/habilidades e competências em PBE (cf. Anexo VII - Tabela 56).

H6 – Existe relação preditiva entre a PBE e os conhecimentos dos enfermeiros portugueses acerca das intervenções autónomas no doente com SCA. H6 foi confirmada.

a. Os valores expressos levam a inferir que a componente estrutural da PBE – Práticas têm poder explicativo sobre todos os fatores dos conhecimentos dos enfermeiros (incluindo o Fator Global) com exceção do Fator 1 – Gestão de Cuidados Percecionados para a Autonomia do Cliente (GCPAC), do Fator 8 - Gestão de Intervenções de Enfermagem Autónomas (GIEA) e do Fator 9 – Gestão de Intervenções de Enfermagem Interdependentes (GIEI) (cf. Anexo VII - Tabela 59).

b. A componente estrutural da PBE – Atitudes, revelou significância estatística ao inferir que as Atitudes têm poder explicativo sobre todos os fatores do conhecimentos dos enfermeiros (incluindo o Fator Global) (cf. Anexo VII - Tabela 59).

c. A componente estrutural da PBE – Conhecimentos revelou possui poder explicativo apenas do fator 3 – Gestão do Risco e Prevenção de Eventos Adversos (GRPEA) e do fator 8 - Gestão de Intervenções de Enfermagem Autónomas (GIEA) (cf. Anexo VII - Tabela 59).

d. Pelos coeficientes padronizados beta, verifica-se que as componentes estruturais da PBE e o fator global da PBE, que pontuaram significativamente face aos fatores do conhecimento dos enfermeiros e fator global dos conhecimentos, estabelecem uma relação direta com as anteriores sugerindo que os enfermeiros com melhores níveis de práticas, atitudes e conhecimentos/habilidades e competências em PBE possuem melhores conhecimentos face ao doente com SCA (cf. Anexo VII - Tabela 59).

e. Pela observação da estatística descritiva obtida da análise do QECPBE, constatamos que no que concerne às implicações para o exercício profissional dos Enfermeiros, estes, assumem claramente o F2 – Atitudes como o fator mais valorizado relativamente à PBE revelando, neste sentido, a existência de interesse desta classe profissional na mudança e no aprimorar da prática de cuidados.

Para um projeto em futuro

Todavia, e considerando tudo o atrás representado, é fundamental que tanto as instituições de saúde como as instituições académicas e/ou formativas fomentem a prática de cuidados baseada em evidências, fazendo-se munir de todas as ferramentas necessárias para proporcionar todas as condições que se almejem ser favoráveis à instituição e ao desenvolvimento destes hábitos de trabalho de cariz investigador que, como vimos, melhoram substancialmente os índices de satisfação dos doentes e da qualidade e segurança dos cuidados prestados.

Nesta linha de pensamento, é imperativa a dinamização de um plano de atuação definido pelas instituições de saúde e académico/formativas, que permita intervir a três grandes níveis:

1. Desenvolver estes conceitos nos diferentes níveis de formação académica, no âmbito do 1º e 2º ciclos de estudos de enfermagem, com particular ênfase no curso de mestrado em enfermagem médico-cirúrgica na área de enfermagem da pessoa em situação crítica;

2. Desenvolver investigação científica sobre esta temática, tanto a título académico-formativo como a título profissional *in loco*, com a realização de estudos científicos como ensaios-clínicos aleatorizados ou meta-análises, que permitiriam enaltecer o papel interventivo, autónomo e decisivo que os enfermeiros desempenham na prestação de cuidados, identificando as tarefas e ações de enfermagem no seu respetivo contexto, permitindo inferir que determinado procedimento e/ou intervenção é útil e eficaz pra o doente. Esta metodologia de análise reflexiva sobre as práticas, permitira projetar, por exemplo, níveis de recomendação de componentes executórias em contextos específicos, para níveis de eficácia e eficiências controladas.

3. Promover a formação contínua em enfermagem, em especial acuidade, nas equipas de enfermagem que potencialmente irão cuidar das pessoas com SCA. Esta é considerada uma área em constante evolução, necessitando de um acompanhamento assíduo da literatura recente, por parte dos profissionais que lidam com ela com regularidade. Todos estes esforços atencionais, perspetivam colmatar lacunas, como a falta de tempo e de recursos (tão massivamente referidas pelos enfermeiros e corroboradas na literatura inerente à PBE) que estimulem, precisamente, o desenvolvimento das práticas e dos conhecimentos/habilidades e competências que,

como vimos, evidenciaram valores médios inferiores às atitudes preferencialmente reconhecidas pelos enfermeiros deste estudo.

Como todos, também este estudo foi desenvolvido com limitações. A mais evidente, foi a relativa escassez de estudos referenciados, que contemplassem a relação entre as variáveis estudadas: os conhecimentos acerca das intervenções autónomas de enfermagem face ao doente com SCA e a PBE. Tal facto, não permitiu uma explanação mais aprofundada dos resultados, de modo a discutir e comparar as inferências descritas, mas desencadeou, por outro lado, a motivação de mais buscar e mais refletir. Consideram-se sinais positivos e desenvolvimentistas, a necessária organização dos conteúdos para a construção do QCIAEFDSCA, sua estruturação analítico-reflexiva, e o desenvolvimento do necessário estudo psicométrico para a respetiva utilização. Todavia, é de salientar pela positiva: a construção e o estudo psicométrico do instrumento de medida – QCIAEFDSCA e a análise da problemática numa amostra de 738 enfermeiros(as) originários de todo o território português, nos vários contextos de prestação de cuidados pese embora, só representem cerca de 1% do corpo de profissionais de enfermagem registados na OE em Portugal, sensivelmente.

In fine, os resultados obtidos, oferecem a oportunidade de reconhecer a existência de novas relações, novas hipóteses e propostas, como contributos de reflexão e projeção, na formação e no exercício em enfermagem, pelo que se assume esta pesquisa, como um contributo, para futuros estudos sobre o conhecimento, sobre o conhecimento dos enfermeiros portugueses e as intervenções autónomas de enfermagem.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abreu, W. (2011). *Transições e Contextos Multiculturais – contributos para a anamnese e recurso aos cuidados informais*. 2ªed. Coimbra: Formasau - Formação e Saúde. ISBN 978-989-8269-13-3.
- Albuquerque P.L., Costa L.B., Bastos B.B., & Silva Júnior G.B. (2010). Dor precordial não usual. Relato de Caso. *Revista Brasileira de Cardiologia* 23(2), 200-201. Obtido de <http://www.onlineijcs.org/english/sumario/23/pdf/v23n3a08.pdf>
- Alqahtani N, Oh K.M., Kitsantas P, & Rodan M. (2020). Nurses' evidence-based practice knowledge, attitudes and implementation: A cross-sectional study. *Journal of Clinical Nursing*; 29, 274–283. Obtido de <https://doi.org/10.1111/jocn.15097>
- Alves, T. (2015). *A Pessoa em Situação Crítica em Contexto de Urgência: Dos Cuidados de Enfermagem prestados aos Cuidados de Enfermagem documentados*. Trabalho de Projeto, Instituto Politécnico de Viana do Castelo, Escola Superior de Saúde, Viana do Castelo. Obtido de http://repositorio.ipv.pt/bitstream/20.500.11960/1342/1/Teresa_Alves.pdf
- Barbosa, A.C., Silva, A.S., Cordeiro, A.A., Ribeiro, B.N., Pedra, F.R., Borges, I.N., ... Serufo, J.C. (2010). Diagnóstico diferencial da dor torácica: ênfase em causas não coronarianas. *Revista Médicas de Minas Gerais*. 20(2 Supl 1), 24-29. Obtido de <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:-oxpbMQaviIJ:rmmg.org/exportar-pdf/1046/v20n2s1a06.pdf+&cd=1&hl=pt-PT&ct=clnk&gl=pt>
- Belguith, A.S., Beltaief, K., Msolli, M.A., Bouida, W., Abroug, H., Ben Fredj, M., ... Boubaker, H. (2018). Management of acute coronary syndrome in emergency departments: a cross sectional multicenter study (Tunisia). *BMC Emergency Medicine*; 18 (50), 2-9. doi:/10.1186/s12873-018-0201-6
- Cardoso, A.L.S., Tavares, A., & Plavnik, F.L. (2008). Aptidão física em uma população de pacientes hipertensos: avaliação das condições osteo-articulares visando a

- benefício cardiovascular. *Revista Brasileira de Hipertensão*, 15(3), 125-132.
Obtido de <http://departamentos.cardiol.br/dha/revista/15-3/04-aptidao.pdf>
- Chicória, M. (2013). *Cuidados de Enfermagem: Uma Prática Baseada na Evidência*. Dissertação de Mestrado, Coimbra. Obtido de: <https://repositorio.esenfc.pt/private/index.php?process=download&id=27656&code=210>.
- Collière, M-F. (2003). *Cuidar... A primeira arte da vida*. 2ª Edição. Loures: Lusociência.
- Conselho Internacional de Enfermeiros (2012). *Combater a desigualdade: Da evidência à ação*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Obtido de https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8904/ind-kit-2012-final-portugu%C3%AAs_vfinal_correto.pdf
- Conselho Internacional de Enfermagem. (2016). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem - Versão 2015 (Edição Portuguesa ed.)*. Lusodidacta.
- Coutinho, C. (2018). *Metodologia de Investigação em Ciências Sociais e Humanas: Teoria e Prática (2ª ed.)*. Coimbra: Almedina.
- Deborah, B., Kontos, M., Chen, A., Pollack, C., Wiviott, S., Rumsfeld, J., ... Roe, M. (2009). Utilization and Impact of Pre-Hospital Electrocardiograms for Patients With Acute ST-Segment Elevation Myocardial Infarction. *Journal of the American College of Cardiology*, 53(2), 161-166. Obtido de <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0735109708033627?via%3Dihub>
- Decreto-Lei N.º 161/96. (4 de Setembro de 1996). *Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros*. DR I Série. Obtido de <https://dre.pt/application/conteudo/241640>
- Despacho n.º 8597/2017, de 29 de setembro de 2017. *Diário da República* n.º 189/2017, Série II de 2017-09-29. Obtido de <https://dre.pt/application/conteudo/108234779>
- Dias, A. M. (2015). *Adesão ao Tratamento da Pessoa com Cardiopatia Isquémica*. Tese de Doutoramento em Ciências de Enfermagem. Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar. Porto, Portugal.

- Direção-Geral da Saúde (2015). Plano Nacional de Saúde (PNS) de 2012-2016 (extensão a 2020). Obtido de <http://pns.dgs.pt/files/2015/06/Plano-Nacional-de-Saude-Revisao-e-Extensao-a-2020.pdf.pdf>
- Direção Geral da Saúde (2016). Portugal – Doenças Cérebro-Cardiovasculares em números – 2015. In D.- G. d. Saúde (Ed.), Programa Nacional para as Doenças Cérebro Cardiovasculares. Obtido de <https://www.dgs.pt/em-destaque/portugaldoencas-cerebro-cardiovasculares-em-numeros-201511.aspx>
- Direção-Geral da Saúde (2017a). Programa nacional para as doenças cérebro-cardiovasculares. Portugal. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde. Obtido de <https://www.dgs.pt/portal-da-estatistica...saude/.../por-serie-892489-pdf.aspx?v>
- Direção-Geral da Saúde (2017b). Programas de Saúde Prioritários. Metas de Saúde de 2020. Obtido de https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/07/DGS_PP_MetasSaude2020.pdf
- European Heart Network (2017). European Cardiovascular Disease Statistics. Obtido de <http://www.ehnheart.org/cvd-statistics.html>
- Fornell, C., & Larcker, D. F. (1981). Evaluating structural equation models with unobservable variables and measurement error. *Journal of Marketing Research*, 18(1), 39–50. Obtido de <https://doi.org/10.2307/3151312>
- Fortin, M. F. (2009). *O Processo de Investigação: da conceção à realização*. Loures: Lusociência.
- Fundação Portuguesa de Cardiologia (2017). Os 10 Mandamentos para a prevenção do AVC. Obtido de <http://www.fpcardiologia.pt/wp-content/uploads/2013/08/avc.pdf>
- Hirsch, C.D., Barlem, E.L.D., Duarte, F.D., Fornari, N.C., Silva, B.R. de., & Nogário, A.C.D. (2014). Sociodemographic and academic profile of undergraduate nursing student of the Nursing School/FURG. *Journal of Nursing and Socioenvironmental Health*; 1(1), 13-18. DOI: 10.15696/2358-9884/jonse.v1n1p13-18
- Ibanez, B., James, S., Agewall, S., Antunes, M., Bucciarelli-Ducci, C, Bueno, H., ... Widimsk'y, P. (2018). ESC Guidelines for the management of acute myocardial

infarction in patients presenting with ST-segment elevation: The Task Force for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation of the European Society of Cardiology (ESC). *Eur Heart J.*; 39(2), 119–177, doi: 10.1093/eurheartj/ ehx393

INE, DGS/MS, & PORDATA. (2017). Óbitos por algumas causas de morte (%) /Indicador: Doenças do Aparelho Circulatório. Obtido de PORDATA - Base de Dados Portugal Contemporâneo. Obtido de [https://www.pordata.pt/Portugal/%C3%93bitos+por+algumas+causas+de+morte+\(percentagem\)-758](https://www.pordata.pt/Portugal/%C3%93bitos+por+algumas+causas+de+morte+(percentagem)-758)

Institute of Medicine. (2003). *Health professions education: A bridge to quality*. Washington, D.C.: National Academies; Oxford Publicity Partnership. Obtido de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK221528/>

Karki, S., Acharya, R., Budhwani, H., Shrestha, P., Chalise, P., Shrestha, U., ... Wilson, L. (2015). Perceptions and Attitudes towards Evidence Based Practice among Nurses and Nursing Students in Nepal. *Kathmandu Univ Med J* 2015;52(4):308-15. Obtido de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27423280>

Kline, R. (1998). *Principles and practice of SEM*. New York: The Guilford Press.

Lopes, L. & Santos, S. (2010). O modelo de cuidados de saúde baseados na evidência do Instituto Joanna Briggs. *Revista Referência. UNIDADE DE INVESTIGAÇÃO (UICISA-dE). II.ª Série (12), 123-133*. Coimbra, Portugal. Obtido de https://rr.esenfc.pt/rr/index.php?module=rr&target=publicationDetails&pesquisa=&id_artigo=2162&id_revista=4&id_edicao=32

Loureiro, H. (2012). *Cuidar em Enfermagem: Percepção do Adolescente*. Dissertação de Mestrado, Instituto Politécnico de Viseu - Escola Superior de Saúde, Viseu. Obtido de <http://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/1643/1/LOUREIRO%20Helena%20Maria%20Cardoso%20Leitão%2c%20Dissertação%20mestrado.pdf>

Macedo, A., & Rosa, F. (2010). A síndrome coronário agudo nos Cuidados de Saúde Primários. *Acta Médica Portuguesa*, 23, 213-222. Obtido de <https://www.semanticscholar.org/paper/O-S%C3%8DNDROME-CORON%C3%81RIO-AGUDO-Nos-Cuidados-de-Sa%C3%BAde-Macedo-Rosa/429573179bc14c9751365b46d9b42772b98aca81>

- Mackay, J., & George, A. M. (2004). *The atlas of heart disease and stroke*. Geneva: World Health Organization.
https://www.who.int/cardiovascular_diseases/resources/atlas/en/
- Madeira, S., Porto, J., Henriques, A., Nieves, F., Pinto, N., & Henriques, G. (2011). *Manual de Suporte Avançado de Vida*. Instituto Nacional de Emergência Médica, I.P.
- Maier, G.S.O., Martins, E.A.P., & Dellarozza, M.S.G. (2015). Indicadores pré-hospitalares na avaliação da qualidade da assistência ao paciente com síndrome coronariana aguda. *Revista Gaúcha de Enfermagem*; 36(3), 49-55. Obtido de www.seer.ufrgs.br/revistagauchadeenfermagem
- Marques, N., Faria R., Sousa P., Mimoso, J., Brandão, V., Gomes, V., & Jesus, I. (2012). Impacto da via verde coronária e da angioplastia primária na redução da mortalidade associada ao enfarte com elevação do segmento ST anterior. A experiência algarvia. *Revista Portuguesa de Cardiologia*. 31(10). 647-654. Obtido de <http://dx.doi.org/10.1016/j.repc.2012.07.005>
- Marôco, J. (2010). *Análise de Equações Estruturais: Fundamentos Teóricos, Software & Aplicações*. Pêro Pinheiro: ReportNumber. ISBN: 978-989-96763-1-2.
- Marôco, J. (2014). *Análise Estatística com o SPSS Statistics (6ª ed.)*. Pêro Pinheiro: ReportNumber.
- Meadows-Pitt, M., Field, W., & San Diego, L.M. (2014). The impact of prehospital 12-lead electrocardiograms on door-to-balloon time in patients with st-elevation myocardial infarction. *Journal of Emergency Nursing*, 40, 63-68. Obtido de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23477919>
- Melnyk, B. M., & Fineout-Overholt, E. (2015). *Evidence-based practice in nursing and healthcare: A guide to best practice (3rd edn)*. Philadelphia, PA: Wolters Kluwer Health. Obtido de <https://www.semanticscholar.org/paper/Evidence-Based-Practice-in-Nursing-%26-Healthcare%3A-A-Melnyk-Fineout-Overholt/c7dd03907f4c34459a991bd728a1f6b6dc0b51ce>
- Moreno, M. (2011). *Enfermagem: Um Novo Olhar! Relatório de Estágio*. Universidade Católica Portuguesa – Instituto de Ciências da Saúde – Porto. Obtido de

<https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/8726/1/Relat%C3%B3rio%20para%20discuss%C3%A3o%20-%20vers%C3%A3o%20completa%20final.pdf>

Neto, P., Marques, N., Vaz, F., Porto, J., Alves, M., Gala, C., ... Orfão, G. (2019) Manual de Suporte Avançado de Vida. Instituto Nacional de Emergência Médica, I.P.

Nikolaou, N.I., Arntz, H-R., Bellou, A., Beygui, F., Bossaert, L., & Cariou, A. (2015). European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2015 Section 8. Initial management of acute coronary syndromes, 95, 264–277. doi:10.1016/j.resuscitation.2015.07.030

O’Gara, P.T., Kushner, F.G., Ascheim, D.D., Casey, D.E., Chung, M.K., Lemos, J.A., ... Zhao, D.X. (2013). ACCF/AHA. 2013 ACCF/AHA guideline for the management of ST-elevation myocardial infarction: a report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. *Journal of the American College of Cardiology*, 61(4), 78-140. Obtido de <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0735109712055623>

Ordem dos Enfermeiros. (Dezembro de 2001). Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Enquadramento Conceptual; Enunciados Descritivos. Obtido de <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. (2015). Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE. Lisboa. Obtido de https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/nEstatuto_REPE_29102015_VF_site.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (25 de Novembro de 2017). Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica. 3a Assembleia do Colégio da Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica. Obtido de https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5681/ponto-2_padroes-qualidade-emc_rev.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (16 de Julho de 2018). Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica - Regulamento n.429/2018. Obtido de <https://dre.pt/application/file/a/115698537>

- Ordem dos Enfermeiros (2018). Membros activos. Balcão Único: 31-12-2018. Obtido de https://www.ordemenfermeiros.pt/media/11135/c%C3%B3pia-de-2018_acumulado_dadosestatisticos_nacional.pdf
- Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico [OCDE] (2017a). Estudos Económicos da OCDE: Portugal 2017. Obtido de https://read.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/portugal-perfil-de-saude-do-pais-2017_9789264285385-pt#page1
- Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico [OCDE] (2017b). Perfil de Saúde do País 2017. Obtido de https://www.oecd-ilibrary.org/economics/estudos-economicos-da-ocde-portugal-2017_9789264269286-pt
- Ott, V., Thomas, J.A., & Fernando, H. (2018). First-year success in a nursing baccalaureate plan of study: A descriptive research study. *Nurse Educ Today*; 67, 108-113. DOI: 10.1016/j.nedt.2018.05.005.
- Ottesen, M.M., Dixen U., & Torp-Pedersen C. (2014). Prehospital delay in acute coronary syndrome — an analysis of the components of delay. *International Journal of Cardiology*, 961, 97–103. Obtido de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15203267>
- Ouch, J.D., Teixeira, C., Ribeiro, C.A.G., & Oliveira, C.C. (2017). Tempo de Chegada do Paciente Infartado na Unidade de Terapia Intensiva: a Importância do Rápido Atendimento. *Ensaios e Ciência: Ciências Biológicas, Agrárias e da Saúde*, 21 (2), 92-97. Obtido de <https://www.redalyc.org/pdf/260/26053412007.pdf>
- Patel, A., Mohanan, P.P., Prabhakaran, D., & D. Huffman, M.D. (2017). Pre-hospital acute coronary syndrome care in Kerala, India: A qualitative analysis. *Indian Heart Journal*, 69 (1), 93-100. Obtido de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28228314>
- Pestana, M. H., & Gageiro, J. N. (2008). *Análise de dados para ciências sociais: a complementaridade do SPSS (5ª Ed)*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Pestana, M., & Gageiro, J. (2014). *Análise de Dados para Ciências Sociais: A Complementaridade do SPSS (6ª ed.)*. Edições Sílabo.

- Pereira, R., Guerra, A., Cardoso, M., Santos, A., Figueiredo, M., & Vaz Carneiro, A. (2015). Validação da versão portuguesa do Questionário de Eficácia Clínica e Prática Baseada em Evidências. *Revista Latino Americana de Enfermagem*, 23, 345-351. doi:10.1590/0104-1169.0367.2561
- Pereira, R. (2016). *Enfermagem Baseada na Evidência: Atitudes, Barreira e Práticas*. Tese de Doutoramento, Porto. Obtido de <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/84324/2/137294.pdf>
- Polit, D., & Beck, C. (2011). *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem - Avaliação de evidências para a prática da enfermagem (7ª ed.)*. Porto Alegre: Artmed.
- Ribeiro, I. (2010). *Prática Pedagógica e Cidadania: Uma Interpretação Crítica Baseada na Ideia de Competência*. Repositório da Universidade do Minho. Obtido de <http://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/13818>
- Ribeiro, S., Furtado, C., & Pereira, J. (2013). Associação entre as doenças cardiovasculares e o nível socioeconómico em Portugal. *Revista Portuguesa de Cardiologia*, 32, 855-856. Obtido de <http://www.elsevier.pt/pt/revistas/revista-portuguesa-cardiologia334/artigo/associacao-entre-as-doencas-cardiovasculares-e-o-nivelS0870255113001583>
- Seeley, R., Stephens, Trent, D., & Tate, P. (2011). *Anatomia e Fisiologia*. Loures: Lusociência.
- Silva, M. (2012). *Pessoa em Situação Crítica - Foco de Cuidados do Enfermeiro Especialista*. Relatório de Estágio, Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde. Porto. Obtido de <https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/16296/1/PESSOA%20EM%20SITUACÃO%20CRÍTICA%20%20FOCO%20DE%20CUIDADOS%20DO%20ENFEERMEIRO%20ESPECIALISTA.pdf>
- Silva, F.M.F., Pesaro, A.E.P., Franken, M., & Wajngarten, M. (2015). Tratamento atual da síndrome coronário agudo sem supradesnivelamento do segmento ST. *Einstein*, 13(3), 454-461. Obtido de http://www.scielo.br/pdf/eins/v13n3/pt_1679-4508-eins-13-3-0454.pdf
- Silva, TH.A., & Freitas, G.F. (2018). Perfil sociodemográfico, socio-culturales y académicos de estudiantes de enfermería en una institución de educación

- privada. *Cultura de los Cuidados*; 3.º Cuatrimestre , Año XXII, 52, 129-171. Obtido de <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=5&sid=b90efa76-635a-40ef-bdb5-4e246279347c%40sessionmgr101>
- Sousa, M. J., & Baptista, C. S. (2011). *Como Fazer Investigação, Dissertações, Teses e Relatórios*. Lisboa: Pactor.
- Templass, L.R., Boes, A.A., Lazzari, D.D., Busana, J.A., Nascimento, E.R. & Walnice, J. (2016). Características do atendimento pré-hospitalar de pacientes com suspeita ou diagnóstico de síndrome coronariana. *Journal of Nursing UFPE on line*, 10 (9), 293-301. doi: 10.5205/reuol.9571-83638-1-SM1009201614
- Thylen, I., Ericsson, M., Hellstrom Angerud, K., Isaksson, R.-M., & Sederholm Lawesson, S. (2015). First medical contact in patients with STEMI and its impact on time to diagnosis; an explorative cross-sectional study. *BMJ Open*, 5(4), e007059. doi:10.1136/bmjopen-2014-007059
- Timóteo, A.T., & Mimoso, J. (2018). Registo Nacional de Síndromes Coronárias Agudas: 15 anos de um registo prospetivo contínuo. *Revista Portuguesa de Cardiologia*, 37 (7), 563-573. Obtido de <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0870255117302950>
- Urden, L.D., Kathleen, M.S., & Lough, M.E. (2008). *Enfermagem de cuidados intensivos. Diagnóstico e Intervenção*. Camarate: Lusodidacta.
- Valente, M., Catarino, R., Ribeiro, H., & Martins, A. (2012). *Manual TAS – Emergências Médicas. Versão 2.0. 1ªed*. Instituto Nacional de Emergência Médica, I.P.
- Vaz Serra, A., Canavarro, M. C., Simões, M. R., Pereira, M., Gameiro, S., Quartilho, M. J., Carona, C. & Paredes, T. (2006). Estudos psicométricos do instrumento avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-Bref) para Português de Portugal. *Psiquiatria Clínica*, 27(1), 41-49. Obtido de <https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/21539/1/2006%20Estudos%20psicom%e3%a9tricos%20do%20WHOQOL-Bref.pdf>
- Wallentin, L., Becker, R., Budaj, A., Cannon, C., Emanuelsson, H., Held, C., ... Harrington, R. (2009). Ticagrelor versus Clopidogrel in Patients with Acute

Coronary Syndromes. *The New England Journal of Medicine*, 361(11), 1045-1057. doi: 10.1056 / NEJMoa0904327

Warnica, J. (2016). Visão geral das síndromes coronarianas agudas (SCA). Manual MSD. Obtido de <https://www.msdmanuals.com/pt-pt/profissional/dist%C3%BArbios-cardiovasculares/doen%C3%A7a-arterial-coronariana/vis%C3%A3o-geral-das-s%C3%ADndromes-coronarianas-agudas-sca>

World Health Organization (2018). World health statistics 2018: monitoring health for the sustainable development goals. Noncommunicable diseases and mental health. ISBN 978-92-4-156558-5. Obtido de <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272596/9789241565585-eng.pdf?ua=1&ua=1>

Zanchet, A.T., & Marin, A.M. (2014). Perfil psicossocial de pacientes com síndrome coronariana aguda. *Psic., Saúde & Doenças*, 15 (3), 656-770. Obtido de <http://www.scielo.mec.pt/cgi-bin/wxis.exe/iah/?IsisScript=iah/iah.xis&base=article%5Edlibrary&format=iso.pft&lang=p&nextAction=lnk&indexSearch=AU&exprSearch=MARIN,+ANGELA+HELENA>

ANEXOS

Anexo I – Instrumento de colheita de dados

Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica

(Não preencher estes quadrados)

Nº Instrumento de Recolha de Dados

--	--	--	--	--

Ex.^{ma} Senhora Enfermeira/ Ex.^{mo} Senhor Enfermeiro

Cara/ o Colega,

O meu nome é João Carlos Bastos Pina, sou enfermeiro e encontro-me a frequentar o Curso de Mestrado de Enfermagem Médico-Cirúrgica no Instituto Politécnico de Bragança - Escola Superior de Saúde. Nesse âmbito, pretendo desenvolver o estudo “Conhecimento dos Enfermeiros Portugueses acerca das Intervenções Autónomas no Doente com Síndrome Coronário Agudo e a Prática Baseada em Evidências”.

Este estudo tem como objetivo geral: avaliar se os conhecimentos dos enfermeiros portugueses, acerca das intervenções autónomas no doente com síndrome coronário agudo, predizem a respetiva prática baseada em evidências.

Neste sentido, sintá-se convidado a participar neste estudo, preenchendo os questionários e escala anexos. O seu contributo, ainda que voluntário, é imprescindível para a continuidade deste estudo.

OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO

João Carlos Bastos Pina

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO AO PARTICIPANTE

Será garantido o anonimato e a confidencialidade dos seus dados, pois será consagrada a obrigação e dever do sigilo profissional. Os dados serão tratados através do global da amostra apenas para efeitos estatísticos e discussão científica suportada em evidências. Pode desistir a qualquer momento da sua participação no estudo.

Declaro ter lido e compreendido esta informação. Tomei conhecimento dos objetivos, procedimentos, modo de participação, anonimato e confidencialidade dos dados.

Fui informado(a) que tenho o direito de desistir a qualquer momento da minha participação no estudo.

Depois de ler o texto introdutório, considero-me informado/a e aceito participar neste estudo, respondendo a este questionário e permitindo a utilização dos dados, que de forma voluntária facultarei.

SIM

INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS

Parte I

Questionário ad hoc de Dados Sociodemográficos, Académicos e Profissionais

1 – Idade _____ (anos)

2 - Sexo

- Masculino
- Feminino

3 - Estado Civil

- Solteiro União de facto
- Casado Viúvo
- Divorciado

4 – Habilitações Académicas

- Bacharelato
- Licenciatura

- Pós-graduação
- Mestrado
- Doutoramento
- Outra

Acerca da formação assinalada anteriormente, que explicitar algo?

5 – Frequência da Formação Académica

- Ensino Superior Público
- Ensino Superior Privado
- Ensino Superior Público e Privado

6 – Tipo de gestão da organização onde trabalha

- Pública
- Privada
- Parceria Público-Privada

7 – Localização geográfica da organização onde trabalha

- Norte
- Centro
- Lisboa e Vale do Tejo
- Alentejo
- Algarve
- Madeira
- Açores

8 – Tempo de Exercício Profissional _____ (anos completos)

9 – Vínculo Contratual

- Contrato de Trabalho em Funções Públicas por Termo Indeterminado
- Contrato de Trabalho em Funções Públicas a Termo Resolutivo Certo
- Contrato Individual de Trabalho
- Contrato Coletivo de Trabalho
- Outro

Se respondeu Outro, refira especificamente qual o seu vínculo contratual.

10 – Horário de trabalho

- Fixo
- Roulement/* Rotativo

11 – Regime de trabalho

- Tempo Completo
- Tempo Parcial

12 – Horas de trabalho por semana _____

13 – Serviço/ Unidade onde exerce funções

- Serviço de Urgência Básico (SUB)
- Serviço de Urgência Médico-Cirúrgico (SUMC)
- Serviço de Urgência Polivalente (SUP)
- Unidade de Cuidados Intensivos Polivalentes (UCIP)
- Unidade de Cuidados Intensivos Coronários (UCIC)
- Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM)
- Bloco Operatório
- Outro Serviço
- Não se Aplica

Se respondeu Outro Serviço, refira especificamente qual o serviço/unidade.

14 – Título profissional atribuído pela Ordem dos Enfermeiros

- Enfermeiro
- Enfermeiro Especialista

15 – Área de Especialização em Enfermagem

- Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica
- Especialidade em Enfermagem de Reabilitação
- Especialidade em Enfermagem Comunitária
- Especialidade em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica
- Especialidade em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica
- Especialidade em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica
- Nenhuma

16 – Função que exerce neste momento

- Enfermeiro Generalista
- Enfermeiro Especialista
- Enfermeiro Responsável
- Enfermeiro Chefe
- Enfermeiro Supervisor
- Enfermeiro Diretor
- Investigação/Docência

17 – Prestação de cuidados especializados no âmbito da sua especialidade

- Sim
- Não
- Não se aplica

Parte II

Questionário de Conhecimentos acerca das Intervenções Autónomas de Enfermagem

Face ao Doente com Síndrome Coronário Agudo

As afirmações abaixo, referem-se às intervenções autónomas de Enfermagem na prestação de cuidados ao doente com Síndrome Coronário Agudo (SCA), identificando algumas características que justificam e/ ou validam essas mesmas intervenções.

Leia cuidadosamente cada afirmação. Estas, baseiam-se nos regulamentos da Ordem dos Enfermeiros e Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE 2015). ASSINALE a resposta mais correta para cada uma das suas respostas.

<p style="text-align: center;">Intervenções Autónomas de Enfermagem Face ao Doente com Síndrome Coronário Agudo</p>	1 - COMPLETAMENTE FALSO	2 - PARCIALMENTE FALSO	3 - NÃO TENHO OPINIÃO	4 - PARCIALMENTE VERDADEIRO	5 - COMPLETAMENTE VERDADEIRO
<p>Intervenções Autónomas em Enfermagem</p>					
1. As intervenções de enfermagem são autónomas e interdependentes.					
2. As ações autónomas em enfermagem têm 4 dimensões: a exclusiva iniciativa, a responsabilidade, as qualificações profissionais e os contributos da investigação.					
3. Consideram-se autónomas as ações realizadas pelos enfermeiros sob a sua única e exclusiva iniciativa e responsabilidade, de acordo com as respetivas qualificações profissionais, na gestão e na assessoria, com os contributos na investigação em enfermagem.					
4. Consideram-se autónomas as ações realizadas pelas/os enfermeiras/os decorrentes de planos de ação previamente definidos pelas equipas multidisciplinares em que estão integrados, e das prescrições ou orientações previamente formalizadas.					
5. Consideram-se autónomas as ações de enfermagem, respeitando as qualificações profissionais, em conjunto com outros técnicos, para atingir um objetivo comum.					
6. Os enfermeiros organizam, coordenam, executam, supervisionam e avaliam as intervenções de enfermagem aos três níveis de prevenção.					
7. Os enfermeiros decidem sobre técnicas e meios a utilizar na prestação de cuidados de enfermagem.					
8. Os enfermeiros em situação de emergência, agem de acordo com a qualificação e os conhecimentos que detêm.					
9. Os enfermeiros administram terapêutica prescrita, detetam os respetivos efeitos e atuam em conformidade.					

Conhecimentos acerca das Intervenções Autónomas de Enfermagem Face ao Doente com Síndrome Coronário Agudo						
10. Em presença de suspeita de SCA as <i>guidelines</i> aconselham ECG de 12 derivações (ECG 12D) nos primeiros 10min.						
11. O SCA cursa com dor/ desconforto retroesternal provocado por isquémia do miocárdio.						
12. A dor/ desconforto torácico constitui o sinal <i>major</i> do SCA.						
13. A dor do SCA, é verbalizada como “aperto” ou a pior dor jamais sentida.						
14. As Pessoas com Diabetes podem desenvolver um SCA com o mínimo ou nenhum desconforto torácico.						
A dor/ desconforto do SCA pode irradiar ...	15. ao longo do membro superior esquerdo.					
	16. para ambos os membros inferiores.					
	17. para o pescoço ou mandíbula.					
	18. para a região escapular.					
O tratamento farmacológico inicial de um SCA compreende administrar:	19. O ₂ .					
	20. Morfina.					
	21. AAS.					
	22. Nitratos.					
	23. Clopidogrel.					
	24. Ticagrelor.					
	25. Prasugrel.					
	26. Heparina.					
No tratamento do SCA é essencial ...	27. Todos (O ₂ ; Morfina; AAS; Nitratos; Clopidogrel/ Ticagrelor / Prasugrel e Heparina).					
	28. Informar o cliente de todos os procedimentos: esclarecer dúvidas e receios e promover o processo de tomada de decisão.					
	29. Manter a dignidade e privacidade do cliente, em todos os momentos.					
	30. Gerir ansiedade no cliente: avaliar presença de mecanismos de <i>coping</i> e/ou implementar técnicas de relaxamento direcionadas.					
	31. Posicionar o cliente com a cabeceira elevada a pelo menos 30º - 45º.					
	32. Gerir a dor/desconforto do SCA.					
	33. Gerir a oxigenoterapia.					
34. Monitorizar valores de SpO ₂ com oxímetro de pulso.						

	35. Colocar no cliente cateter(es) venoso(s), administrando medicação prescrita para alívio sintomático do SCA.					
	36. Colher amostra de sangue arterial, venoso ou capilar, conforme prescrição médica (análise aos marcadores bioquímicos de necrose miocárdica, p. ex.).					
	37. Vigiar sinais de hemorragia.					
	38. Despistar alterações do foro digestivo (náuseas, vómitos e eructações).					
	39. Avaliar a continência urinária e intestinal do cliente.					
A gestão da dor/desconforto do SCA pressupõe, entre outras, as seguintes intervenções de Enfermagem...	40. Avaliar a dor do cliente, a intervalos regulares, em SOS sempre que considere pertinente, através de uma escala da dor (por ex: a “Escala Visual Analógica” - EVA).					
	41. Caracterizar a dor e questionar o cliente sobre localização, gravidade, intensidade, qualidade, duração, hora de início, fatores precipitantes e de alívio, etc.					
	42. Monitorizar o controlo da dor: presença/ ausência de melhorias significativas face ao tratamento implementado, em parceria com o médico assistente.					
	43. Avaliar a presença de sinais e sintomas de desconforto (<i>Status Comprometido</i>).					
	44. Ensinar o cliente sobre a dor e efeitos secundários da medicação administrada.					
	45. Monitorizar o risco de resposta negativa à analgesia controlada pelo enfermeiro.					
	46. Identificar a atitude do cliente face à dor e aos cuidados prestados, explicando e esclarecendo os seus direitos (<i>debriefing</i>).					
	47. Colaborar com a equipa interprofissional no plano de gestão da dor.					
Assegurar a prestação de cuidados de enfermagem seguros e de qualidade implica, entre outros, ...	48. Avaliar a orientação do cliente, utilizando a Escala de Comas de Glasgow.					
	49. Despistar a percepção (alterada) do cliente relativamente ao que está a vivenciar.					
	50. Registrar o exame físico, no momento de admissão no SU (p.ex.).					
	51. Avaliar a perfusão dos tecidos e a integridade da pele.					
	52. Monitorizar o risco de queda, através da “Escala de Quedas de Morse” (p. ex.).					
	53. Gerir efeitos secundários de medicação: avaliar, por exemplo, o risco de interação medicamentosa ou ocorrência de eventos adversos passados.					
	54. Suspender terapia intravenosa na presença de reações adversas, comunicando ao médico assistente e registando em processo clínico.					
	55. Implementar medidas de prevenção das IACS (p.ex: técnica assética).					
	56. Avaliar a presença de abuso de substâncias ilícitas como drogas ou álcool.					
	57. Avaliar a presença de sinais e sintomas de infeção.					

Parte III

Questionário de Eficácia Clínica e Prática Baseada em Evidências (QECPE-20), Versão Original de Upton & Upton (2006), validado em português por Pereira, R.; Guerra, A.; Peixoto, M.; Martins, T.; Barbieri, M. & Carneiro, A. (2015).

Este questionário foi concebido para reunir informações e opiniões sobre o uso de práticas, com base em evidências obtidas pelos profissionais da saúde. Não existem respostas certas ou erradas, mas o interesse por suas opiniões e a utilização de evidências em suas práticas.

I. Tendo em conta a sua prática em relação aos cuidados prestados aos doentes (clientes) no último ano, com que frequência, em consequência de uma lacuna no seu conhecimento (assinale com V ou com X), fez o seguinte:								
1. Formulou uma pergunta de partida claramente definida, como início de um processo para preencher essa lacuna:								
Nunca								Frequentemente
2. Localizou as evidências relevantes depois de ter formulado a pergunta:								
Nunca								Frequentemente
3. Analisou criticamente e segundo critérios explícitos, qualquer literatura que tenha encontrado:								
Nunca								Frequentemente
4. Integrou as evidências que encontrou na sua prática:								
Nunca								Frequentemente
5. Avaliou os resultados da sua prática:								
Nunca								Frequentemente
6. Partilhou essa informação com colegas:								
Nunca								Frequentemente
II. Por favor indique (assinalando com V ou com X) em que lugar da escala você se situa em relação a cada um dos seguintes pares de afirmações:								
7. Não me agrada que a minha prática clínica seja questionada								Acolho com agrado as perguntas sobre a minha prática
8. A prática com base em evidências é uma perda de tempo								A prática baseada em evidências é essencial à prática profissional
9. Mantenho-me fiel a métodos testados e aprovados, ao invés de mudar para algo novo								A minha prática mudou devido às evidências que encontrei

III. Numa escala de 1 a 7 (em que 7 é a melhor pontuação), como classificaria a(s) sua(s):							
Assinale com um círculo a resposta a cada questão							
	Pior						Melhor
10. Competências de pesquisa	1	2	3	4	5	6	7
11. Competências em TI (Tecnologias de Informação)	1	2	3	4	5	6	7
12. Monitorização e revisão de competências praticas	1	2	3	4	5	6	7
13. Conversão das suas necessidades de informação numa pergunta de investigação	1	2	3	4	5	6	7
14. Percepção dos principais tipos e fontes de informação	1	2	3	4	5	6	7
15. Capacidade de identificar lacunas na sua prática profissional	1	2	3	4	5	6	7
16. Saber como obter as evidências	1	2	3	4	5	6	7
17. Capacidade de analisar, de forma crítica, as evidências segundo normas definidas	1	2	3	4	5	6	7
18. Capacidade de determinar a validade (aproximação da verdade) do material	1	2	3	4	5	6	7
19. Capacidade de determinar a utilidade (aplicabilidade clínica) do material	1	2	3	4	5	6	7
20. Capacidade de aplicar a informação a casos individuais	1	2	3	4	5	6	7

Obrigado pela sua colaboração!

Anexo II – Parecer da Comissão de Ética do IPB

Comissão de Ética do Instituto Politécnico de Bragança

PARECER N.º. 4/2019

Sobre o processo: Título do assunto: Pedido de aplicação de um instrumento de recolha de dados – Parte I, II e III no âmbito do estudo “Conhecimento dos Enfermeiros Portugueses acerca das Intervenções Autónomas no Doente com Síndrome e a Prática Baseada em Evidências”.

Número: RA001-2019/00151

A - Questões com eventuais implicações éticas.

B – Conclusões

1 Face ao exposto a Comissão de Ética do IPB decide emitir Parecer:

Deferido

Indeferido

Condicional

Aprovado em reunião do dia 23/09/2019 , por unanimidade.

A Presidente da Comissão de Ética do IPB

Teresa I. G. Correia
(Prof.ª Doutora Teresa I.G. Correia)

O Vice-presidente da Comissão de Ética do IPB

Paulo A.G. Piloto
(Prof.º Doutor Paulo A.G. Piloto)

Anexo III – Pedido de Autorização do Questionário de Eficácia Clínica e Prática

Baseada em Evidências (QECPE-20)



Rui Pedro Gomes Pereira <ruipereira@ese.uminho.pt>

qua, 02/01/2019 09:31

Você ☺



Caro colega João Pina,

É com muito gosto que autorizo a utilização do instrumento (QECPE-20) por nós validado em 2015. Solicito que em todas as suas atividades de divulgação e publicação científica e académica mencione expressamente o artigo referente ao estudo de validação, bem como, o artigo de validação original dos autores (Upton & Upton, 2006). Agradeço ainda que nos sejam reportados os resultados que obtiver na sua investigação.

De nossa parte, ficamos ao inteiro dispor para qualquer colaboração de que necessite. Para esse efeito, disponibilizamos URL para aceder diretamente à nossa tese de doutoramento que acreditamos possa conter elementos relevantes para o seu trabalho:

<https://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/84324>

Repositório Aberto da Universidade do Porto: Enfermagem baseada na evidência: atitudes, barreiras e práticas

Please use this identifier to cite or link to this item: <https://hdl.handle.net/10216/84324>

repositorio-aberto.up.pt

Atentamente e ao dispor,

Rui Pereira



Universidade do Minho
Escola Superior de Enfermagem

RN, PHN, COHN, MSc, PhD

Professor Adjunto / *Adjunct Professor*

Universidade do Minho / *University of Minho*

Escola Superior de Enfermagem / *Nursing School*

**Anexo IV – Pedido de Autorização de Divulgação do Estudo à Ordem dos
Enfermeiros**

**Exma. Sr.ª Digníssima Bastonária da Ordem
dos Enfermeiros**

Enf.ª Ana Rita Cavaco

Assunto: Pedido de Autorização de Divulgação do Estudo à Ordem dos Enfermeiros

João Carlos Bastos Pina, membro da OE nº 87617, Enfermeiro de Cuidados Gerais, a exercer funções no Serviço de Urgência Básico / Ambulância de Suporte Imediato de Vida – INEM, que se localiza no Centro de Saúde de Moimenta da Beira, Aces Douro Sul II (Lamego), Portugal.

Atualmente, encontro-me a realizar o Curso de Mestrado em Enfermagem Médico Cirúrgica na Escola Superior de Saúde de Bragança e o estudo que pretendo desenvolver tem como tema “Conhecimento dos Enfermeiros Portugueses acerca das Intervenções Autónomas no Doente com Síndrome Coronário Agudo e a Prática Baseada em Evidências” e possui como objetivo geral: “avaliar se os conhecimentos dos enfermeiros portugueses, acerca das intervenções autónomas no doente com síndrome coronário agudo, predizem a respetiva prática baseada em evidências.” O estudo está sob a orientação da Professora Doutora Maria Augusta Romão da Veiga Branco (aubra@ipb.pt) e da Professora Doutora Maria Madalena Jesus Cunha Nunes (madalenacunhanunes@gmail.com).

Será um estudo de carácter quantitativo, tipo de estudo descritivo, analítico e correlacional com corte transversal, que será suportado numa amostra não probabilística por conveniência. O instrumento de recolha dados será um questionário, onde se pretende que o mesmo seja respondido pelo maior número de enfermeiros, a exercer em Portugal.

Assim, a colaboração que se pretende de V.ª Ex.ª, é a divulgação de um *link*, divulgado na página Web da OE e através do envio de um email para a vossa *Mail List* atualizada, ou seja, para todos os enfermeiros que tenham à data, email atualizado na vossa base de dados, por forma a responderem ao questionário que será objeto do meu estudo.

A proteção de dados e o anonimato, estão salvaguardadas, já que não terei acesso ao endereço de email dos respondentes. As respostas serão imediatamente enviadas, para uma plataforma em que é atribuído um número de forma automática, não podendo de qualquer forma saber a identidade do respondente.

O link que deverá ser divulgado é https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSdiephsPG9M_oim_ARBkAi66039GpfojxpvoFTU1bOqoHsQAw/viewform?usp=sf_link e pedia que o mesmo estivesse disponível para acesso, na página Web de 1 de Novembro de 2019 a 31 de Janeiro de 2020. Pretende-se com este período alargado, o máximo de participantes no estudo.

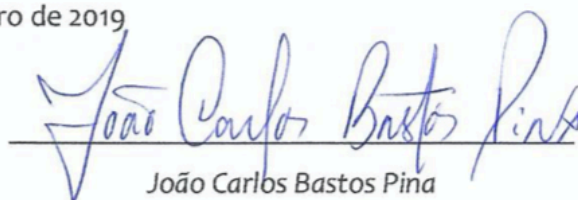
Em anexo, envio:

- Informação favorável do estudo e respetivos orientadores, após defesa do projeto de investigação aprovado pela Conselho Técnico-Científico da Escola Superior de Saúde de Bragança;
- Parecer da Comissão de Ética do Instituto Politécnico de Bragança;
- Declaração de Compromisso do Investigador Principal com a OE;
- Projeto de Investigação Inicial previamente aprovado pela Conselho Técnico-Científico da Escola Superior de Saúde de Bragança;
- Instrumento de Recolha de Dados aprovado pelos orientadores e órgãos competentes.

Certo da melhor atenção da sua parte, fico ao incondicional dispor, para qualquer esclarecimento adicional,

Melhores Cumprimentos,

Bragança, 22 de Outubro de 2019



João Carlos Bastos Pina

E-mail: joaopina@live.com.pt

Tlm +351 963868786

Rua de São José, Lote-5, 5100-163 Lamego, Portugal

DECLARAÇÃO DE COMPROMISSO

Serve a presente declaração, para atestar que eu, João Carlos Bastos Pina, Enfermeiro, membro da OE nº 87617, enquanto investigador principal do estudo “Conhecimento dos Enfermeiros Portugueses acerca das Intervenções Autónomas no Doente com Síndrome Coronário Agudo e a Prática Baseada em Evidências”, realizado no âmbito do Curso de Mestrado de Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola Superior de Saúde de Bragança, Portugal, me comprometo a:

- a) Não introduzir qualquer alteração ao projeto apresentado para apreciação;
- b) Respeitar todos os pressupostos éticos e científicos inerentes à investigação;
- c) Disponibilizar os resultados obtidos no estudo à ordem dos enfermeiros;
- d) Publicar posteriormente os resultados obtidos no estudo;
- e) Referenciar oportunamente, no meu estudo ou em qualquer outra publicação, a colaboração por parte da ordem dos enfermeiros na realização deste trabalho.

Bragança, 22 de Outubro de 2019



João Carlos Bastos Pina

E-mail: joaopina@live.com.pt

Tlm +351 963868786

Rua de São José, Lote-5, 5100-163 Lamego, Portuga

De: Patrícia Guerreiro <patriciag@ordemenfermeiros.pt> em nome de gafid <gafid@ordemenfermeiros.pt>

Enviado: Monday, November 18, 2019 4:29:50 PM

Para: João Pina <joapina@live.com.pt>

Cc: gafid <gafid@ordemenfermeiros.pt>

Assunto: RE: SAI-OE/2019/27 - Pedido de Parecer para Participação dos Enfermeiros da Ordem dos Enfermeiros num Estudo Científico - Enfermeiro João Pina (N.º OE 87617)

Boa tarde Sr. Enf. João Pina.

O seu projecto de investigação obteve o parecer favorável do Conselho de Enfermagem.

Será divulgado nos meios de comunicação da OE.

O questionário estará online até 31 de Janeiro de 2020, correcto?

Aguardo o seu feedback para enviar a informação ao nosso gabinete de comunicação.

Obrigada.

Patrícia Guerreiro

Técnica de Comunicação e Imagem

gafid@ordemenfermeiros.pt



Ordem dos Enfermeiros – SEDE

Av. Almirante Gago Coutinho, 68B, R/C


1700-031 Lisboa

Portugal

+351 218 455 230/ 210105917 Telf

+351 218 455 259 Fax

<http://www.ordemenfermeiros.pt/>

 gafid <gafid@ordemenfermeiros.pt>
ter, 19/11/2019 13:41

Você, gafid ☺

Boa tarde Sr. Enf. João Pina.

Venho por este meio informar que a notícia já foi publicada no site da OE.

Poderá aceder à mesma através do link <https://www.ordemenfermeiros.pt/noticias/conteudos/participe-no-estudo-conhecimento-dos-enfermeiros-portugueses-acerca-das-intervenções-autónomas-no-doente-com-síndrome-coronário-agudo-e-a-prática-baseada-em-evidências-até-31-de-janeiro-de-2020/>

Atenciosamente,

Patrícia Guerreiro

Técnica de Comunicação e Imagem

gafid@ordemenfermeiros.pt



Ordem dos Enfermeiros – SEDE

Av. Almirante Gago Coutinho, 68B, R/C

1700-031 Lisboa

Portugal

+351 218 455 230/ 210105917 Telf

+351 218 455 259 Fax

<http://www.ordemenfermeiros.pt/>

↩ ⏪ → …

Anexo V – Declaração de Orientação

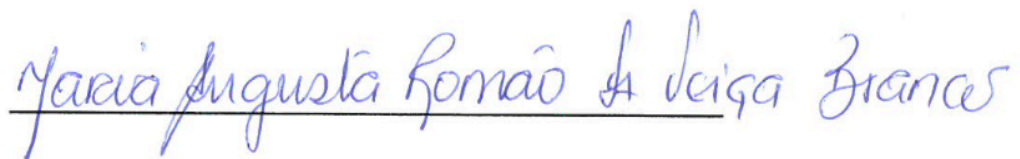
DECLARAÇÃO

Para os devidos efeitos se declara, que o **Projeto de Investigação**: “*Conhecimento dos Enfermeiros Portugueses acerca das Intervenções Autónomas no Doente com Síndrome Coronário Agudo e Prática Baseada em Evidência*” e respetivo **Instrumento de Recolha de Dados**, se encontram de acordo com as orientações da Equipa de Co-orientação Científica, constituída pelas Professoras Doutoras Maria Augusta Romão da Veiga Branco, da ESSA, IPB e Maria Madalena Jesus Cunha Nunes, da ESS de Viseu.

Por ser verdade e ter sido pedido pelo mestrando João Carlos Bastos Pina (N.º43183), estudante do Mestrado de Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola Superior de Saúde de Bragança, mais se declara que os documentos referidos, se aprovam com o propósito de solicitar parecer à Comissão de Ética do IPB sobre o Projeto de Investigação / Estudo a desenvolver.

Bragança, 27 de Agosto de 2019

P' Equipa de Co-orientação Científica



Maria Augusta Romão da Veiga Branco
Professora Coordenadora
aubra@ipb.pt

**Anexo VI – Declaração de Aceitação do Tema do Trabalho pela Comissão
Científica da ESSA-IPB**

DECLARAÇÃO

Declara-se para os devidos efeitos que em reunião da Comissão Científica do Curso de Mestrado de Enfermagem Médico-cirúrgica, da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança, de vinte e um do mês de maio de dois mil e dezanove e conforme consta em ata número quatro, foi aceite o tema proposto pelo estudante João Carlos Bastos Pina, nº 43183, "**Conhecimento dos Enfermeiros Portugueses acerca das Intervenções Autónomas no Doente com Síndrome Coronário Agudo e a Prática Baseada em Evidências**" e atribuída a orientação científica, deste, à **Professora Doutora Maria Augusta Romão da Veiga Branco**, Professora Coordenadora da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança e à **Professora Doutora Maria Madalena Jesus Cunha Nunes**, professora adjunta da Escola Superior de Saúde de Viseu do Instituto Politécnico de Viseu.

Por ser verdade se passa a seguinte declaração que vai assinada e autenticada com o carimbo da instituição.

Bragança e Escola Superior de Saúde, 14 de outubro de 2019

A Presidente da Comissão Científica



The image shows a circular official stamp of the Instituto Politécnico de Bragança, Escola Superior de Saúde. The stamp contains the text 'INSTITUTO POLITÉCNICO DE BRAGANÇA', 'ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE', and 'PORTUGUESA'. Overlaid on the stamp is a handwritten signature in blue ink, which appears to be 'Matilde Delmina da Silva Martins'.

(Prof.ª Doutora Matilde Delmina da Silva Martins)

Anexo VII – Dados Estatísticos

DADOS ESTATISTICOS

Estudo da fiabilidade do Questionário de Conhecimentos acerca das Intervenções Autónomas de Enfermagem Face ao Doente com Síndrome Coronário Agudo (QCIAEFDSCA)

Tabela 9 – Consistência Interna do QCIAEFDSCA

N.º Item	Itens	Estatísticas		1º avaliação		2º avaliação	
		\bar{X}	DP	r item/total	α sem item	r item/total	α sem item
1	As intervenções de enfermagem são autónomas e interdependentes.	4.61	.751	.282	.888	.300	.891
2	As ações autónomas em enfermagem têm 4 dimensões: a exclusiva iniciativa, a responsabilidade, as qualificações profissionais e os contributos da investigação.	4.19	.936	.257	.888		
3	Consideram-se autónomas as ações realizadas pelos enfermeiros sob a sua única e exclusiva iniciativa e responsabilidade, de acordo com as respetivas qualificações profissionais, na gestão e na assessoria, com os contributos na investigação em enfermagem.	4.42	.899	.203	.889		
4	Consideram-se autónomas as ações realizadas pelas/os enfermeiras/os decorrentes de planos de ação previamente definidos pelas equipas multidisciplinares em que estão integrados, e das prescrições ou orientações previamente formalizadas.	2.96	1.508	.054	.894		
5	Consideram-se autónomas as ações de enfermagem, respeitando as qualificações profissionais, em conjunto com outros técnicos, para atingir um objetivo comum.	3.40	1.484	.077	.893		
6	Os enfermeiros organizam, coordenam, executam, supervisionam e avaliam as intervenções de enfermagem aos três níveis de prevenção.	4.62	.696	.343	.887	.326	.891
7	Os enfermeiros decidem sobre técnicas e meios a utilizar na prestação de cuidados de enfermagem.	4.56	.735	.297	.888	.311	.891
8	Os enfermeiros em situação de emergência, agem de acordo com a qualificação e os conhecimentos que detêm.	4.42	.837	.334	.887	.321	.891
9	Os enfermeiros administram terapêutica prescrita, detetam os respetivos efeitos e atuam em conformidade.	4.69	.605	.415	.887	.399	.890
10	Em presença de suspeita de SCA as guidelines aconselham ECG de 12 derivações (ECG 12D) nos primeiros 10min.	4.27	.927	.343	.887	.337	.891
11	O SCA cursa com dor/ desconforto retroesternal provocado por isquémia do miocárdio.	4.29	.850	.316	.887	.299	.891
12	A dor/ desconforto torácico constitui o sinal <i>major</i> do SCA.	4.20	.900	.267	.888		
13	A dor do SCA, é verbalizada como “aperto” ou a pior dor jamais sentida.	4.35	.811	.330	.887	.273	.891
14	As Pessoas com Diabetes podem desenvolver um SCA com o mínimo ou nenhum desconforto torácico.	3.77	1.297	.281	.889		
15	A dor/ desconforto do SCA pode irradiar: ... ao longo do membro superior esquerdo.	4.70	.610	.419	.887	.427	.890

16	... para ambos os membros inferiores.	2.41	1.321	-.069	.895		
17	... para o pescoço ou mandíbula.	4.51	.856	.318	.887	.315	.891
18	... para a região escapular ou região epigástrica.	4.58	.702	.396	.887	.404	.890
	O tratamento farmacológico inicial de um SCA compreende administrar:						
19	O ₂ .	3.99	1.255	.380	.887	.395	.890
20	Morfina.	3.98	1.238	.466	.885	.499	.888
21	AAS.	4.30	1.078	.428	.886	.467	.888
22	Nitratos.	4.18	1.104	.400	.886	.462	.889
23	Clopidogrel.	3.58	1.328	.398	.886	.391	.891
24	Ticagrelor.	3.47	1.316	.464	.885	.473	.889
25	Prasugrel.	3.06	1.197	.447	.886	.418	.890
26	Heparina.	3.30	1.311	.390	.887	.358	.891
27	Todos (O ₂ ; Morfina; AAS; Nitratos; Clopidogrel/ Ticagrelor / Prasugrel e Heparina).	2.85	1.332	.306	.888		
	No tratamento do SCA é essencial:						
28	... informar o cliente de todos os procedimentos: esclarecer dúvidas e receios e promover o processo de tomada de decisão.	4.85	.462	.488	.887	.505	.889
29	... manter a dignidade e privacidade do cliente, em todos os momentos.	4.92	.391	.500	.887	.505	.890
30	... gerir ansiedade no cliente: avaliar presença de mecanismos de coping e/ou implementar técnicas de relaxamento direcionadas.	4.77	.606	.442	.886	.436	.889
31	... posicionar o cliente com a cabeceira elevada a pelo menos 30° - 45°.	4.40	.887	.399	.886	.367	.890
32	... gerir a dor/desconforto do SCA.	4.86	.438	.545	.887	.567	.889
33	... gerir a oxigenoterapia.	4.64	.767	.365	.887	.336	.890
34	... monitorizar valores de SpO ₂ com oxímetro de pulso.	4.64	.713	.368	.887	.358	.890
35	... colocar no cliente cateter(es) venoso(s), administrando medicação prescrita para alívio sintomático do SCA.	4.77	.619	.359	.887	.362	.890
36	... colher amostra de sangue arterial, venoso ou capilar, conforme prescrição médica (análise aos marcadores bioquímicos de necrose miocárdica, p. ex.).	4.69	.730	.308	.888	.308	.891
37	... vigiar sinais de hemorragia.	4.19	.730	.313	.888		
38	... despistar alterações do foro digestivo (náuseas, vômitos e eructações).	4.60	.692	.483	.886		
39	... avaliar a continência urinária e intestinal do cliente.	3.91	1.211	.321	.888		
	A gestão da dor/desconforto do SCA pressupõe, entre outras, as seguintes intervenções de Enfermagem:						
40	... avaliar a dor do cliente, a intervalos regulares, em SOS sempre que considere pertinente, através de uma escala da dor (por ex: a "Escala Visual Analógica" - EVA).	4.73	.621	.468	.886	.443	.889
41	... caracterizar a dor e questionar o cliente sobre localização, gravidade, intensidade, qualidade, duração, hora de início, fatores precipitantes e de alívio, etc.	4.91	.344	.578	.887	.591	.890
42	... monitorizar o controlo da dor: presença/ ausência de melhorias significativas face ao tratamento implementado, em parceria com o médico assistente.	4.81	.544	.369	.887	.380	.890
43	... avaliar a presença de sinais e sintomas de desconforto (Status Comprometido).	4.78	.524	.526	.886	.514	.889
44	... ensinar o cliente sobre a dor e efeitos secundários da medicação administrada.	4.71	.639	.499	.886	.494	.889
45	... monitorizar o risco de resposta negativa à analgesia controlada pelo enfermeiro.	4.50	.875	.403	.886	.363	.890
46	... identificar a atitude do cliente face à dor e aos cuidados prestados, explicando e esclarecendo os seus direitos (debriefing).	4.63	.695	.484	.886	.481	.889
47	... colaborar com a equipa interprofissional no plano de gestão da dor.	4.81	.498	.502	.887		

	Assegurar a prestação de cuidados de enfermagem seguros e de qualidade implica, entre outros:						
48	... avaliar a orientação do cliente, utilizando a Escala de Comas de Glasgow.	4.35	1.117	.235	.889		
49	... despistar a percepção (alterada) do cliente relativamente ao que está a vivenciar.	4.53	.776	.486	.886		
50	... registar o exame físico, no momento de admissão no SU (p.ex.).	4.52	.840	.433	.886	.409	.889
51	... avaliar a perfusão dos tecidos e a integridade da pele.	4.72	.632	.454	.886	.448	.889
52	... monitorizar o risco de queda, através da "Escala de Quedas de Morse" (p. ex.).	4.20	1.154	.339	.887	.308	.892
53	... gerir efeitos secundários de medicação: avaliar, por exemplo, o risco de interação medicamentosa ou ocorrência de eventos adversos passados.	4.67	.701	.374	.887	.390	.890
54	... suspender terapia intravenosa na presença de reações adversas, comunicando ao médico assistente e registando em processo clínico.	4.78	.570	.411	.887	.432	.890
55	... implementar medidas de prevenção das IACS (p.ex.: técnica asséptica).	4.78	.564	.455	.887	.477	.889
56	... avaliar a presença de abuso de substâncias ilícitas como drogas ou álcool.	4.40	.900	.415	.886	.420	.889
57	... avaliar a presença de sinais e sintomas de infeção.	4.53	.830	.430	.886	.417	.889
Coefficiente Alpha de Cronbach (α) global							0.892

Tabela 10 – KMO e Teste de Bartlett

KMO and Bartlett's Test		
Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy.		.875
	Approx. Chi-Square	6747.982
Bartlett's Test of Sphericity	df	1035
	Sig.	.000

Tabela 11 – Eigenvalue e Variância Explicada Dos Fatores

Fatores	Initial Eigenvalues		
	Eigenvalue	% Variância	% Acumulada
1	10,502	22,831	22,831
2	3,930	8,545	31,376
3	2,399	5,215	36,509
4	1,894	4,117	40,708
5	1,748	3,800	44,508
6	1,546	3,361	47,869
7	1,484	3,226	51,094
8	1,361	2,959	54,054
9	1,235	2,685	56,739
10	1,188	2,582	59,321
11	1,131	2,458	61,779
12	1,014	2,204	63,983

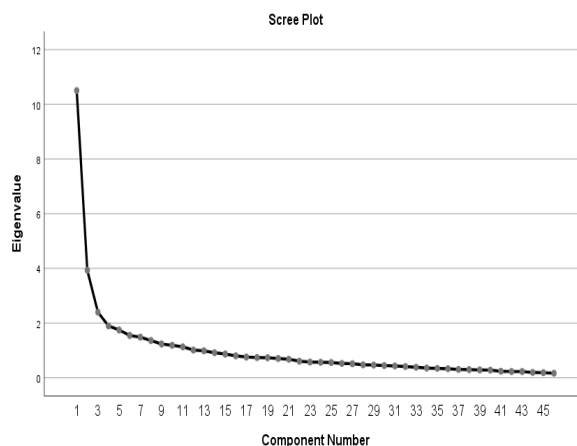


Gráfico 1 – Eigenvalue e Variância Explicada

Tabela 12 – Coeficiente de saturação de cada item com o respectivo fator e Alfa de Cronbach dos fatores

	FATORES								
	1	2	3	4	5	6	7	8	9
p28	.766								
p29	.750								
p30	.748								
p32	.672								
p31	.594								
p25		.882							
p24		.847							
p23		.775							
p26		.744							
p57			.798						
p56			.636						
p52			.621						
p50			.612						
p51			.542						
p55			.452						
p17				.759					
p15				.702					
p18				.677					
p10				.597					
p13				.542					
p11				.438					
p19					.804				
p22					.776				
p20					.741				
p21					.647				
p42						.688			
p41						.631			
p43						.625			
p40						.606			
p54						.440			
p44							.716		
p45							.657		
p46							.645		
p53							.591		
p8								.690	
p7								.667	
p9								.664	
p6								.623	
p1								.456	
p35									.663
p34									.652
p36									.633
p33									.487
Alfa									
Cronbach	0,774	0,865	0,766	0,711	0,842	0,747	0,749	0,682	0,623

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Rotation Method: Varimax with Kaiser Normalization.^a

a. Rotation converged in 7 iterations.

Tabela 13 – Estatística descritiva dos itens por subescala do QCIAEFDSCA

Nº Item	Itens	Média	Dp	r/item total	r ²	α sem item
Fator 1 – Gestão de Cuidados Percebidos para a Autonomia do Cliente (GCPAC)						
28	No tratamento do SCA é essencial: ... informar o cliente de todos os procedimentos: esclarecer dúvidas e receios e promover o processo de tomada de decisão.	4.85	.462	.667	.570	.705
29	... manter a dignidade e privacidade do cliente, em todos os momentos.	4.92	.391	.647	.527	.723
30	... gerir ansiedade no cliente: avaliar presença de mecanismos de coping e/ou implementar técnicas de relaxamento direcionadas.	4.77	.606	.600	.373	.713
31	... posicionar o cliente com a cabeceira elevada a pelo menos 30° - 45°.	4.40	.887	.462	.219	.826
32	... gerir a dor/desconforto do SCA.	4.86	.438	.641	.489	.716
Coefficiente alfa Cronbach global						0,774
Fator 2 – Gestão de Protocolos Terapêuticos Complexos (F.I.A.P. - H.)						
23	O tratamento farmacológico inicial de um SCA compreende administrar: clopidogrel.	3.56	1.324	.686	.536	.840
24	ticagrelor.	3.46	1.309	.767	.624	.806
25	prasugrel.	3.07	1.193	.803	.653	.796
26	heparina.	3.31	1.305	.616	.457	.868
Coefficiente alfa Cronbach global						0,865
Fator 3 – Gestão do Risco e Prevenção de Eventos Adversos (GRPEA)						
50	Assegurar a prestação de cuidados de enfermagem seguros e de qualidade implica, entre outros: ... registrar o exame físico, no momento de admissão no SU (p.ex.).	4.52	.840	.495	.283	.735
51	... avaliar a perfusão dos tecidos e a integridade da pele.	4.72	.632	.564	.359	.726
52	... monitorizar o risco de queda, através da “Escala de Quedas de Morse” (p. ex.).	4.20	1.154	.490	.288	.754
55	... implementar medidas de prevenção das IACS (p.ex.: técnica asséptica).	4.78	.564	.504	.275	.741
56	... avaliar a presença de abuso de substâncias ilícitas como drogas ou álcool.	4.40	.900	.486	.333	.738
57	... avaliar a presença de sinais e sintomas de infeção.	4.53	.830	.644	.456	.695
Coefficiente alfa Cronbach global						0,766
Fator 4 – Procedimentos Iniciais de Avaliação do Cliente (PIAC)						
10	Em presença de suspeita de SCA as Guidelines aconselham ECG de 12 derivações (ECG 12D) nos primeiros 10min.	4.27	.927	.399	.173	.690
11	O SCA cursa com dor/ desconforto retroesternal provocado por isquémia do miocárdio.	4.29	.850	.360	.144	.699
13	A dor do SCA, é verbalizada como “aperto” ou a pior dor jamais sentida.	4.35	.811	.395	.173	.686
15	A dor/ desconforto do SCA pode irradiar: ... ao longo do membro superior esquerdo.	4.70	.610	.513	.288	.660
17	... para o pescoço ou mandíbula.	4.51	.856	.547	.369	.637
18	... para a região escapular ou região epigástrica.	4.58	.702	.499	.307	.658
Coefficiente alfa Cronbach global						0,711
Fator 5 – Gestão de Protocolos Terapêuticos Complexos (M.O.N.A.)						
19	O tratamento farmacológico inicial de um SCA compreende administrar: O ₂ .	3.99	1.253	.608	.382	.832
20	Morfina.	3.99	1.235	.726	.536	.777
21	AAS.	4.31	1.076	.650	.447	.812
22	Nitratos.	4.18	1.099	.735	.545	.776
Coefficiente alfa Cronbach global						0,842
Fator 6 – Gestão Documental da Dor e do Bem-Estar do Cliente (GDDBC)						

40	A gestão da dor/desconforto do SCA pressupõe, entre outras, as seguintes intervenções de Enfermagem: ... avaliar a dor do cliente, a intervalos regulares, em SOS sempre que considere pertinente, através de uma escala da dor (por ex: a “Escala Visual Analógica” - EVA).	4.73	.623	.464	.252	.737
41	... caracterizar a dor e questionar o cliente sobre localização, gravidade, intensidade, qualidade, duração, hora de início, fatores precipitantes e de alívio, etc.	4.90	.345	.670	.474	.689
42	... monitorizar o controlo da dor: presença/ ausência de melhorias significativas face ao tratamento implementado, em parceria com o médico assistente.	4.81	.546	.508	.319	.713
43	... avaliar a presença de sinais e sintomas de desconforto (Status Comprometido).	4.78	.525	.603	.402	.678
54	Suspender terapia intravenosa na presença de reações adversas, comunicando ao médico assistente e registando em processo clínico	4.78	.570	.464	.241	.731
Coefficiente alfa Cronbach global						0.747
Fator 7 - Gestão da Dor e Capacitação do Cliente (GDCC)						
44	A gestão da dor/desconforto do SCA pressupõe, entre outras, as seguintes intervenções de Enfermagem: ... ensinar o cliente sobre a dor e efeitos secundários da medicação administrada.	4.71	.639	.634	.428	.651
45	... monitorizar o risco de resposta negativa à analgesia controlada pelo enfermeiro.	4.50	.875	.516	.276	.722
46	... identificar a atitude do cliente face à dor e aos cuidados prestados, explicando e esclarecendo os seus direitos (debriefing).	4.63	.695	.604	.402	.660
53	... gerir efeitos secundários de medicação: avaliar, por exemplo, o risco de interação medicamentosa ou ocorrência de eventos adversos passados.	4.67	.701	.464	.232	.734
Coefficiente alfa Cronbach global						0.749
Fator 8 – Gestão de Intervenções de Enfermagem Autónomas (GIEA)						
1	As intervenções de enfermagem são autónomas e interdependentes.	4.61	.751	.347	.122	.671
6	Os enfermeiros organizam, coordenam, executam, supervisionam e avaliam as intervenções de enfermagem aos três níveis de prevenção.	4.62	.696	.435	.195	.632
7	Os enfermeiros decidem sobre técnicas e meios a utilizar na prestação de cuidados de enfermagem.	4.56	.735	.476	.231	.614
8	Os enfermeiros em situação de emergência, agem de acordo com a qualificação e os conhecimentos que detêm.	4.42	.837	.484	.254	.611
9	Os enfermeiros administram terapêutica prescrita, detectam os respetivos efeitos e atuam em conformidade.	4.69	.605	.460	.230	.627
Coefficiente alfa Cronbach global						0.682
Fator 9 – Gestão de Intervenções de Enfermagem Interdependentes (GIEI)						
33	Gerir a oxigenoterapia.	4.64	.767	.335	.123	.609
34	Monitorizar valores de SpO2 com oxímetro de pulso.	4.64	.713	.444	.200	.523
35	Colocar no cliente cateter(es) venoso(s), administrando medicação prescrita para alívio sintomático do SCA.	4.77	.619	.434	.214	.538
36	Colher amostra de sangue arterial, venoso ou capilar, conforme prescrição médica (análise aos marcadores bioquímicos de necrose miocárdica, p. ex.).	4.69	.730	.414	.198	.546
Coefficiente alfa Cronbach global						0.623

**Análise Fatorial Confirmatória do Questionário de Conhecimentos acerca das
Intervenções Autónomas de Enfermagem Face ao Doente com Síndrome
Coronário Agudo (QCIAEFDSCA)**

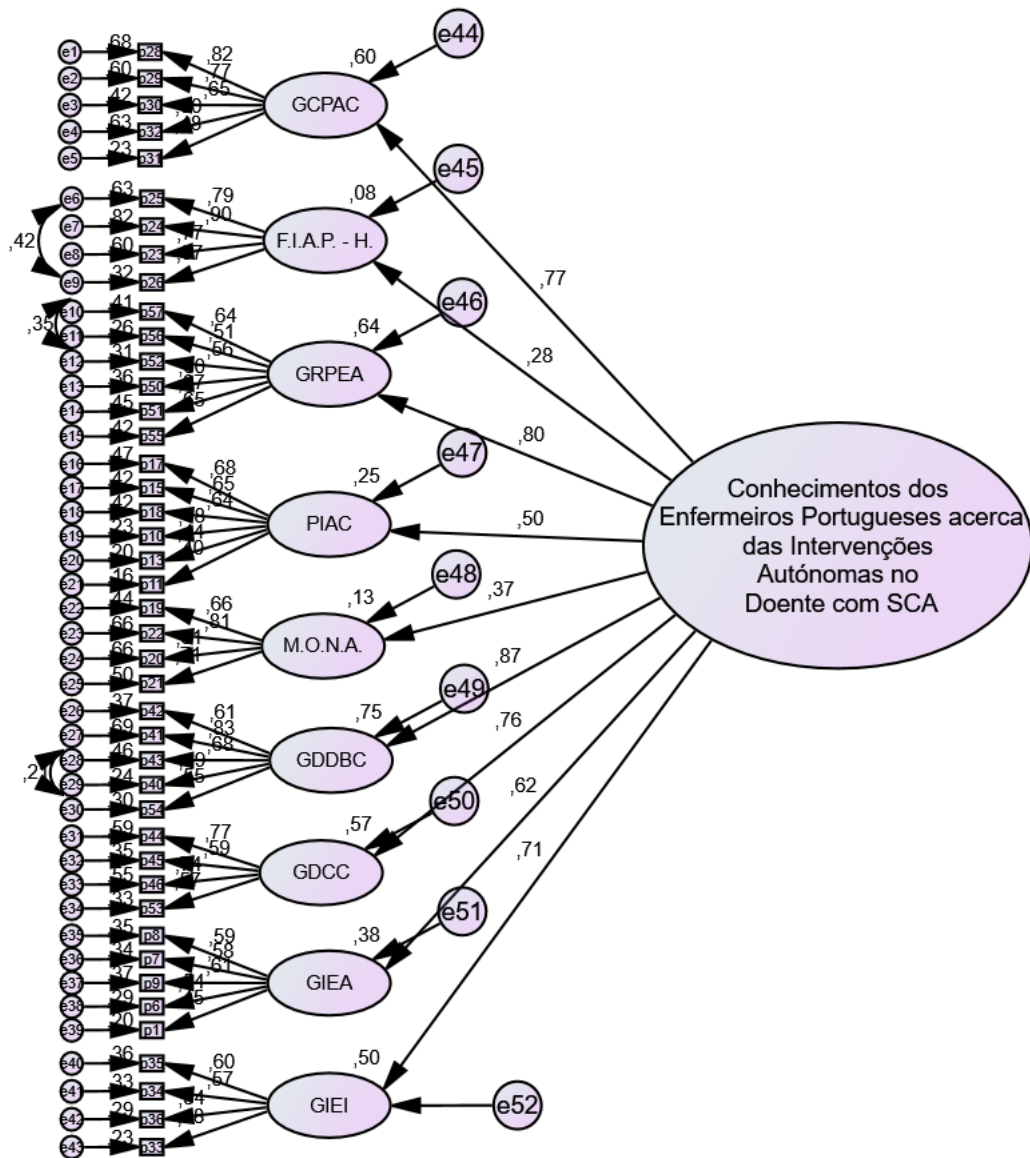


Figura 3 – Modelo Final AMOS: Conhecimentos dos Enfermeiros Portugueses acerca das Intervenções Autónomas no Doente com SCA

Tabela 14 – Medidas de Ajustamento: valores referência e valores encontrados para o QCIAEFDSCA

Medidas de Ajustamento	Valores de Referência	Valores encontrados
χ^2 / gl	>5 – Ajustamento mau	$\chi^2 / gl = 2,042$
	[2;5] - Ajustamento aceitável	
]1;2] – Ajustamento Bom	
	~ 1 – Ajustamento Muito Bom	
CFI GFI	<0,8– Ajustamento mau	CFI = 0,846 GFI = 0,826
	[0,8; 0,9]- Ajustamento aceitável	
]0,9; 0,95[– Ajustamento Bom	
RMSEA	≥ 0,95– Ajustamento Muito Bom	RMSEA = 0,053
	>0,10– Ajustamento inaceitável	
]0,05; 0,10[- Ajustamento Bom	
RMR	≤ 0,05– Ajustamento Muito Bom	
	Quanto menor este valor, melhor o ajustamento, indicando um RMR = 0 um ajustamento perfeito	RMR = 0,069

Tabela 15 – Fiabilidade compósita e Variância extraída Média

Fatores	FC	VEM
F1	0.834	0.510
F2	0.850	0.593
F3	0.777	0.370
F4	0.728	0.316
F5	0.836	0.563
F6	0.771	0.411
F7	0.767	0.455
F8	0.689	0.310
F9	0.630	0.259

Tabela 16 – Validade discriminante do QCIAEFDSCA

	r^2
F1 vs F2	0.027
F1 vs F3	0.352
F1 vs F4	0.187
F1 vs F5	0.085
F1 vs F6	0.487
F1 vs F7	0.264
F1 vs F8	0.198
F1 vs F9	0.452
F2 vs F3	0.018
F2 vs F4	0.112
F2 vs F5	0.271
F2 vs F6	0.051
F2 vs F7	0.041
F2 vs F8	0.047
F2 vs F9	0.015
F3 vs F4	0.078
F3 vs F5	0.031
F3 vs F6	0.460
F3 vs F7	0.548
F3 vs F8	0.282
F3 vs F9	0.331
F4 vs F5	0.248
F4 vs F6	0.196
F4 vs F7	0.095
F4 vs F8	0.106
F4 vs F9	0.109
F5 vs F6	0.097

Estudo das Qualidades Psicométricas para o presente estudo do Questionário de Eficácia Clínica e Prática Baseada em Evidências (QECPE-20)

Validade de Constructo - Análise Fatorial Confirmatória

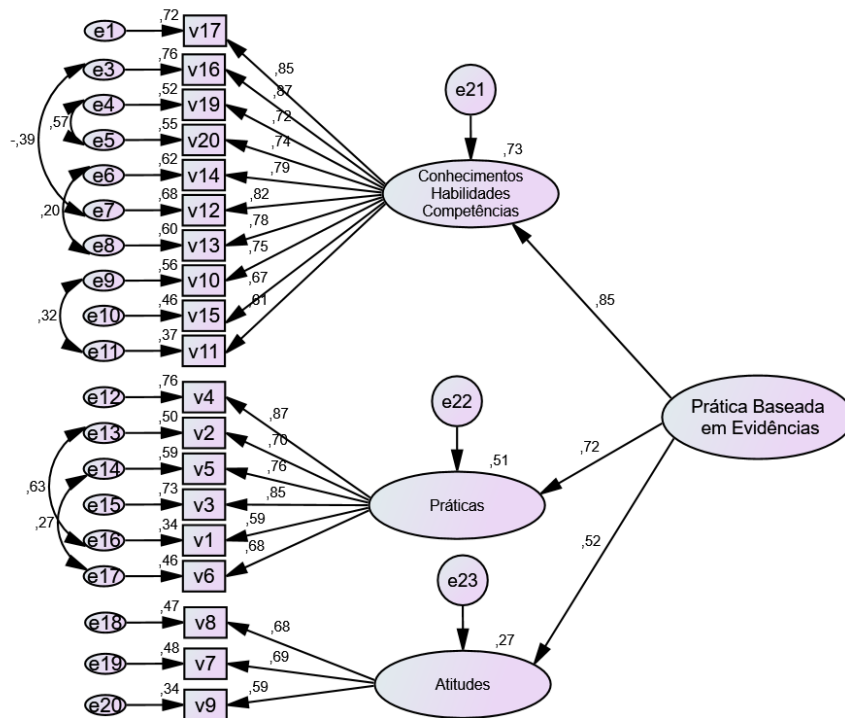


Figura 4 – Modelo Final AMOS: Eficácia Clínica e Prática Baseada em Evidências (Práticas, Atitudes e Conhecimentos/Habilidades e Competências)

Tabela 17 – Medidas de Ajustamento: valores referência e valores encontrados para o QECPE-20

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

Tabela 18 – Estatística descritiva dos itens por subescala do QECPBE-20

	Média	SD	r/ítem total	r²	α sem ítem
Fator 1 - Práticas					0.881
1. Formulou uma pergunta de partida claramente definida, como início de um processo para preencher essa lacuna	4.97	1.610	.631	.620	.873
2. Localizou as evidências relevantes depois de ter formulado a pergunta	5.16	1.467	.754	.701	.850
3. Analisou criticamente e segundo critérios explícitos, qualquer literatura que tenha encontrado	5.18	1.451	.747	.614	.851
4. Integrou as evidências que encontrou na sua prática	5.60	1.260	.766	.653	.851
5. Avaliou os resultados da sua prática	5.50	1.349	.670	.555	.864
6. Partilhou essa informação com colegas	5.49	1.406	.601	.434	.875
Fator 2 - Atitudes					0.701
7. Não me agrada que a minha prática clínica seja questionada/ Acolho com agrado as perguntas sobre a minha prática	5.98	1.105	.509	.260	.621
8. A prática com base em evidências é uma perda de tempo/ A prática baseada em evidências é essencial à prática profissional	6.50	1.051	.536	.287	.586
9. Mantenho-me fiel a métodos testados e aprovados, ao invés de mudar para algo novo/ A minha prática mudou devido às evidências que encontrei	6.15	1.048	.507	.259	.621
Fator 3 - Conhecimentos/habilidades e competências					0.934
10. Competências de pesquisa	5.36	1.000	.744	.623	.927
11. Competências em TI (Tecnologias de Informação)	5.46	1.064	.603	.470	.934
12. Monitorização e revisão de competências praticas	5.36	1.067	.786	.658	.925
13. Conversão das suas necessidades de informação numa pergunta de investigação	4.83	1.331	.736	.597	.929
14. Percepção dos principais tipos e fontes de informação	5.35	1.128	.775	.628	.925
15. Capacidade de identificar lacunas na sua prática profissional	5.74	.962	.655	.476	.931
16. Saber como obter as evidências	5.39	1.096	.803	.698	.924
17. Capacidade de analisar, de forma crítica, as evidências segundo normas definidas	5.40	1.097	.799	.707	.924
19. Capacidade de determinar a utilidade (aplicabilidade clínica) do material	5.56	.990	.745	.686	.927
20. Capacidade de aplicar a informação a casos individuais	5.36	1.000	.744	.623	.927
Coefficiente alfa de Cronbach global					0.930

Tabela 19 – Matriz de Correlação de Pearson entre os fatores do QECPBE-20

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

Análise inferencial - Eficácia Clínica e Prática Baseada em Evidências (QECPBE-20)

Tabela 20 – Estatísticas relativas à Eficácia Clínica e Prática Baseada em Evidências

Eficácia Clínica e Prática Baseada em Evidências	N	Min.	Max.	\bar{X}	DP	Anova Medidas Repetidas	Post Hoc - Bonferroni
F1-Práticas	738	0.00	100	71.92	18.85	F = 329,767 p = 0,000***	F1 Vs F2 p = 0,000***
F2-Atitudes		0.00	100	86.86	14.08		F1 Vs F3 p = 0,047*
F3- Conhecimentos/habilidades e competências		0.00	100	73.37	14.21		F2 Vs F3 = 0,000***
Eficácia Clínica e PBE total		26.32	100	75.04	12.86		

*significativo para $p < 0,05$, *** significativo para $p < 0,001$

VARIÁVEIS SÓCIO DEMOGRÁFICAS VS RESULTADOS QECPBE-20

Sexo Vs Resultados QECPBE-20

Tabela 21 – Resultados do t de Student Amostras independentes: Comparação Sexo Masculino e Feminino nos resultados do QECPBE-20

Sexo	Feminino (n=561)		Masculino (n=177)		t	p
	Média	Desvio Padrão	Média	Desvio Padrão		
Eficácia Clínica e Prática Baseada em Evidências						
Práticas	70,92	19,10	75,11	17,71	2,689	0,008**
Atitudes	86,83	14,09	86,97	14,10	0,119	0,905
Conhecimentos/habilidades e competências	72,79	14,30	75,21	13,83	1,974	0,049*
Eficácia Clínica e PBE total	74,42	13,09	77,03	11,95	2,365	0,018*

*significativo para $p < 0,05$, *** significativo para $p < 0,01$

Idade Vs Resultados QECPBE-20

Tabela 22 – Resultados da ANOVA One Way – Comparação entre 3 faixas etárias nos resultados do QECPBE-20

Idade	≤30 anos		31-40 anos		>40 anos		F	p
	Média	Dp	Média	Dp	Média	Dp		
Eficácia Clínica e Prática Baseada em Evidências								
Práticas	72.82	17.50	72.19	18.08	70.88	20.77	0.613	0.542
Atitudes	86.27	14.03	87.08	14.18	87.04	14.04	0.224	0.799
Conhecimentos/ habilidades e competências	74.27	13.75	72.92	13.95	73.23	14.91	0.547	0.579
Eficácia Clínica e PBE total	75.71	12.09	74.92	12.72	74.67	13.63	0.366	0.693

CARACTERÍSTICAS ACADÉMICAS/PROFISSIONAIS VS RESULTADOS QECPBE-20

Habilitações Profissionais Vs Resultados QECPBE-20

Tabela 23 – Resultados da ANOVA One Way: Comparação entre os grupos com diferentes habilitações profissionais nos resultados do QECPBE-20

Habilitações profissionais Eficácia Clínica e Prática Baseada em Evidências	Pós-licenciatura (n= 110)		Pós-graduação (n=118)		Ambos (n=97)		F	p
	Média	Desvio Padrão	Média	Desvio Padrão	Média	Desvio Padrão		
Práticas	70,68	21,10	72,01	17,44	73,65	16,80	.925	0.630
Atitudes	89,34	12,04	87,81	12,46	88,89	11,23	1.215	0.545
Conhecimentos/ habilidades e competências	73,05	13,70	73,42	14,16	76,65	12,44	4.546	0.103
Eficácia Clínica e PBE total	74,87	13,06	75,25	11,99	77,64	11,20	3.422	0.181

Habilitações Acadêmicas Vs Resultados QECPBE-20

Tabela 24 – Resultados do t de Student Amostras independentes: Comparação Bacharelato/Licenciatura Vs Mestrado/Doutoramento nos resultados do QECPBE-20

Habilitações acadêmicas Eficácia Clínica e Prática Baseada em Evidências	Bacharelato/ Licenciatura (n = 554)		Mestrado/ Doutoramento (n =184)		t	p
	Média	Desvio Padrão	Média	Desvio Padrão		
Práticas	71,11	18,64	74,40	19,33	-2,054	0,040*
Atitudes	86,39	14,20	88,29	13,68	-1,581	0,114
Conhecimentos/ habilidades e competências	72,34	13,88	76,48	14,81	-3,444	0,001**
Eficácia Clínica e PBE total	74,17	12,55	77,68	13,48	-3,230	0,001**

*significativo para $p < 0,05$, ** significativo para $p < 0,01$

Tempo de Exercício Profissional Vs Resultados QECPBE-20

Tabela 25 – Resultados da ANOVA One Way: Comparação entre os grupos com diferentes tempos de exercício profissional nos resultados do QECPBE-20

Tempo de exercício profissional Eficácia Clínica e Prática Baseada em Evidências	≤10 anos (n =189)		11-20 anos (n=308)		>20 anos (n=241)		F	p
	Média	Dp	Média	Dp	Média	Dp		
Práticas	72.25	17.95	72.06	17.26	71.27	21.76	0.174	0.840
Atitudes	86.47	14.81	87.09	12.79	87.18	14.42	0.197	0.821
Conhecimentos/ habilidades e competências	73.58	13.52	73.11	14.21	73.35	15.27	0.072	0.931
Eficácia Clínica e PBE total	75.19	12.36	74.98	12.32	74.88	14.21	0.040	0.961

Título Profissional Vs Resultados QECPBE-20

Tabela 26 – Resultados do t de Student Amostras independentes: Comparação Enfermeiros Vs Enfermeiros Especialistas nos resultados do QECPBE-20

Título profissional atribuído pela Ordem dos Enfermeiros Eficácia Clínica e Prática Baseada em Evidências	Enfermeira(o) (n= 452)		Enfermeira(o) especialista (n=286)		t	p
	Média	Dp	Média	Dp		
Práticas	71.77	18.69	72.16	19.13	-.270	0.788
Atitudes	86.00	14.44	88.22	13.39	-2.098	0.036*
Conhecimentos/ habilidades e competências	72.76	13.95	74.32	14.60	-1.448	0.148
Eficácia Clínica e PBE total	74.54	12.689	75.83	13.12	-1.329	0.184

*significativo para $p < 0,05$

Especialidade em Enfermagem Vs Resultados QECPBE-20

Tabela 27 – Resultados da ANOVA One Way: Comparação entre os grupos com diferentes especializações em enfermagem nos resultados do QECPBE-20

Área de especialização em enfermagem	Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica (n=122)	Especialidade em Enfermagem de Reabilitação (n=62)	Especialidade em Enfermagem Comunitária (n=31)	Especialidade em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (n=27)	Especialidade em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (n= 44)	F	p
Eficácia Clínica e Prática Baseada em Evidências	Média±Dp	Média±Dp	Média±Dp	Média±Dp	Média±Dp		
Práticas	76,25±15,21	69,71±18,79	67,74±19,81	75,10±21,51	65,59±24,50	2,952	0,015*
Atitudes	89,07±13,72	88,17±12,50	85,84±16,59	86,63±13,18	88,64±11,55	1,221	0,297
Conhecimentos/habilidades e competências	76,01±13,53	71,10±15,55	73,12±15,41	75,68±15,16	74,20±15,00	1,499	0,188
Eficácia Clínica e PBE total	78,15±11,49	73,36±13,49	73,43±14,25	77,23±13,88	73,76±14,85	2,125	0,061

*significativo para $p < 0,05$

Função Exercida Vs Resultados QECPBE-20

Tabela 28 – Resultados da ANOVA One Way: Comparação entre os grupos com diferentes Funções em enfermagem nos resultados do QECPBE-20

Função que exerce neste momento	Enfermeiro Generalista (n= 499)	Enfermeiro Especialista (n=166)	Enfermeiro Responsável (n=41)	Cargos com Funções de Liderança (n=29)	F	p	Investigação/Docência (n=3)
Eficácia Clínica e Prática Baseada em Evidências	Média±Dp	Média±Dp	Média±Dp	Média±Dp			Média±Dp
Práticas	71,65±18,64	72,62±18,58	72,56±20,97	70,98±22,09	0,150	0,930	80,56±12,73
Atitudes	85,98±14,71	88,79±12,16	86,04±15,82	91,19±8,60	2,653	0,048*	96,30±6,42
Conhecimentos/habilidades e competências	72,62±14,08	74,43±13,99	73,78±15,57	78,33±16,62	1,960	0,119	86,11±4,81
Eficácia Clínica e PBE total	74,42±12,74	76,13±12,59	75,33±13,79	78,04±15,04	1,306	0,271	85,96±7,02

*significativo para $p < 0,05$

Conhecimentos acerca das Intervenções Autônomas de Enfermagem Face ao Doente com Síndrome Coronário Agudo (CIAEFDSCA)

Tabela 29 – Estatísticas relativas aos Conhecimentos acerca das Intervenções Autônomas de Enfermagem Face ao Doente com Síndrome Coronário Agudo

Conhecimentos acerca das Intervenções Autônomas de Enfermagem Face ao Doente com Síndrome Coronário Agudo	N	Min.	Max.	\bar{X}	DP	Anova Medidas Repetidas
Fator 1 – Gestão de Cuidados Percebidos para a Autonomia do Cliente (GCPAC)	738	15.00	100.00	94.18	9.92	F= 613,449 p=0,000***
Fator 2 – Gestão de Protocolos Terapêuticos Complexos (F.I.A.P. - H.)		0.00	100.00	59.59	26.61	
Fator 3 – Gestão do Risco e Prevenção de Eventos Adversos (GRPEA)		29.17	100.00	88.05	14.05	
Fator 4 – Procedimentos Iniciais de Avaliação do Cliente (PIAC)		29.17	79.17	68.54	10.78	
Fator 5 - Gestão de Protocolos Terapêuticos Complexos (M.O.N.A.)		0.00	100.00	77.98	23.54	
Fator 6 – Gestão Documental da Dor e do Bem-Estar do Cliente (GDDBC)		50.00	100.00	95.07	9.08	
Fator 7 – Gestão da Dor e Capacitação do Cliente (GDCC)		25.00	100.00	90.97	13.40	
Fator 8 - Gestão de Intervenções de Enfermagem Autônomas (GIEA)		30.00	100.00	89.45	12.02	
Fator 9 – Gestão de Intervenções de Enfermagem Interdependentes (GIEI)		31.25	100.00	92.62	11.54	
Fator global		40.12	97.09	84.13	8.45	

VARIÁVEIS SÓCIO DEMOGRÁFICAS VS RESULTADOS QCIAEFDSCA

Sexo Vs Resultados QCIAEFDSCA

Tabela 30 – Resultados do t de Student Amostras independentes: Comparação Sexo Masculino e Feminino nos resultados do QCIAEFDSCA

Sexo	Masculino (n=177)		Feminino (n=561)		t	p
	Média	Dp	Média	Dp		
Conhecimentos acerca das Intervenções Autônomas de Enfermagem Face ao Doente com Síndrome Coronário Agudo						
Fator 1 – Gestão de Cuidados Percebidos para a Autonomia do Cliente (GCPAC)	93.61	8.93	94.35	10.21	-0.868	0.386
Fator 2 – Gestão de Protocolos Terapêuticos Complexos (F.I.A.P. - H.)	63.52	25.92	58.35	26.73	2.258	0.024*
Fator 3 – Gestão do Risco e Prevenção de Eventos Adversos (GRPEA)	85.80	14.65	88.76	13.79	-2.450	0.015*
Fator 4 – Procedimentos Iniciais de Avaliação do Cliente (PIAC)	70.88	9.19	67.80	11.14	3.333	0.001**
Fator 5 - Gestão de Protocolos Terapêuticos Complexos (M.O.N.A.)	79.73	21.82	77.43	24.04	1.129	0.259
Fator 6 – Gestão Documental da Dor e do Bem-Estar do Cliente (GDDBC)	94.91	8.95	95.12	9.12	-0.267	0.789
Fator 7 – Gestão da Dor e Capacitação do Cliente (GDCC)	91.59	12.51	90.77	13.67	0.710	0.478
Fator 8 - Gestão de Intervenções de Enfermagem Autônomas (GIEA)	90.56	11.31	89.09	12.23	1.414	0.158
Fator 9 – Gestão de Intervenções de Enfermagem Interdependentes	92.40	11.99	92.69	11.40	-0.285	0.776
Fator global	84.75	8.40	83.93	8.46	1.126	0.260

Idade Vs Resultados CIAEFDSCA

Tabela 31 – Resultados da ANOVA One Way – Comparação entre 3 faixas etárias nos resultados do QCIAEFDSCA

Idade	≤30 anos (n=189)		31-40 anos (n=308)		>40 anos (n=241)		f	p
	Média	Dp	Média	Dp	Média	Dp		
Conhecimentos acerca das Intervenções Autônomas de Enfermagem Face ao Doente com Síndrome Coronário Agudo								
Fator 1 – Gestão de Cuidados Percecionados para a Autonomia do Cliente (GCPAC)	93.99	9.18	94.65	9.71	93.71	10.71	0.658	0.518
Fator 2 – Gestão de Protocolos Terapêuticos Complexos (F.I.A.P. - H.)	55.82	28.78	62.33	25.15	59.05	26.39	3.611	0.028*
Fator 3 – Gestão do Risco e Prevenção de Eventos Adversos (GRPEA)	88.22	13.52	87.67	14.52	88.39	13.89	0.198	0.820
Fator 4 – Procedimentos Iniciais de Avaliação do Cliente (PIAC)	68.38	10.35	69.02	10.51	68.04	11.44	0.574	0.564
Fator 5 - Gestão de Protocolos Terapêuticos Complexos (M.O.N.A.)	77.41	24.79	80.19	21.84	75.62	24.45	2,714	0.067
Fator 6 – Gestão Documental da Dor e do Bem-Estar do Cliente (GDDBC)	93.65	9.79	95.45	9.10	95.70	8.36	2,914	0.050*
Fator 7 – Gestão da Dor e Capacitação do Cliente (GDCC)	89.31	14.57	91.27	12.75	91.88	13.19	2.078	0.126
Fator 8 - Gestão de Intervenções de Enfermagem Autônomas (GIEA)	89.02	11.74	89.25	12.82	90.04	11.18	0.452	0.636
Fator 9 – Gestão de Intervenções de Enfermagem Interdependentes	91.20	13.11	92.99	10.93	93.25	10.91	1.652	0.193
Fator global	83.21	8.03	84.74	8.26	84.07	8.95	1.957	0.142

*significativo para $p < 0,05$

CARACTERÍSTICAS ACADÉMICAS/PROFISSIONAIS VS RESULTADOS DO QCIAEFDSCA

Habilitações Profissionais Vs Resultados QCIAEFDSCA

Tabela 32 – Resultados da ANOVA One Way: Comparação entre os grupos com diferentes habilitações profissionais nos resultados do QCIAEFDSCA

Habilitações profissionais	Pós-licenciatura (n=110)		Pós-graduação (n=118)		Ambos (n=97)		F	p
	Média	DP	Média	DP	Média	DP		
Conhecimentos acerca das Intervenções Autônomas de Enfermagem Face ao Doente com Síndrome Coronário Agudo								
Fator 1 – Gestão de Cuidados Percecionados para a Autonomia do Cliente (GCPAC)	94,68	10,37	96,48	6,51	94,48	7,69	1,956	0,143
Fator 2 – Gestão de Protocolos Terapêuticos Complexos (F.I.A.P. - H.)	60,23	23,46	55,72	27,02	64,63	24,97	3,326	0,037*
Fator 3 – Gestão do Risco e Prevenção de Eventos Adversos (GRPEA)	90,04	13,40	86,86	14,08	89,52	14,27	1,703	0,184
Fator 4 – Procedimentos Iniciais de Avaliação do Cliente (PIAC)	68,64	9,77	70,13	9,72	69,72	10,32	0,676	0,509
Fator 5 - Gestão de Protocolos Terapêuticos Complexos (M.O.N.A.)	76,19	23,94	79,29	23,17	81,70	20,10	1,555	0,213
Fator 6 – Gestão Documental da Dor e do Bem-Estar do Cliente (GDDBC)	96,55	6,87	95,68	7,95	96,08	7,37	0,389	0,678
Fator 7 – Gestão da Dor e Capacitação do Cliente (GDCC)	90,80	13,54	92,06	13,01	92,59	11,32	0,554	0,575
Fator 8 - Gestão de Intervenções de Enfermagem Autônomas (GIEA)	90,23	11,16	88,56	13,41	92,11	9,54	2,638	0,074
Fator 9 – Gestão de Intervenções de Enfermagem Interdependentes	93,58	10,66	93,80	10,26	94,20	10,57	0,092	0,912
Fator global	84,71	7,93	84,40	7,50	86,08	7,43	1,417	0,244

*significativo para $p < 0,05$

Habilitações Acadêmicas Vs Resultados QCIAEFDSCA

Tabela 33 – Resultados do t de Student Amostras independentes: Comparação Bacharelato/Licenciatura Vs Mestrado/Doutoramento nos resultados do QCIAEFDSCA

Habilitações acadêmicas Conhecimentos acerca das Intervenções Autônomas de Enfermagem Face ao Doente com Síndrome Coronário Agudo	Bacharelato/ Licenciatura (n=554)		Mestrado/ Doutoramento (n=184)		t	p
	Média	DP	Média	DP		
Fator 1 – Gestão de Cuidados Percepcionados para a Autonomia do Cliente (GCPAC)	94,64	8,59	92,80	13,06	1,787	0,075
Fator 2 – Gestão de Protocolos Terapêuticos Complexos (F.I.A.P. - H.)	58,98	27,29	61,45	24,46	-1,151	0,251
Fator 3 – Gestão do Risco e Prevenção de Eventos Adversos (GRPEA)	87,67	14,21	89,20	13,53	-1,276	0,202
Fator 4 – Procedimentos Iniciais de Avaliação do Cliente (PIAC)	68,80	10,38	67,78	11,90	1,111	0,267
Fator 5 - Gestão de Protocolos Terapêuticos Complexos (M.O.N.A.)	78,47	23,11	76,53	24,79	0,972	0,332
Fator 6 – Gestão Documental da Dor e do Bem-Estar do Cliente (GDDBC)	95,09	8,79	95,03	9,94	0,082	0,935
Fator 7 – Gestão da Dor e Capacitação do Cliente (GDCC)	91,14	13,27	90,46	13,81	0,604	0,546
Fator 8 - Gestão de Intervenções de Enfermagem Autônomas (GIEA)	89,09	12,07	90,54	11,87	-1,423	0,155
Fator 9 – Gestão de Intervenções de Enfermagem Interdependentes	93,14	11,11	91,07	12,66	2,117	0,035*
Fator global	84,18	8,06	83,99	9,55	0,264	0,792

*significativo para $p < 0,05$

Tempo de Exercício Profissional Vs Resultados CIAEFDSCA

Tabela 34 – Análise de variância entre os Conhecimentos acerca das Intervenções Autônomas de Enfermagem Face ao Doente com Síndrome Coronário Agudo e o tempo de exercício profissional

Tempo de exercício profissional Conhecimentos acerca das Intervenções Autônomas de Enfermagem Face ao Doente com Síndrome Coronário Agudo	≤10 anos (n=304)		11-20 anos (n= 232)		>20 anos (n=202)		f	p
	Média	Dp	Média	Dp	Média	Dp		
Fator 1 – Gestão de Cuidados Percepcionados para a Autonomia do Cliente (GCPAC)	94.06	9.55	94.65	9.25	93.81	11.15	0.426	0.653
Fator 2 – Gestão de Protocolos Terapêuticos Complexos (F.I.A.P. - H.)	58.32	28.34	63.49	23.85	57.02	26.58	4,281	0.014*
Fator 3 – Gestão do Risco e Prevenção de Eventos Adversos (GRPEA)	87.15	14.69	89.56	12.64	87.66	14.51	2.044	0.130
Fator 4 – Procedimentos Iniciais de Avaliação do Cliente (PIAC)	69.13	9.98	68.64	11.03	67.53	11.59	1,289	0.277
Fator 5 - Gestão de Protocolos Terapêuticos Complexos (M.O.N.A.)	77.15	24.50	82.70	19.81	73.82	25.12	9.130	0.000**
Fator 6 – Gestão Documental da Dor e do Bem-Estar do Cliente (GDDBC)	93.94	9.99	96.25	7.91	95.42	8.72	4.462	0.012*
Fator 7 – Gestão da Dor e Capacitação do Cliente (GDCC)	89.80	14.48	92.34	11.51	91.15	13.63	2.408	0.091
Fator 8 - Gestão de Intervenções de Enfermagem Autônomas (GIEA)	88.71	12.72	90.36	11.34	89.50	11.67	1.241	0.290
Fator 9 – Gestão de Intervenções de Enfermagem Interdependentes	92.14	12.18	93.07	10.86	92.82	11.32	0.468	0.627
Fator global	83.51	8.22	85.63	7.96	83.35	9.12	5.382	0.005**

*significativo para $p < 0,05$, ** significativo para $p < 0,01$ *** significativo para $p < 0,001$

Título Profissional Vs Resultados QCIAEFDSCA

Tabela 35 – Resultados do t de Student Amostras independentes: Comparação Enfermeiros Vs Enfermeiros Especialistas nos resultados do QCIAEFDSCA

Título profissional atribuído pela Ordem dos Enfermeiros	Enfermeira(o) (n=452)		Enfermeira(o) especialista (n=286)		t	p
	Média	Dp	Média	Dp		
Conhecimentos acerca das Intervenções Autônomas de Enfermagem Face ao Doente com Síndrome Coronário Agudo						
Fator 1 – Gestão de Cuidados Percecionados para a Autonomia do Cliente (GCPAC)	94.30	9.32	93.98	10.81	0.423	0.673
Fator 2 – Gestão de Protocolos Terapêuticos Complexos (F.I.A.P. - H.)	59.26	27.79	60.11	24.69	-0.424	0.672
Fator 3 – Gestão do Risco e Prevenção de Eventos Adversos (GRPEA)	86.91	14.35	89.86	13.38	-2.791	0.005**
Fator 4 – Procedimentos Iniciais de Avaliação do Cliente (PIAC)	68.74	10.27	68.22	11.55	0.632	0.527
Fator 5 - Gestão de Protocolos Terapêuticos Complexos (M.O.N.A.)	78.18	23.75	77.68	23.24	0.277	0.782
Fator 6 – Gestão Documental da Dor e do Bem-Estar do Cliente (GDDBC)	94.50	9.51	95.97	8.28	-2.158	0.031*
Fator 7 – Gestão da Dor e Capacitação do Cliente (GDCC)	90.38	14.26	91.89	11.89	-1.485	0.138
Fator 8 - Gestão de Intervenções de Enfermagem Autônomas (GIEA)	88.27	12.43	91.31	11.11	-3.365	0.001**
Fator 9 – Gestão de Intervenções de Enfermagem Interdependentes	92.29	11.59	93.13	11.45	-0.963	0.336
Fator global	83.71	8.42	84.79	8.46	-1.692	0.091

*significativo para $p < 0,05$, ** significativo para $p < 0,01$

Especialidade em Enfermagem Vs Resultados QCIAEFDSCA

Tabela 36 – Resultados da ANOVA One Way: Comparação entre os grupos com diferentes especializações em enfermagem nos resultados do QCIAEFDSCA

Área de especialização em enfermagem	Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica (n=122)	Especialidade em Enfermagem de Reabilitação (n=62)	Especialidade em Enfermagem Comunitária (n=31)	Especialidade em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (27)	Especialidade em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (n=44)	F	p
	Média±DP	Média±DP	Média±DP	Média±DP	Média±DP		
Conhecimentos acerca das Intervenções Autônomas de Enfermagem Face ao Doente com Síndrome Coronário Agudo							
Fator 1 – Gestão de Cuidados Percecionados para a Autonomia do Cliente (GCPAC)	94,92±8,26	95,73±6,51	91,45±15,34	87,78±20,63	94,55±8,05	1,432	0.230
Fator 2 – Gestão de Protocolos Terapêuticos Complexos (F.I.A.P. - H.)	62,40±25,36	58,77±26,45	58,87±23,26	60,42±27,29	56,39±19,42	0,574	0.206
Fator 3 – Gestão do Risco e Prevenção de Eventos Adversos (GRPEA)	89,79±12,57	93,08±9,36	84,27±16,89	85,80±20,32	91,95±10,83	2,734	0.034*
Fator 4 – Procedimentos Iniciais de Avaliação do Cliente (PIAC)	70,25±11,30	70,23±9,05	65,59±12,55	64,51±12,88	63,92±12,19	4,217	0.002**
Fator 5 - Gestão de Protocolos Terapêuticos Complexos (M.O.N.A.)	78,84±23,92	82,96±23,36	71,57±20,72	73,61±25,02	73,86±20,54	1,941	0.104
Fator 6 – Gestão Documental da Dor e do Bem-Estar do Cliente (GDDBC)	96,48±7,68	97,66±5,41	93,87±9,01	92,41±14,03	95,91±7,49	1,965	0.107
Fator 7 – Gestão da Dor e Capacitação do Cliente (GDCC)	91,91±11,43	93,65±10,15	90,12±13,48	90,51±14,54	91,48±12,65	0,612	0.655
Fator 8 - Gestão de Intervenções de Enfermagem Autônomas (GIEA)	91,72±9,13	90,32±13,05	89,03±13,32	91,67±14,41	92,95±9,23	0,663	0.619
Fator 9 – Gestão do Risco e Prevenção de Eventos Adversos (GRPEA)	93,19±10,53	96,47±5,62	86,69±16,36	92,82±16,41	93,04±10,81	4,276	0.003**
Fator global	85,61±7,95	86,65±6,56	81,40±10,27	82,11±12,20	83,99±7,21	2,582	0,043*

*significativo para $p < 0,05$, ** significativo para $p < 0,01$ *** significativo para $p < 0,001$

Função Exercida Vs Resultados QCIAEFDSCA

Tabela 37 – Resultados da ANOVA One Way: Comparação entre os grupos com diferentes Funções em enfermagem nos resultados do QCIAEFDSCA

Função que exerce neste momento	Enfermeiro Generalista (n= 499)	Enfermeiro Especialista (n=166)	Enfermeiro Responsável (n=41)	Cargos com funções de liderança (n=29)	F	p	Investigação/ Docência (n=3)
	Média±DP	Média±DP	Média±DP	Média±DP			Média±DP
Conhecimentos acerca das Intervenções Autônomas de Enfermagem Face ao Doente com Síndrome Coronário Agudo							
Fator 1 – Gestão de Cuidados Percepcionados para a Autonomia do Cliente (GCPAC)	94,20±9,80	93,86±11,00	93,17±9,54	97,07±5,09	1,018	0,384	95,00±5,00
Fator 2 – Gestão de Protocolos Terapêuticos Complexos (F.I.A.P. - H.)	59,77±27,10	61,07±25,19	51,07±27,88	61,85±23,64	1,649	0,177	43,75±16,54
Fator 3 – Gestão do Risco e Prevenção de Eventos Adversos (GRPEA)	87,44±13,94	89,66±13,67	89,63±16,90	87,93±13,97	1,209	0,306	80,56±8,67
Fator 4 – Procedimentos Iniciais de Avaliação do Cliente (PIAC)	68,70±10,42	68,05±11,49	68,19±11,29	68,97±12,33	0,183	0,908	69,44±13,39
Fator 5 - Gestão de Protocolos Terapêuticos Complexos (M.O.N.A.)	78,17±23,98	77,71±23,41	76,68±23,26	78,45±18,03	0,063	0,979	77,08±18,04
Fator 6 – Gestão Documental da Dor e do Bem-Estar do Cliente (GDDBC)	94,80±9,20	95,54±9,14	95,00±9,94	97,24±4,74	0,847	0,469	95,00±0,00
Fator 7 – Gestão da Dor e Capacitação do Cliente (GDCC)	90,96±13,22	91,27±13,29	87,50±16,94	94,40±11,61	1,574	0,194	91,67±9,54
Fator 8 - Gestão de Intervenções de Enfermagem Autônomas (GIEA)	88,60±11,97	91,75±11,75	89,15±14,18	91,21±10,32	3,084	0,027*	91,67±2,88
Fator 9 – Gestão de Intervenções de Enfermagem Interdependentes	92,47±11,47	92,66±11,98	92,68±13,18	95,04±7,73	0,452	0,716	91,67±9,54
Fator global	83,96±8,20	84,72±9,14	82,91±9,77	85,77±6,69	0,974	0,404	81,98±4,65

*significativo para $p < 0,05$

Tabela 38- Resultados do QCIAEFDSCA agrupados nas categorias : Conhecimentos insuficientes (0-49%), Conhecimentos Razoáveis (50-74%) e Conhecimentos Bons ($\geq 75\%$)

Amostra Total (N=738)		Conhecimentos Insuficientes (0%-49%)	Conhecimentos Razoáveis (50%-74%)	Conhecimentos Bons ($\geq 75\%$)
Fator 1 -GCPAC	n (%)	4 (0,5%)	27 (3,7%)	707 (95,8%)
Fator 2- F.I.A.P. - H.	n (%)	170 (23,0%)	300 (40,7%)	268 (36,3%)
Fator 3 -GRPEA	n (%)	12 (1,6%)	90 (12,2%)	636 (86,2%)
Fator 4- PIAC	n (%)	38 (5,1%)	364 (49,3%)	336 (45,5%)
Fator 5 - M.O.N.A.	n (%)	78 (10,6%)	116 (15,7%)	544 (73,7%)
Fator 6 -GDDBC	n (%)	0 (0%)	24 (3,3%)	714 (96,7%)
Fator 7 -GDCC	n (%)	11 (1,5%)	51 (6,9%)	676 (91,6%)
Fator 8 - GIEA	n (%)	7 (0,9%)	58 (7,9%)	673 (91,2%)
Fator 9 - GIEI	n (%)	5 (0,7%)	39 (5,3%)	694 (94,0%)
Total de Conhecimentos	n (%)	6 (0,8%)	81 (11,0%)	651 (88,2%)

As dimensões em que há uma percentagem mais baixa de enfermeiros com bons conhecimentos são : Fator 2 – Gestão de Protocolos Terapêuticos Complexos (F.I.A.P. - H.) (apenas 36,3% revela bons conhecimentos) e Fator 4 – Procedimentos Iniciais de Avaliação do Cliente (PIAC) (apenas 45,5% revela bons conhecimentos).

Tabela 39 - Percentagem de respostas corretas nos itens do QCIAEFDSCA

AMOSTRA TOTAL (N= 738)		% Respostas Corretas
GCPAC	p28	654 (88,6%)
	p29	700 (94,9%)
	p30	622 (84,3%)
	p31	449 (60,8 %)
	p32	658 (89,2%)
FIAP-H	p23	228 (30,9%)
	p24	230 (31,2%)
	p25	140 (19,0%)
	p26	206 (27,9%)
GRPEA	p50	508 (68,8%)
	p51	587 (79,5%)
	p52	420 (56,9%)
	p55	618 (83,7%)
	p56	459 (62,2%)
	p57	511 (69,2%)
PIAC	p10	418 (56,6%)
	p11	374 (50,7%)
	p13	380 (51,5%)
	p15	575 (77,9%)
	p17	505 (68,4%)
	p18	510 (69,1%)
MONA	p19	217 (29,4%)
	p20	333 (45,1%)
	p21	452 (61,2%)
	p22	218 (29,5%)
GDBBC	p40	595 (80,6%)
	p41	667 (90,4%)
	p42	630 (85,4%)
	p43	607 (82,2%)
	p54	627 (85,0%)
GDCC	p44	571 (77,4%)
	p45	516 (69,9%)
	p46	547 (74,1%)
	p53	568 (77,0%)
GIEA	p1	529 (71,7%)
	p6	538 (72,9%)
	p7	489 (66,3%)
	p8	437 (59,2%)
GIEI	p9	569 (77,1%)
	p33	563 (76,3%)
	p34	568 (77,0%)
	p35	634 (85,9%)
	p36	587 (79,5%)

Os itens em que menos de 50% dos enfermeiros do estudo deram respostas corretas foram: todos os itens do Fator 2 – Gestão de Protocolos Terapêuticos Complexos (F.I.A.P.

- H.) e nos itens 20 e 22 do Fator 5 - Gestão de Protocolos Terapêuticos Complexos (M.O.N.A.).

Tabela 40 - Comparação entre o sexo e os resultados do QCIAEFDSCA agrupados nas categorias : Conhecimentos insuficientes (0-49%), Conhecimentos Razoáveis (50-74%) e Conhecimentos Bons ($\geq 75\%$)

		Insuficientes (0%-49%)	Razoáveis (50%-74%)	Bons ($\geq 75\%$)
Masculino (n=177)	Fator 1 -GCPAC	0 (0%)	6 (3,4%)	171 (96,6%)
	Fator 2- F.I.A.P. - H.	38 (21,5%)	66 (37,3)	73 (41,2%)
	Fator 3 -GRPEA	3 (1,7%)	26 (14,7%)	148 (83,6%)
	Fator 4- PIAC	5 (2,8%)	75 (42,4%)	97 (54,8%)
	Fator 5 - M.O.N.A.	17 (9,6%)	13 (7,3%)	147 (83,1%)
	Fator 6 -GDDBC	0 (0,0%)	6 (3,4%)	171 (96,6%)
	Fator 7 -GDCC	1 (0,6%)	14 (7,9%)	162 (91,5%)
	Fator 8 - GIEA	1 (0,6%)	13 (7,3%)	163 (92,1%)
	Fator 9 - GIEI	2 (1,1%)	7 (4,0%)	168 (94,9%)
	Total de Conhecimentos	0 (0,0%)	18 (10,2%)	159 (89,8%)
Feminino (n=561)	Fator 1 -GCPAC	4 (0,7%)	21 (3,7%)	536 (95,5%)
	Fator 2- F.I.A.P. - H.	132 (23,5%)	234 (41,7%)	195 (34,8%)
	Fator 3 -GRPEA	9 (1,6%)	64 (11,4%)	488 (87,0%)
	Fator 4- PIAC	33 (5,9%)	289 (51,5%)	239 (42,6%)
	Fator 5 - M.O.N.A.	61 (10,9%)	103 (18,4%)	397 (70,8%)
	Fator 6 -GDDBC	0 (0%)	18 (3,2%)	543 (96,8%)
	Fator 7 -GDCC	10 (1,8%)	37 (6,6%)	514 (91,6%)
	Fator 8 - GIEA	6 (1,1%)	45 (8,0%)	510 (90,9%)
	Fator 9 - GIEI	3 (0,5%)	32 (5,7%)	526 (93,8%)
	Total de Conhecimentos	6 (1,1%)	63 (11,2%)	492 (87,7%)

Complementando a análise inferencial feita anteriormente onde se constataram diferenças significativas entre sexo feminino e masculino nos fatores 2, 3 e 4 verificou-se que no sexo masculino há uma percentagem mais elevada de enfermeiros com conhecimentos bons nos fatores 2 (M-41,2%, F-34,8%) e 4 (M-54,8% e 42,6%) enquanto no sexo feminino há uma maior percentagem de enfermeiras com conhecimentos bons no fator 3 (M-83,6% e F-87,0%).

Tabela 41 - Diferenças significativas entre o sexo e a percentagem de respostas corretas nos itens do QCIAEFDSCA

			Percentagem de respostas corretas		Qui-Quadrado
		n (%)	Feminino (n=561)	Masculino (n=177)	
F1-GCPAC	p30	n (%)	486 (86,6%)	136 (76,8%)	$X^2=9,744$, $p=0,002^{**}$
F2-FIAP-H	p24	n (%)	159 (28,3%)	71 (40,1%)	$X^2=8,690$, $p=0,003^{**}$
	p25	n (%)	97 (17,3%)	43 (24,3%)	$X^2=4,293$, $p=0,038^*$
F3-GRPEA	p51	n (%)	456 (81,3%)	131 (74,0%)	$X^2=4,372$, $p=0,037^*$
	p57	n (%)	403(71,8%)	108 (61,0%)	$X^2=7,395$, $p=0,007^{**}$
	p10	n (%)	295 (52,6%)	123 (69,5%)	$X^2=15,660$, $p=0,000^{***}$
F4-PIAC	p11	n (%)	264 (47,1%)	110 (62,1%)	$X^2=12,254$, $p=0,000^{***}$
	p17	n (%)	363 (64,7%)	142 (80,2%)	$X^2=15,00$, $p=0,000^{***}$
	p18	n (%)	377 (67,2%)	133 (75,1%)	$X^2=3,973$, $p=0,046^*$
F5-MONA	p19	n (%)	147 (26,2%)	70 (39,5%)	$X^2=11,543$, $p=0,001^{**}$
	p22	n(%)	152 (27,1%)	66 (37,3%)	$X^2=6,717$, $p=0,010^{**}$
F6-GDBBC	p43	n (%)	474 (84,5%)	133 (75,1%)	$X^2=8,058$, $p=0,005^{**}$
F7-GDCC	p46	n (%)	426 (75,9%)	121 (68,4)	$X^2=4,024$, $p=0,045^*$

O teste Qui-quadrado revelou diferenças significativas entre sexo feminino e sexo masculino na percentagem de acertos em 13 itens da escala CIAEFDSCA: O grupo de enfermeiros do sexo feminino revelaram uma maior percentagem de acertos nos itens 30 (F-86,6%, M-76,8%), 51 (F-81,3%, M-74%), 57 (F-71,8%, M-61%), 43 (F-84,5%, M-75,1%), e 46 (F-75,9%, M-68,4%), e o grupo de enfermeiros do sexo masculino uma maior percentagem de acertos nos itens 24 (F-28,3%, M-40,1%), 25 (F-17,3%, M-24,4%), 10 (F-52,6%, M-69,5%), 11 (F-47,1%, M-62,1%), 17 (F-64,7%, M-80,2%), 18 (F-67,2%, M-75,1%), 19 (F-26,2%, M-39,5%), e 22 (F-27,1%, M-37,3%).

Tabela 42 - Comparação entre os 3 grupos etários e os resultados do QCIAEFDSCA agrupados nas categorias: Conhecimentos insuficientes (0-49%), Conhecimentos Razoáveis (50-74%) e Conhecimentos Bons ($\geq 75\%$)

			Insuficientes (0%-49%)	Razoáveis (50%- 74%)	Bons ($\geq 75\%$)
<= 30 anos (n=304)	Fator 1 -GCPAC	n (%)	0 (0%)	8 (4,2%)	181 (95,8%)
	Fator 2- F.I.A.P. - H.	n (%)	55 (29,1%)	72 (38,1%)	62 (32,8%)
	Fator 3 -GRPEA	n (%)	4 (2,1%)	16 (8,5%)	169 (89,4%)
	Fator 4- PIAC	n (%)	10 (5,3%)	101 (53,4%)	78 (41,3%)
	Fator 5 - M.O.N.A.	n (%)	22 (11,6%)	31 (16,4%)	136 (72,0%)
	Fator 6 -GDDBC	n (%)	0 (0,0%)	9 (4,8%)	180 (95,2%)
	Fator 7 -GDCC	n (%)	6 (3,2%)	11 (5,8%)	172 (91,0%)
	Fator 8 - GIEA	n (%)	2 (1,1%)	14 (7,4%)	173 (91,5%)
	Fator 9 - GIEI	n (%)	2 (1,1%)	16 (8,5%)	171 (90,5%)
	Total de Conhecimentos	n (%)	2 (1,1%)	21 (11,1%)	166 (87,8%)
31 – 40 anos (n=232)	Fator 1 -GCPAC	n (%)	2 (0,6%)	12 (3,9%)	294 (95,5%)
	Fator 2- F.I.A.P. - H.	n (%)	59 (19,2%)	123 (39,9%)	126 (40,9%)
	Fator 3 -GRPEA	n (%)	5 (1,6%)	44 (14,3%)	259 (84,1%)
	Fator 4- PIAC	n (%)	13 (4,2%)	149 (48,4%)	146 (47,4%)
	Fator 5 - M.O.N.A.	n (%)	27 (8,8%)	39 (12,7%)	242 (78,6%)
	Fator 6 -GDDBC	n (%)	0 (0,0%)	10 (3,2%)	298 (96,8%)
	Fator 7 -GDCC	n (%)	1 (0,3%)	26 (8,4%)	281 (91,2%)
	Fator 8 - GIEA	n (%)	4 (1,3%)	23 (7,5%)	281 (91,2%)
	Fator 9 - GIEI	n (%)	2 (0,6%)	10 (3,2%)	296 (96,1%)
	Total de Conhecimentos	n (%)	1 (0,3%)	32 (10,4%)	275 (89,3%)
> 40 anos (n=202)	Fator 1 -GCPAC	n (%)	2 (0,8%)	7 (2,9%)	232 (96,3%)
	Fator 2- F.I.A.P. - H.	n (%)	56 (23,2%)	105 (43,6%)	80 (33,2%)
	Fator 3 -GRPEA	n (%)	3 (1,2%)	30 (12,4%)	208 (86,3%)
	Fator 4- PIAC	n (%)	15 (6,2%)	114 (47,3%)	112 (46,5%)
	Fator 5 - M.O.N.A.	n (%)	29 (12,0%)	46 (19,1%)	166 (68,9%)
	Fator 6 -GDDBC	n (%)	0 (0,0%)	5 (2,1%)	236 (97,9%)
	Fator 7 -GDCC	n (%)	4 (1,7%)	14 (5,8%)	223 (92,5%)
	Fator 8 - GIEA	n (%)	1 (0,4%)	21 (8,7%)	219 (90,9%)
	Fator 9 - GIEI	n (%)	1 (0,4%)	13 (5,4%)	227 (94,2%)
	Total de Conhecimentos	n (%)	3 (1,2%)	28 (11,6%)	210 (87,1%)

Complementando a estatística inferencial anterior, que detetou diferenças significativas entre as faixas etárias nos fatores 2 e 6, constata-se que no fator 2, no grupo de enfermeiros com menos de 30 anos, 32,8% revelam bons conhecimentos, sendo essa percentagem superior no grupo com idade entre 31 e 40 anos (40,91%). No fator 4 uma vez mais é no grupo com menos de 30 anos que há menos enfermeiros com bons conhecimentos (41,3% comparativamente com 47,4% dos enfermeiros com idade entre os 31-40 anos e 46,5% dos enfermeiros com mãos de 40 anos).

Tabela 43 - Diferenças significativas entre os 3 grupos etários e a percentagem de respostas corretas nos itens do QCIAEFDSCA

			<= 30 anos (n=189)	31 – 40 anos (n=308)	>40 anos (n= 241)	Qui-Quadrado
F4-PIAC	p11	n (%)	105 (55,6%)	162 (52,6%)	107 (44,4%)	$X^2 = 6,055, p = 0,048^*$
	p17	n (%)	129 (68,3%)	228 (74,0%)	148 (61,4%)	$X^2 = 9,963, p = 0,007^{**}$
F6-GDBBC	p40	n (%)	132 (69,8%)	261 (84,7%)	202 (83,8%)	$X^2 = 18,480, p = 0,000^{***}$
	p1	n (%)	139 (73,5%)	233 (75,6%)	157 (65,1%)	$X^2 = 7,784, p = 0,020^*$
F8-GIEA	p6	n (%)	127 (67,2%)	224 (72,7%)	187 (77,6%)	$X^2 = 5,805, p = 0,05^*$

Averiguou-se em que itens havia diferenças significativas entre as faixas etárias na percentagem de respostas corretas, constatando-se que nos itens 11, 17 e 1 são os enfermeiros mais velhos (com mais de 40 anos) que têm uma percentagem mais baixa de respostas corretas (p11 : < 30 anos : 55,5%, 31-40 anos :52,5% e > 40 anos : 44,4%/P17 : < 30 anos: 68,5%, 31-40 anos:74% e > 40 anos : 61,4%/ P1: < 30 anos : 73,5%, 31-40 anos : 75,6% e > 40 anos : 65,1%). Nos itens 40 e 6 são os enfermeiros mais novos que revelam uma percentagem inferior de respostas corretas (P40: < 30 anos: 69,8%, 31-40 anos: 84,7%, > 40 anos: 83,3%/ P6: < 30 anos : 67,2%, 31-40 anos : 72,7% e > 40 anos 77,6%).

Tabela 44 - Diferenças significativas entre os 3 grupos etários e a percentagem de respostas corretas nos itens do QCIAEFDSCA

			Insuficientes (0%-49%)	Razoáveis (50%- 74%)	Bons (>=75%)
Pós-licenciatura (n=110)	Fator 1 -GCPAC	n (%)	1 (0,9%)	2 (1,8%)	107 (97,3%)
	Fator 2- F.I.A.P. - H.	n (%)	23 (20,9%)	47 (42,7%)	40 (36,4%)
	Fator 3 -GRPEA	n (%)	2 (1,8%)	10 (9,1%)	98 (89,1%)
	Fator 4- PIAC	n (%)	3 (2,7%)	59 (53,6)	48 (43,6%)
	Fator 5 - M.O.N.A.	n (%)	12 (10,9%)	16 (14,5%)	82 (74,5%)
	Fator 6 -GDDBC	n (%)	0 (0%)	1 (0,9%)	109 (99,1%)
	Fator 7 -GDCC	n (%)	1 (0,9%)	11 (10,0%)	98 (89,1%)
	Fator 8 - GIEA	n (%)	0 (0,0%)	10 (9,1%)	100 (90,9%)
	Fator 9 - GIEI	n (%)	1 (0,9%)	3 (2,7%)	106 (96,4%)
	Total Conhecimentos	n (%)	0 (0,0%)	11 (10,0%)	106 (90%)
Pós Graduação (n=118)	Fator 1 -GCPAC	n (%)	0 (0,0%)	2 (1,7%)	116 (98,3%)
	Fator 2- F.I.A.P. - H.	n (%)	36 (30,5%)	44 (37,3%)	38 (32,2%)
	Fator 3 -GRPEA	n (%)	1 (0,8%)	16 (13,6%)	101 (85,6%)
	Fator 4- PIAC	n (%)	3 (2,5%)	55 (46,6%)	60 (50,8%)
	Fator 5 - M.O.N.A.	n (%)	13 (11,0%)	16 (13,6%)	89 (75,4%)
	Fator 6 -GDDBC	n (%)	0 (0,0%)	3 (2,5%)	115 (97,5%)
	Fator 7 -GDCC	n (%)	3 (2,5%)	6 (5,1%)	109 (92,4%)
	Fator 8 - GIEA	n (%)	2 (1,7%)	11 (9,3%)	105 (78,0%)
	Fator 9 - GIEI	n (%)	0 (0%)	7 (5,9%)	111 (94,1%)
	Total de conhecimentos	n (%)	1 (0,8%)	7 (5,9%)	110 (93,2%)
Ambo (n=87)	Fator 1 -GCPAC	n (%)	0 (0,0%)	3 (3,1%)	94 (96,9%)
	Fator 2- F.I.A.P. - H.	n (%)	15 (15,5%)	44 (45,4%)	38 (39,2%)
	Fator 3 -GRPEA	n (%)	2 (2,1%)	10 (10,3%)	85 (87,6%)
	Fator 4- PIAC	n (%)	5 (5,2%)	43 (44,35)	49 (50,5%)
	Fator 5 - M.O.N.A.	n (%)	7 (7,2%)	17 (17,5%)	73 (75,3%)
	Fator 6 -GDDBC	n (%)	0 (0,0%)	1 (1,0%)	96 (99,0%)
	Fator 7 -GDCC	n (%)	1 (1,0%)	6 (6,2%)	90 (92,8%)
	Fator 8 - GIEA	n (%)	0 (0,0%)	4 (4,1%)	93 (95,9%)
	Fator 9 - GIEI	n (%)	1 (1,0%)	3 (3,1%)	93 (95,9%)
	Total de Conhecimentos	n (%)	0 (0%)	5 (5,2%)	92 (94,8%)

Complementando a estatística inferencial anterior, que detetou diferenças significativas entre os enfermeiros com diferentes habilitações profissionais no fator 2, constatou-se que são os enfermeiros com pós graduação os que revelam uma percentagem mais baixa de bons conhecimentos (32,2%), sendo essas percentagens de 36,4% e 39,2% nos grupos com pós licenciatura e ambas a formações.

Tabela 45 - Diferenças significativas entre enfermeiros com diferentes habilitações profissionais na percentagem de respostas corretas nos itens do QCIAEFDSCA

			pós-licenciatura (n=110)	Pós Graduação (n=118)	Ambos (n=97)	Qui-Quadrado
GCPAC	p30	n (%)	93 (84,5%)	109 (92,4%)	77 (79,4%)	$X^2 = 7,626$ $p = 0,02^*$
GRPEA	p52	n (%)	78 (70,9%)	58 (49,2%)	59 (60,8%)	$X^2 = 11,267$ $p = 0,004^{**}$
PIAC	p10	n (%)	56 (50,9%)	79 (66,9%)	65 (67,0%)	$X^2 = 7,938$ $p = 0,019^*$
GDCC	p53	n (%)	88 (80,0%)	89 (75,4%)	86 (88,7%)	$X^2 = 6,133$ $p = 0,047^*$

Ao averiguar-se os itens em que há diferenças significativas na percentagem de respostas corretas constata-se que nos itens 52 e 53 é no grupo com pós graduação que há uma percentagem mais baixa de respostas corretas (P52 : Pós licenciatura 70,9%, pós graduação 49,2% e ambos : 60,8% / P53 Pós licenciatura 80%, pós graduação 75,4% e ambos : 88,7%). No item 30 é no grupo com ambas as formações que há uma percentagem mais baixa de respostas corretas (P30 : Pós licenciatura 84,5%, pós graduação 92,4% e ambos : 79,4%). No item 10 é o grupo com pós licenciatura que revela uma percentagem mais baixa de respostas corretas (P10: Pós licenciatura 50,9%%, pós graduação 66,9% e ambos: 67%).

Tabela 46 - Comparação entre enfermeiros com diferentes habilitações académicas e os resultados do QCIAEFDSCA agrupados nas categorias: Conhecimentos insuficientes (0-49%), Conhecimentos Razoáveis (50-74%) e Conhecimentos Bons ($\geq 75\%$)

			Insuficientes (0%-49%)	Razoáveis (50%-74%)	Bons ($\geq 75\%$)
bacharelato/ licenciatura (n=554)	Fator 1 -GCPAC	n (%)	1 (0,2%)	18 (3,2%)	535 (96,6%)
	Fator 2- F.I.A.P. - H.	n (%)	139 (25,1%)	212 (38,3%)	203 (36,6%)
	Fator 3 -GRPEA	n (%)	10 (1,8%)	67 (12,1%)	477 (86,1%)
	Fator 4- PIAC	n (%)	27 (4,9%)	271 (48,9%)	256 (46,2%)
	Fator 5 - M.O.N.A.	n (%)	56 (10,1%)	87 (15,7%)	411 (74,2%)
	Fator 6 -GDDBC	n (%)	0 (0%)	17 (3,1%)	537 (96,9%)
	Fator 7 -GDCC	n (%)	10 (1,8%)	34 (6,1%)	510 (92,1%)
	Fator 8 - GIEA	n (%)	5 (0,9%)	47 (8,5%)	502 (90,6%)
	Fator 9 - GIEI	n (%)	3 (0,5%)	30 (5,4%)	521 (94,0%)
	Total Conhecimentos	n (%)	3 (0,5%)	58 (10,5%)	493 (89,0%)
Mestrado /doutoramento	Fator 1 -GCPAC	n (%)	3 (1,6%)	9 (4,9%)	172 (93,5%)
	Fator 2- F.I.A.P. - H.	n (%)	31 (16,8%)	88 (47,8%)	65 (35,3%)
	Fator 3 -GRPEA	n (%)	2 (1,1%)	23 (12,5%)	159 (86,4%)
	Fator 4- PIAC	n (%)	11 (6,0%)	93 (50,5%)	80 (43,5%)
	Fator 5 - M.O.N.A.	n (%)	22 (12,0%)	29 (15,8%)	133 (72,3%)
	Fator 6 -GDDBC	n (%)	0 (0%)	7 (3,8%)	177 (96,2%)
	Fator 7 -GDCC	n (%)	1 (0,5%)	17 (9,2%)	166 (90,2%)
	Fator 8 - GIEA	n (%)	2 (1,1%)	11 (6,0%)	171 (92,9%)
	Fator 9 - GIEI	n (%)	2 (1,1%)	9 (4,9%)	173 (94,0%)
	Total de Conhecimentos	n (%)	3 (1,6%)	23 (12,5%)	158 (85,9%)

Constata-se que no fator 9 a percentagem de respostas corretas nos dois grupos é idêntica (94% nos dois grupos) o que evidencia que o resultado significativo obtido com o t de student nas médias deste fator mostrou que ambos os grupos têm médias reveladoras de bons conhecimentos embora seja mais elevada no grupo com bacharelato/licenciatura.

Tabela 47 - Diferenças significativas entre enfermeiros com diferentes habilitações académicas na percentagem de respostas corretas nos itens do QCIAEFDSCA

			bacharelato/ licenciatura (n=554)	mestrado/ doutoramento (n=184)	Qui-Quadrado
GCPAC	p29	n (%)	536 (96,8%)	164 (89,1%)	X ² = 16,423 p= 0,000***
	p30	n (%)	476 (85,9%)	146 (79,3%)	X ² = 4,504 p= 0,034*
PIAC	p15	n (%)	443 (80,0%)	132 (71,7%)	X ² = 5,430 p= 0,020*
GIEI	p33	n (%)	434 (78,3%)	129 (70,1%)	X ² = 5,173 p= 0,023*
	p36	n (%)	451 (81,4%)	136 (73,9%)	X ² = 4,768 p= 0,029*

Nos itens 29, 30, 15, 33 e 36 são os enfermeiros com bacharelato/licenciatura que revelam uma percentagem mais elevada de respostas corretas comparativamente com os enfermeiros com Mestrado/Doutoramento (p29 : Bacha/Lic : 96,8% Mest/Dout: 89,1%/ p30 : Bacha/Lic : 85,9% Mest/Dout: 79,3%/ p15 : Bacha/Lic : 80% Mest/Dout: 71,7%/ p33: Bacha/Lic : 78,3% Mest/Dout: 70,1%/ p36 : Bacha/Lic : 81,4% Mest/Dout: 73,9%).

Tabela 48 - Comparação entre enfermeiros com diferentes tempos de exercício profissional e os resultados do QCIAEFDSCA agrupados nas categorias: Conhecimentos insuficientes (0-49%), Conhecimentos Razoáveis (50-74%) e Conhecimentos Bons ($\geq 75\%$)

		Insuficientes (0%-49%)	Razoáveis (50%- 74%)	Bons ($\geq 75\%$)	
<= 10 anos (n=304)	Fator 1 -GCPAC	n (%)	1 (0,3%)	15 (4,9%)	288 (94,7%)
	Fator 2- F.I.A.P. - H.	n (%)	79 (26,0%)	109 (35,9%)	116 (38,2%)
	Fator 3 -GRPEA	n (%)	8 (2,6%)	36 (11,8%)	260 (85,5%)
	Fator 4- PIAC	n (%)	14 (4,6%)	152 (50,0%)	138 (45,4%)
	Fator 5 - M.O.N.A.	n (%)	36 (11,8%)	48 (15,8%)	220 (72,4%)
	Fator 6 -GDDBC	n (%)	0 (0,0%)	14 (4,6%)	290 (95,4%)
	Fator 7 -GDCC	n (%)	7 (2,3%)	22 (7,2%)	275 (90,5%)
	Fator 8 - GIEA	n (%)	4 (1,3%)	23 (7,6%)	277 (91,1%)
	Fator 9 - GIEI	n (%)	2 (0,7%)	22 (7,2%)	280 (92,1%)
	Total de Conhecimentos	n (%)	2 (0,7%)	37 (12,2%)	265 (87,2%)
11 - 20 anos (n=232)	Fator 1 -GCPAC	n (%)	1 (0,4%)	6 (2,6%)	225 (97,0%)
	Fator 2- F.I.A.P. - H.	n (%)	39 (16,8%)	104 (44,8%)	89 (38,4%)
	Fator 3 -GRPEA	n (%)	1 (0,4%)	26 (11,2%)	205 (88,4%)
	Fator 4- PIAC	n (%)	10 (4,3%)	114 (49,1%)	108 (46,6%)
	Fator 5 - M.O.N.A.	n (%)	14 (6,0%)	28 (12,1%)	190 (81,9%)
	Fator 6 -GDDBC	n (%)	0 (0,0%)	5 (2,2%)	227 (97,8%)
	Fator 7 -GDCC	n (%)	0 (0,0%)	17 (7,3%)	215 (92,7%)
	Fator 8 - GIEA	n (%)	2 (0,9%)	15 (6,5%)	215 (92,7%)
	Fator 9 - GIEI	n (%)	2 (0,9%)	5 (2,2%)	225 (97,0%)
	Total de Conhecimentos	n (%)	1 (0,4%)	17 (7,3%)	214 (92,2%)
> 20 anos (n=202)	Fator 1 -GCPAC	n (%)	2 (1,0%)	6 (3,0%)	194 (96,0%)
	Fator 2- F.I.A.P. - H.	n (%)	52 (25,7%)	87 (43,1%)	63 (31,2%)
	Fator 3 -GRPEA	n (%)	3 (1,5%)	28 (13,9%)	171 (84,7%)
	Fator 4- PIAC	n (%)	14 (6,9%)	98 (48,5%)	90 (44,6%)
	Fator 5 - M.O.N.A.	n (%)	28 (13,9%)	40 (19,8%)	134 (66,3%)
	Fator 6 -GDDBC	n (%)	0 (0%)	5 (2,5%)	197 (97,5%)
	Fator 7 -GDCC	n (%)	4 (2,0%)	12 (5,9%)	186 (92,1%)
	Fator 8 - GIEA	n (%)	1 (0,5%)	20 (9,9%)	181 (89,6%)
	Fator 9 - GIEI	n (%)	1 (0,5%)	12 (5,9%)	189 (93,6%)
	Total de Conhecimentos	n (%)	3 (1,5%)	27 (13,4%)	172 (85,1%)

Constata-se que no fator 2 e fator 5 é no grupo de enfermeiros com tempo de experiência superior a 20 anos que há uma percentagem mais baixa de bons conhecimentos (F2 : < 10 anos:38,2%, 11-20 anos : 38,4% e > 20 anos : 31,2%/ F5 : < 10 anos:72,4%, 11-20 anos : 81,9% e > 20 anos : 66,3%). Constata-se que no fator 6 a percentagem de respostas corretas nos 3 grupos é idêntica (< 10 anos:95,4%, 11-20 anos : 97,8% e > 20 anos : 97,5%) o que evidencia que o resultado significativo obtido com a ANOVA nas médias deste fator mostrou que os grupos têm médias reveladoras de bons conhecimentos embora seja ligeiramente mais elevada no grupo com 11-20 anos de experiência.

Tabela 49 - Diferenças significativas entre enfermeiros com diferentes tempos de exercício profissional na percentagem de respostas corretas nos itens do QCIAEFDSCA

			<= 10 anos (n=304)	11 - 20 anos (n=232)	> 20 anos (n=202)	Qui-Quadrado
GRPEA	p55	n (%)	242 (79,6%)	202 (87,1%)	174 (86,1%)	X ² = 6,559 p= 0,038*
	p11	n (%)	172 (56,6%)	115 (49,6%)	87 (43,1%)	X ² = 9,028 p= 0,011*
PIAC	p15	n (%)	246 (80,9%)	185 (79,7%)	144 (71,3%)	X ² = 7,203 p= 0,027*
	p17	n (%)	216 (71,1%)	166 (71,6%)	123 (60,9%)	X ² = 7,329 p= 0,026*
MONA	p20	n (%)	128 (42,1%)	127 (54,7%)	78 (38,6%)	X ² = 13,242 p= 0,001***
	p21	n (%)	190 (62,5%)	155 (66,8%)	107 (53,0%)	X ² = 9,056 p= 0,01**
GDBBC	p40	n (%)	225 (74,0%)	200 (86,2%)	170 (84,2%)	X ² = 14,749 p= 0,001***
GIEA	p1	n (%)	219 (72,0%)	178 (76,7%)	132 (65,3%)	X ² = 6,119 p= 0,031*

Nos itens 11, 15, 17, 20, 21 e 1 é no grupo de enfermeiros com mais de 20 anos de experiência que há uma percentagem mais baixa de respostas corretas comparativamente com os outros grupos. Nos itens 55 e 40 são os enfermeiros com menos de 10 anos de experiência que revelam uma percentagem inferior de respostas corretas.

Tabela 50- Comparação entre enfermeiros com diferentes títulos profissionais e os resultados do QCIAEFDSCA agrupados nas categorias: Conhecimentos insuficientes (0-49%), Conhecimentos Razoáveis (50-74%) e Conhecimentos Bons ($\geq 75\%$)

			Insuficientes (0%-49%)	Razoáveis (50%- 74%)	Bons ($\geq 75\%$)
Enfermeiro (n=452)	Fator 1 -GCPAC	n (%)	1 (0,2%)	18 (4,0%)	433 (95,8%)
	Fator 2- F.I.A.P. - H.	n (%)	113 (25,0%)	167 (36,9%)	172 (38,1%)
	Fator 3 -GRPEA	n (%)	8 (1,8%)	59 (13,1%)	385 (85,2%)
	Fator 4- PIAC	n (%)	21 (4,6%)	227 (50,2%)	204 (45,1%)
	Fator 5 - M.O.N.A.	n (%)	48 (10,6%)	69 (15,3%)	335 (74,1%)
	Fator 6 -GDDBC	n (%)	0 (0,0%)	19 (4,2%)	433 (95,8%)
	Fator 7 -GDCC	n (%)	10 (2,2%)	31 (6,9%)	411 (90,9%)
	Fator 8 - GIEA	n (%)	5 (1,1%)	41 (9,1%)	406 (89,8%)
	Fator 9 - GIEI	n (%)	2 (0,4%)	29 (6,4%)	421 (93,1%)
	Total Conhecimentos	n (%)	4 (0,9%)	53 (11,7%)	395 (87,4%)
Enfermeiro especialista (n=286)	Fator 1 -GCPAC	n (%)	3 (1,0%)	9 (3,1%)	274 (95,8%)
	Fator 2- F.I.A.P. - H.	n (%)	57 (19,9%)	133 (46,5%)	96 (33,6%)
	Fator 3 -GRPEA	n (%)	4 (1,4%)	31 (10,8%)	251 (87,8%)
	Fator 4- PIAC	n (%)	17 (5,9%)	137 (47,9%)	132 (46,2%)
	Fator 5 - M.O.N.A.	n (%)	30 (10,5%)	47 (16,4%)	209 (73,1%)
	Fator 6 -GDDBC	n (%)	0 (0,0%)	5 (1,7%)	281 (98,3%)
	Fator 7 -GDCC	n (%)	1 (0,3%)	20 (7,0%)	265 (92,7%)
	Fator 8 - GIEA	n (%)	2 (0,7%)	17 (5,9%)	267 (93,4%)
	Fator 9 - GIEI	n (%)	3 (1,0%)	10 (3,5%)	273 (95,5%)
	Total Conhecimentos	n (%)	2 (0,7%)	28 (9,8%)	256 (89,5%)

Observando a percentagem de enfermeiros com bons conhecimentos nos fatores 3, 6 e 8 onde haviam sido identificadas diferenças significativas verifica-se que os enfermeiros especialistas revelam percentagens ligeiramente mais altas de bons conhecimentos comparativamente com os enfermeiros (F3: Enf-85,2%, Espec-87,8%/F6: Enf-95,8%, Espec-98,3%/ F8: Enf-89,8%, Espec-93,4%).

Tabela 51 - Diferenças significativas entre enfermeiros com diferentes títulos profissionais na percentagem de respostas corretas nos itens do QCIAEFDSCA

			Enfermeiro (n=452)	Enfermeiro Especialista (n=286)	Qui-Quadrado
GRPEA	p52	n (%)	227 (50,2%)	193 (67,5%)	$X^2= 21,283$ $p= 0,000***$
	p55	n (%)	364 (80,5%)	254 (88,8%)	$X^2= 8,820$ $p= 0,003**$
GDBBC	p40	n (%)	346 (76,5%)	249 (87,1%)	$X^2= 12,396$ $p= 0,000***$
GDCC	p53	n (%)	333 (73,7%)	235 (82,2%)	$X^2= 7,130$ $p= 0,008**$
GIEA	p1	n (%)	306 (67,7%)	223 (78,0%)	$X^2= 9,106$ $p= 0,003**$
	p6	n (%)	306 (67,7%)	232 (81,1%)	$X^2= 15,968$ $p= 0,000***$
	p7	n (%)	282 (62,4%)	207 (72,4%)	$X^2= 7,817$ $p= 0,005**$
GIEI	p34	n (%)	337 (74,6%)	231 (80,8%)	$X^2= 3,812$ $p= 0,050*$

Observaram-se diferenças significativas entre enfermeiros e enfermeiros especialistas na percentagem de respostas corretas nos itens : 52, 55, 40, 53, 1, 6, 7 e 34, revelando o grupo de enfermeiros especialistas uma maior percentagem de respostas corretas comparativamente com o grupo de enfermeiros.

Tabela 52 - Comparação entre enfermeiros com diferentes especialidades nos resultados do QCIAEFDSCA agrupados nas categorias: Conhecimentos insuficientes (0-49%), Conhecimentos Razoáveis (50-74%) e Conhecimentos Bons ($\geq 75\%$)

			Insuficientes (0%-49%)	Razoáveis (50%-74%)	Bons ($\geq 75\%$)
enf. Médico - cirúrgica (n=112)	Fator 1 -GCPAC	n (%)	0 (0%)	4 (3,3%)	118 (96,7%)
	Fator 2- F.I.A.P. - H.	n (%)	24 (19,7%)	48 (39,3%)	50 (41,0%)
	Fator 3 -GRPEA	n (%)	0 (0%)	15 (12,3%)	107 (87,7%)
	Fator 4- PIAC	n (%)	7 (5,7%)	47 (38,5%)	68 (55,7%)
	Fator 5 - M.O.N.A.	n (%)	13 (10,7%)	15 (12,3%)	94 (77,0%)
	Fator 6 -GDDBC	n (%)	0 (0%)	3 (2,5%)	119 (97,5%)
	Fator 7 -GDCC	n (%)	0 (0%)	9 (7,4%)	113 (92,6%)
	Fator 8 - GIEA	n (%)	1 (0,8%)	2 (1,6%)	119 (97,5%)
	Fator 9 - GIEI	n (%)	0 (0%)	5 (4,1%)	117 (95,9%)
	Total de Conhecimentos	n (%)	1 (0,8%)	8 (6,6%)	113 (92,6%)
enf. Reabilitação (n=62)	Fator 1 -GCPAC	n (%)	0 (0%)	1 (1,6%)	61 (98,4%)
	Fator 2- F.I.A.P. - H.	n (%)	14 (22,6%)	28 (45,2%)	20 (32,3%)
	Fator 3 -GRPEA	n (%)	0 (0%)	4 (6,5%)	58 (93,5%)
	Fator 4- PIAC	n (%)	2 (3,2%)	29 (46,8%)	31 (50,0%)
	Fator 5 - M.O.N.A.	n (%)	6 (9,7%)	4 (6,5%)	52 (83,9%)
	Fator 6 -GDDBC	n (%)	0 (0%)	0 (0%)	62 (100%)
	Fator 7 -GDCC	n (%)	0 (0%)	4 (6,5%)	58 (93,5%)
	Fator 8 - GIEA	n (%)	1 (1,6%)	5 (8,1%)	56 (90,3%)
	Fator 9 - GIEI	n (%)	0 (0%)	0 (0%)	62 (100%)
	Total de Conhecimentos	n (%)	0 (0%)	3 (4,8%)	59 (95,2%)
Especialidade em Enfermagem Comunitária (n=31)	Fator 1 -GCPAC	n (%)	1 (3,2%)	2 (6,5%)	28 (90,3%)
	Fator 2- F.I.A.P. - H.	n (%)	4 (12,9%)	19 (61,3%)	8 (25,8%)
	Fator 3 -GRPEA	n (%)	1 (3,2%)	7 (22,6%)	23 (74,2%)
	Fator 4- PIAC	n (%)	2 (6,5%)	17 (54,8%)	12 (38,7%)
	Fator 5 - M.O.N.A.	n (%)	3 (9,7%)	11 (35,5%)	17 (54,8%)
	Fator 6 -GDDBC	n (%)	0 (0%)	0 (0%)	31 (100%)
	Fator 7 -GDCC	n (%)	1 (3,2%)	1 (3,2%)	29 (93,5%)
	Fator 8 - GIEA	n (%)	0 (0%)	4 (12,9%)	27 (87,1%)
	Fator 9 - GIEI	n (%)	2 (6,5%)	3 (9,7%)	26 (83,9%)
	Total de Conhecimentos	n (%)	0 (0%)	8 (25,8%)	23 (74,2%)
enf. saúde materna (n=27)	Fator 1 -GCPAC	n (%)	2 (7,4%)	2 (7,4%)	23 (85,2%)
	Fator 2- F.I.A.P. - H.	n (%)	8 (29,6%)	10 (37,0%)	9 (33,3%)
	Fator 3 -GRPEA	n (%)	3 (11,1%)	2 (7,4%)	22 (81,5%)
	Fator 4- PIAC	n (%)	3 (11,1%)	17 (63,0%)	7 (25,9%)
	Fator 5 - M.O.N.A.	n (%)	3 (11,1%)	9 (33,3%)	15 (55,6%)
	Fator 6 -GDDBC	n (%)	0 (0%)	2 (7,4%)	25 (92,6%)
	Fator 7 -GDCC	n (%)	0 (0%)	3 (11,1%)	24 (88,9%)
	Fator 8 - GIEA	n (%)	0 (0%)	3 (11,1%)	24 (88,9%)
	Fator 9 - GIEI	n (%)	1 (3,7%)	1 (3,7%)	25 (92,6%)
	Total de Conhecimentos	n (%)	1 (3,7%)	4 (14,8%)	22 (81,5%)
saúde infantil e pediátrica (n=44)	Fator 1 -GCPAC	n (%)	0 (0%)	0 (0%)	44 (100%)
	Fator 2- F.I.A.P. - H.	n (%)	7 (15,9%)	28 (63,6%)	9 (20,5%)
	Fator 3 -GRPEA	n (%)	0 (0%)	3 (6,8%)	41 (93,2%)
	Fator 4- PIAC	n (%)	3 (6,8%)	27 (61,4%)	14 (31,8%)
	Fator 5 - M.O.N.A.	n (%)	5 (11,4%)	8 (18,2%)	31 (70,5%)

Fator 6 -GDDBC	n (%)	0 (0%)	0 (0%)	44 (100%)
Fator 7 -GDCC	n (%)	0 (0%)	3 (6,8%)	41 (93,2%)
Fator 8 - GIEA	n (%)	0 (0%)	3 (6,8%)	41 (93,2%)
Fator 9 - GIEI	n (%)	0 (0%)	1 (2,3%)	43 (97,7%)
Total de Conhecimentos	n (%)	0 (0%)	5 (11,4%)	39 (88,6%)

Complementando a estatística inferencial com a percentagem de enfermeiros com bons conhecimentos (média >75) nos grupos com diferentes especialidades constata-se no fator 3 que os grupos de saúde materna e enfermagem comunitária é onde a percentagem de bons conhecimentos é mais baixa (81,5% e 74,2% respetivamente), enquanto essa percentagem é de 87,7% na especialidade médico cirúrgica, 93,5% na enfermagem de reabilitação e 93,2% na saúde infantil pediátrica. No fator 4 são as especialidades Médico cirúrgica (55,7%) e enfermagem de reabilitação (50%) que revelam uma maior percentagem de bons conhecimentos, sendo essa percentagem mais baixa nas especialidades : comunitária (38,7%), saúde materna (25,9%) e saúde infantil pediátrica (31,8%). No Fator 9 constata-se que é a especialidade de enfermagem comunitária que revela uma percentagem mais baixa de bons conhecimentos (83,9%), sendo essa percentagem mais elevada nas outras especialidades : Reabilitação (100%), Médico cirúrgica (95,9%), Saúde Materna (92,6%) e saúde infantil pediátrica (97,7%).

Tabela 53 - Diferenças significativas entre enfermeiros com diferentes especialidades na percentagem de respostas corretas nos itens do QCIAEFDSCA

		n (%)	enf. médico-cirúrgica (n=122)	enf. reabilitação (n=62)	enf comunitária (n=31)	enf. saúde materna (n=27)	saúde infantil e pediátrica (n=44)	Qui-Quadrado
GCPAC	p32	n (%)	112 (91,8%)	62 (100%)	24 (77,4%)	22 (81,5%)	38 (86,4%)	X ² = 15,888 p= 0,003**
	p23	n (%)	53 (43,4%)	18 (29%)	8 (25,8%)	3 (11,1%)	12 (27,3%)	X ² = 13,714 p= 0,008**
FIAP-H	p25	n (%)	34 (27,9%)	9 (14,5%)	3 (9,7%)	2 (7,4%)	4 (9,1%)	X ² = 13,314 p= 0,006**
	p26	n (%)	45 (36,9%)	17(27,4%)	5 (16,1%)	3 (11,1%)	10 (22,7%)	X ² = 11,389 p= 0,023*
GRPEA	p55	n (%)	115 (94,3%)	59 (95,2%)	23 (74,2%)	20 (74,1%)	37 (84,1%)	X ² = 19,710 p= 0,001***
	p10	n (%)	85 (69,7%)	32 (51,6%)	15 (48,4%)	11 (40,7%)	19 (43,2%)	X ² = 15,959 p= 0,003**
PIAC	p17	n (%)	93 (76,2%)	48 (77,4%)	20 (64,5%)	14 (51,9%)	22 (50%)	X ² = 16,428 p= 0,002*
	p18	n (%)	97 (79,5%)	46 (74,2%)	20 (64,5%)	17 (63,0%)	21 (47,7%)	X ² = 17,328 p= 0,002*
MONA	p20	n (%)	68 (55,7%)	31 (50%)	8 (25,8%)	9 (33,3%)	12 (27,3%)	X ² = 18,007 p= 0,001***
	p21	n (%)	83 (68%)	40 (64,5%)	12 (38,7%)	15 (55,6%)	17 (38,6%)	X ² = 17,725 p= 0,002**
GDBBC	p41	n (%)	117 (95,9%)	59 (95,2%)	24 (77,4%)	23 (85,2%)	41 (93,2%)	X ² = 14,584 p= 0,006**
	p42	n (%)	107 (87,7%)	59 (95,2%)	22 (71%)	21 (77,8%)	38(86,4%)	X ² = 12,191 p= 0,016*
GIEI	p35	n (%)	110 (90,2%)	60 (96,8%)	22 (71%)	25 (92,6%)	35 (79,5%)	X ² = 17,230 p= 0,002**
	P36	n (%)	98 (80,3%)	54 (87,1%)	17 (54,8%)	22 (81,5%)	33 (75%)	X ² = 13,614 p= 0,009***

Nos itens em que se verificaram diferenças significativas entre as diferentes especialidades na percentagem de respostas corretas (32, 23, 25, 26, 55, 10, 17, 18, 20, 21, 41, 42, 35 e 36), constatou-se que as especialidades médico cirúrgica e enfermagem de reabilitação foram as que revelaram uma percentagem de respostas corretas superior aos dos outros grupos.

Tabela 54 - Comparação entre enfermeiros com diferentes funções nos resultados do QCIAEFDSCA agrupados nas categorias: Conhecimentos insuficientes (0-49%), Conhecimentos Razoáveis (50-74%) e Conhecimentos Bons ($\geq 75\%$)

			Insuficientes (0%-49%)	Razoáveis (50%- 74%)	Bons ($\geq 75\%$)
Generalista (n=499)	Fator 1 -GCPAC	Freq	3 (0,6%)	20 (4%)	476 (95,4%)
	Fator 2- F.I.A.P. - H.	Freq	118 (23,6%)	189 (37,9%)	192 (38,5%)
	Fator 3 -GRPEA	Freq	8 (1,6%)	63 (12,6%)	428 (85,8%)
	Fator 4- PIAC	Freq	26 (5,2%)	251 (50,3%)	222(44,5%)
	Fator 5 - M.O.N.A.	Freq	56 (11,2%)	69 (13,8%)	374 (74,9%)
	Fator 6 -GDDBC	Freq	0 (0%)	18 (3,6%)	481 (96,4%)
	Fator 7 -GDCC	Freq	7 (1,4%)	32 (6,4%)	460 (92,2%)
	Fator 8 - GIEA	Freq	4 (0,8%)	42 (8,4%)	453 (90,8%)
	Fator 9 - GIEI	Freq	3 (0,6%)	28 (5,6%)	468 (93,8%)
	Total de Conhecimentos	Freq	2 (0,4%)	60 (12%)	437 (87,6%)
Especialista (n=166)	Fator 1 -GCPAC	Freq	1 (0,6%)	6 (3,6%)	159 (95,8%)
	Fator 2- F.I.A.P. - H.	Freq	33 (19,9%)	78 (47%)	55 (33,1%)
	Fator 3 -GRPEA	Freq	2 (1,2%)	19 (11,4%)	145 (87,3%)
	Fator 4- PIAC	Freq	8 (4,8%)	81 (48,8%)	77 (46,4%)
	Fator 5 - M.O.N.A.	Freq	16 (9,6%)	30 (18,1%)	120 (72,3%)
	Fator 6 -GDDBC	Freq	0 (0%)	4 (2,4%)	162 (97,6%)
	Fator 7 -GDCC	Freq	1 (0,6%)	14 (8,4%)	151 (91%)
	Fator 8 - GIEA	Freq	2 (1,2%)	9 (5,4%)	155 (93,4%)
	Fator 9 - GIEI	Freq	1 (0,6%)	9 (5,4%)	156 (94%)
	Total de Conhecimentos	Freq	3 (1,8%)	14 (8,4%)	149 (89,8%)
Responsável (n=41)	Fator 1 -GCPAC	Freq	0 (0%)	1 (2,4%)	40 (97,6%)
	Fator 2- F.I.A.P. - H.	Freq	12 (29,3%)	18 (43,9%)	11 (26,8%)
	Fator 3 -GRPEA	Freq	2 (4,9%)	3 (7,3%)	36 (87,8%)
	Fator 4- PIAC	Freq	2 (4,9%)	19 (46,3%)	20 (48,8%)
	Fator 5 - M.O.N.A.	Freq	4 (9,8%)	10 (24,4%)	27 (65,9%)
	Fator 6 -GDDBC	Freq	0 (0%)	2 (4,9%)	39 (95,1%)
	Fator 7 -GDCC	Freq	2 (4,9%)	5 (12,2%)	34 (82,9%)
	Fator 8 - GIEA	Freq	1 (2,4%)	4 (9,8%)	36 (87,8%)
	Fator 9 - GIEI	Freq	1 (2,4%)	2 (4,9%)	38 (92,7%)
	Total de Conhecimentos	Freq	1 (2,4%)	5 (12,2%)	35 (85,4%)
Cargos com Funções de Liderança (n=29)	Fator 1 -GCPAC	Freq	0 (0%)	0 (0%)	29 (100%)
	Fator 2- F.I.A.P. - H.	Freq	6 (20,7%)	13 (44,8%)	10 (34,5%)
	Fator 3 -GRPEA	Freq	0 (0%)	4 (13,8%)	25 (86,2%)
	Fator 4- PIAC	Freq	2 (6,9%)	12 (41,4%)	15 (51,7%)
	Fator 5 - M.O.N.A.	Freq	2 (6,9%)	6 (20,7%)	21 (72,4%)
	Fator 6 -GDDBC	Freq	0 (0%)	0 (0%)	29 (100%)
	Fator 7 -GDCC	Freq	1 (3,4%)	0 (0%)	28 (96,6%)
	Fator 8 - GIEA	Freq	0 (0%)	3 (10,3%)	26 (89,7%)
	Fator 9 - GIEI	Freq	0 (0%)	0 (0%)	29 (100%)
	Total de Conhecimentos	Freq	0 (0%)	2 (6,9%)	27 (93,1%)

Complementando a estatística inferencial com a informação da percentagem de enfermeiros com bons conhecimentos no fator 8 (onde se verificaram diferenças significativas) constatou-se que a percentagem é superior no grupo de enfermeiros

especialistas (93,4%), comparativamente com os outros grupos: generalistas (90,8%), Responsáveis (87,8%), cargos de liderança (89,7%).

Tabela 55 - Diferenças significativas entre enfermeiros com diferentes funções na percentagem de respostas corretas nos itens do QCIAEFDSCA

			Generalista (n=499)	Especialista (n=166)	Responsável (n=41)	Cargos com funções de Liderança (n=29)	Qui-Quadrado
FIAP-H	P24	Freq	159 (31,9%)	58 (34,9%)	5 (12,2%)	8 (27,6%)	X ² = 8,243 p= 0,041*
GRPEA	P52	Freq	267 (53,5%)	113 (68,1%)	26 (63,4%)	13 (44,8%)	X ² = 13,229 p= 0,004*
GIEA	P6	Freq	344 (68,9%)	137 (82,5%)	30 (73,2%)	25 (86,2%)	X ² = 14,367 p= 0,002**
	P7	Freq	311 (62,3%)	125 (75,3%)	29 (70,7%)	22 (75,9%)	X ² = 11,089 p= 0,011*

Nos itens 6 e 7 do fator GIEA constatou-se que os enfermeiros generalistas foram os que revelaram uma percentagem mais baixa de respostas corretas (P6 – generalistas 68,9% enquanto a percentagem dos outros grupos oscilam entre 73,2%(especialistas) e 86,2% (cargos de liderança)/ P7 – generalistas 62,3% e outros grupos oscilam entre 70,7% (responsáveis) e 75,9% (cargos de liderança).

No item 24 são os responsáveis que revelam uma percentagem mais baixa de respostas corretas (12,2%), oscilando as percentagens dos outros grupos entre 27,6% (Cargos liderança) e 34,9% (especialistas). No item 52 são os cargos de liderança que revelam uma percentagem mais baixa de respostas corretas (44,8%), oscilando os outros grupos entre 53,5% (generalistas) e 68,1% (especialistas).

MODELOS PREDITORES CIAEFDSKA Vs COMPONENTES ESTRUTURAIIS DA PBE (Práticas, Atitudes e Conhecimentos/Habilidades e Competências)

Determinar se os conhecimentos dos enfermeiros portugueses acerca das intervenções autónomas no doente com SCA são preditores da PBE, implicou realizar análises de regressão univariada, usando em cada regressão, como variável dependente, os fatores do QECPBE e como variáveis independentes os 9 fatores da QCIAEFDSKA, o sexo e o tempo de exercício profissional. O objetivo destas análises foi averiguar para cada variável dependente as variáveis que são significativas para posteriormente contruiu um modelo no AMOS multivariado que tenha um bom ajustamento.

As variáveis independentes que se revelaram preditores das “práticas” foram os conhecimentos ao nível da Gestão do Risco e Prevenção de Eventos Adversos (F3), Conhecimentos ao nível dos Procedimentos Iniciais de Avaliação do Cliente (F4) e conhecimentos ao nível da Gestão de Intervenções de Enfermagem Autónomas (F8, ou seja os enfermeiros que revelaram mais conhecimentos nestes fatores foram os que revelaram melhores resultados nas práticas.. A variável sexo também se revelou preditora das práticas sendo os enfermeiros do sexo masculino os que revelaram melhores resultados nas práticas (cf. Tabela 56).

As variáveis independentes que se revelaram preditoras das “atitudes” foram os conhecimentos sobre Gestão de Cuidados Percecionados para a Autonomia do Cliente (F1), conhecimentos sobre Gestão Documental da Dor e do Bem-Estar do Cliente (F6) e conhecimentos ao nível da Gestão de Intervenções de Enfermagem Autónomas(F8) ou seja os enfermeiros que revelaram mais conhecimentos nestes fatores foram os que revelaram melhores resultados nas atitudes (cf. Tabela 56).

Relativamente à variável dependente “Conhecimentos”, as variáveis que se revelaram preditoras foram os conhecimentos sobre Gestão do Risco e Prevenção de Eventos Adversos (F3) e conhecimentos ao nível da Gestão de Intervenções de Enfermagem Autónomas(F8) e a variável sexo. São os enfermeiros que revelaram mais conhecimentos nestes fatores e os enfermeiros do sexo masculino que revelaram melhores resultados ao nível dos conhecimentos (cf. Tabela 56).

Quanto à variável dependente total do PBE, os fatores que se revelaram preditoras foram o Fator 3- Gestão do Risco e Prevenção de Eventos Adversos e fator e Fator 8 - conhecimentos ao nível da Gestão de Intervenções de Enfermagem Autónomas e a variável sexo. Os enfermeiros que revelaram mais conhecimentos nestes fatores e os

enfermeiros do sexo masculino foram os que revelaram melhores resultados no total do QECPBE (cf. **Erro! A origem da referência não foi encontrada.**).

Os fatores que se destacaram nestas análises foram o Fator 8 (preditor de todas as dimensões e total do QECPBE) e o Fator 3 preditor de 2 dimensões (práticas e conhecimentos e total do QECPBE). A variável sexo também se revelou preditora de 2 dimensões e total do QECPBE (dimensões: práticas e conhecimentos) (cf. Tabela 56).

Tabela 56 – Regressões univariada: variáveis predictoras das componentes estruturais da PBE (práticas, atitudes, conhecimentos/competências e habilidades e PBE total)

a. Dependent Variable: Práticas R ² ajustado = 0,080					
Model	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	p
	B	Std. Error	Beta		
Fator 3 – GRPEA	,141	,062	,105	2,280	,023*
Fator 4 – PIAC	,139	,071	,080	1,966	,050*
Fator 8 - GIEA	,141	,062	,090	2,286	,023*
Sexo	3,652	1,595	,083	2,290	,022*

a. Dependent Variable: Atitudes R ² ajustado = 0,109					
Model	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	p.
	B	Std. Error	Beta		
Fator 1 –GCPAC	,151	,063	,106	2,377	,018*
Fator 6 – GDDBC	,262	,075	,169	3,483	,001**
Fator 8 - GIEA	,166	,045	,141	3,650	,000***

a. Dependent Variable: Conhecimentos R ² ajustado = 0,072					
Model	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	p
	B	Std. Error	Beta		
Fator 3 – GRPEA	,105	,047	,104	2,234	,026*
Fator 8 - GIEA	,182	,047	,154	3,889	,000**
Sexo	2,414	1,208	,073	1,998	,046*

a. Dependent Variable: Total PBE R ² ajustado = 0,114					
Model	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
	B	Std. Error	Beta		
Fator 3 – GRPEA	,096	,041	,105	2,312	,021
Fator 8 - GIEA	,166	,041	,156	4,025	,000
Sexo	2,380	1,068	,079	2,227	,026

A construção do AMOS de um modelo multivariado baseado nos resultados descritos anteriormente teve como objetivo testar o ajustamento do modelo. Não se incluíram os totais dos questionários para evitar problemas de multicolinearidade dado o total ser resultado na soma dos fatores (não seria possível correr o modelo colocando os fatores e totais em simultâneo no modelo) (cf. Figura 5).

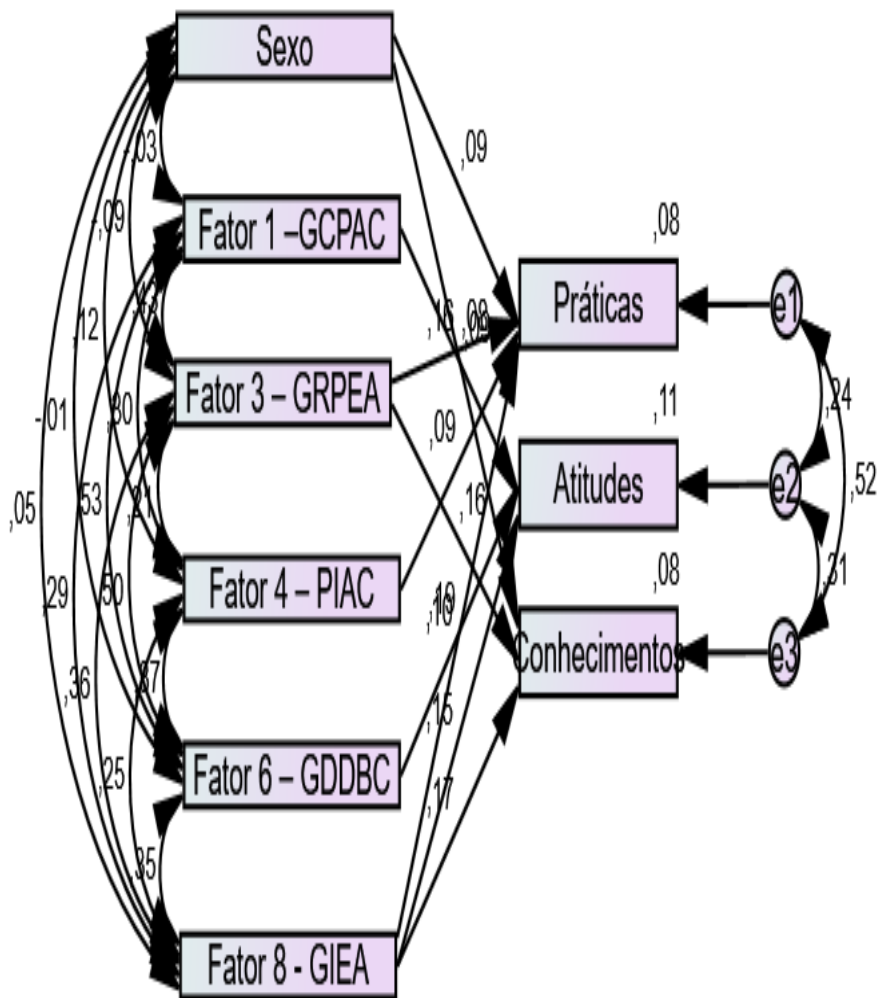


Figura 5 – Modelo Preditor das componentes estruturais da PBE (práticas, atitudes, conhecimentos/competências e habilidades e PBE total)

As medidas de ajustamento revelaram resultados muito bons (CFI, GFI, TLI e RMSEA e ou bons (X^2/df).

Tabela 57 – Medidas de ajustamento para o modelo multivariado preditor das componentes estruturais da PBE (práticas, atitudes, conhecimentos/competências e habilidades e PBE total)

Medidas de Ajustamento	Valores de Referência	Valores encontrados
X^2 e p values	$p > 0,05$ modelo ajustado	$X^2 = 8,314$ $p = 0,403$
X^2 /gl	>5 – Ajustamento mau]2;5] - Ajustamento aceitável]1;2] – Ajustamento Bom ~ 1 – Ajustamento Muito Bom	$X^2 /gl = 1,039$
CFI GFI TLI	<0,8– Ajustamento mau [0,8; 0,9[– Ajustamento aceitável [0,9; 0,95[– Ajustamento Bom $\geq 0,95$ – Ajustamento Muito Bom	CFI = 1,000 GFI = 0,998 TLI = 0,999
RMSEA	>0,10– Ajustamento inaceitável]0,05; 0,10[– Ajustamento Bom $\leq 0,05$ – Ajustamento Muito Bom	RMSEA = 0,007

Como se pode ler na Tabela 58 todos os regressions Weights (estimate) das variáveis independentes que entraram no modelo multivariado são significativos o que contribuiu para o ajustamento do modelo.

Tabela 58 – Regressions Weights do Modelo Multivariado preditor das componentes estruturais da PBE (práticas, atitudes, conhecimentos/competências e habilidades e PBE total)

			Estimate	p
Práticas	<---	Fator 3 – GRPEA	,158	***
Práticas	<---	Fator 4 – PIAC	,093	,003
Práticas	<---	Sexo	,092	,008
Atitudes	<---	Fator 1 –GCPAC	,089	,024
Atitudes	<---	Fator 6 – GDDBC	,185	***
Conhecimentos	<---	Fator 3 – GRPEA	,156	***
Conhecimentos	<---	Fator 8 - GIEA	,169	***
Conhecimentos	<---	Sexo	,077	,023
Práticas	<---	Fator 8 - GIEA	,103	,007
Atitudes	<---	Fator 8 - GIEA	,152	***

De seguida procurou-se averiguar se os componentes estruturais da PBE são preditores dos conhecimentos dos enfermeiros portugueses acerca das intervenções autónomas no doente com SCA, para tal iniciou-se a análise fazendo análises de regressão univariada, usando em cada regressão, como variável dependente, cada fator do questionário CIAEFDSCA e como variáveis independentes os 3 fatores do QCEPBE, o sexo e o tempo de exercício profissional. O objetivo destas análises foi averiguar para cada variável

dependente as variáveis que são significativas para posteriormente se construir um modelo no AMOS multivariado que seja ajustado.

Observando os resultados das regressões univariada constata-se, como exposto na Tabela 59, que:

As práticas são preditoras dos fatores F2, F3, F4, F5, F6 e F7 e total do QCIAEFDSCA.

As atitudes são preditoras dos fatores: F1, F3, F4, F5, F6, F7, F8 e F9 e total QCIAEFDSCA.

Os conhecimentos são preditores dos Fatores: F3 e F8 do QCIAEFDSCA.

De realçar nesta análise a variável independente “atitudes” que se revelou preditora de 8 dimensões (com exceção do F2) e do total do QCIAEFDSCA. A variável que surge em segundo lugar em termos de importância é a variável práticas que se revelou preditora de 6 fatores e total do QCIAEFDSCA. A variável conhecimentos só é preditora de duas dimensões (F3 e F8).

Tabela 59 – Regressões univariada: variáveis preditoras dos CIAEFDSCA

a. Dependent Variable: Fator 1 –GCPAC R ² ajustado = 0,073					
Model	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients Beta	t	p
	B	Std. Error			
Atitudes	,145	,027	,205	5,352	,000***
a. Dependent Variable: Fator 2 –F.I.A.P. - H. R ² ajustado = 0,021					
Model	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients Beta	t	p
	B	Std. Error			
Sexo	4,542	2,283	,073	1,990	,047*
Práticas	,175	,062	,124	2,806	,005**
a. Dependent Variable: Fator 3 – GRPEA R ² ajustado = 0,071					
Model	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients Beta	t	p
	B	Std. Error			
Sexo	-3,619	1,174	-,110	-3,083	,002**
Práticas	,091	,032	,122	2,830	,005**
Atitudes	,103	,038	,104	2,695	,007**
Conhecimentos	,111	,043	,112	2,553	,011**
a. Dependent Variable: Fator 4 – PIAC R ² ajustado = 0,058					
Model	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients Beta	t	p
	B	Std. Error			
Sexo	2,778	,907	,110	3,062	,002**
Práticas	,080	,025	,139	3,204	,001**
Atitudes	,111	,030	,144	3,731	,000***
a. Dependent Variable: Fator 5 - M.O.N.A. R ² ajustado = 0,017					
Model	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients Beta	t	p
	B	Std. Error			
Práticas	,119	,055	,096	2,154	,032*
Atitudes	,169	,066	,101	2,553	,011*
a. Dependent Variable: Fator 6 – GDDBC R ² ajustado = 0,100					
Model	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients Beta	t	p
	B	Std. Error			
Tempo de Exercício	,804	,389	,072	2,068	,039*

Práticas	,056	,020	,115	2,721	,007**
Atitudes	,166	,024	,258	6,815	,000***
a. Dependent Variable: Fator 7 – GDCC R ² ajustado = 0,062					
Model	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	p
	B	Std. Error	Beta		
Práticas	,083	,031	,117	2,710	,007**
Atitudes	,141	,037	,148	3,839	,000***
a. Dependent Variable: Fator 8 – GIEA R ² ajustado = 0,081					
Model	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	p
	B	Std. Error	Beta		
Atitudes	,151	,033	,177	4,642	,000***
Conhecimentos	,110	,037	,130	2,984	,003**
a. Dependent Variable: Fator 9 – GIEI R ² ajustado = 0,035					
Model	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	p.
	B	Std. Error	Beta		
Atitudes	,122	,032	,149	3,811	,000***
a. Dependent Variable: Total de Conhecimentos R ² ajustado = 0,120					
Model	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
	B	Std. Error	Beta		
(Constant)	64,319	2,151		29,904	,000
Práticas	,075	,019	,168	3,996	,000
Atitudes	,136	,022	,227	6,060	,000

De seguida foi-se construir no AMOS um modelo multivariado baseado nos resultados descritos anteriormente com o objetivo de testar o ajustamento do modelo. Não se incluíram os totais dos questionários para evitar problemas de multicolinearidade dado o total ser resultado na soma dos fatores (não seria possível correr o modelo colocando os fatores e totais em simultâneo no modelo) (cf. Figura 6).

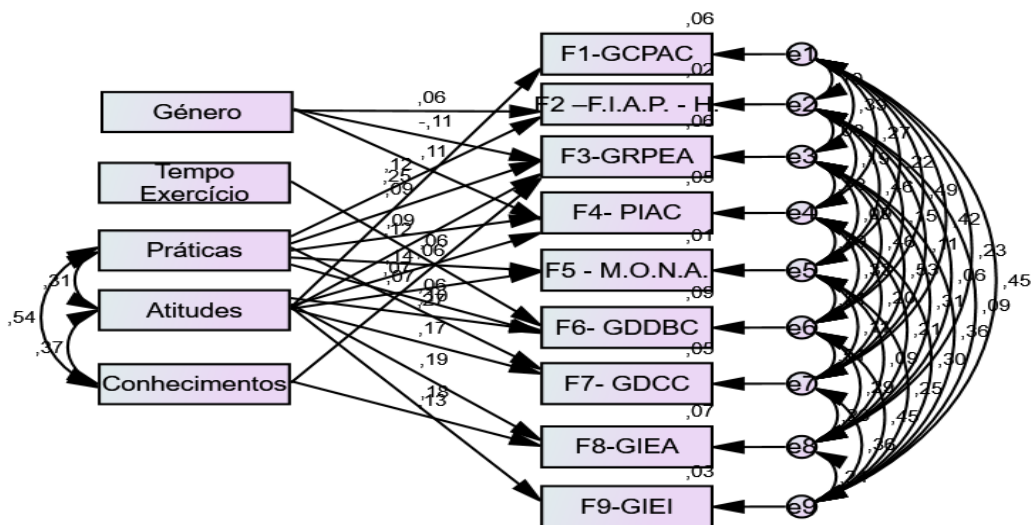


Figura 6 – Modelo multivariado preditor do QCIAEFDSCA

As medidas de ajustamento revelaram resultados muito bons (CFI, GFI, TLI e RMSEA) e bons (X^2/df) (cf. Tabela 60).

Tabela 60 – Medidas de ajustamento para o modelo multivariado preditor do questionário CIAEFDSCA

Medidas de Ajustamento	Valores de Referência	Valores encontrados
X^2 e p values	$p > 0,05$ modelo ajustado	$X^2 = 43,87$ $p = 0,079$
X^2 / gl	>5 – Ajustamento mau]2;5] - Ajustamento aceitável]1;2] – Ajustamento Bom ~ 1 – Ajustamento Muito Bom	$X^2 / gl = 1,371$
CFI GFI	<0,8– Ajustamento mau [0,8; 0,9[- Ajustamento aceitável [0,9; 0,95[– Ajustamento Bom ≥ 0,95– Ajustamento Muito Bom	CFI = 0,981 GFI = 0,991 TLI = 0,945
RMSEA	>0,10– Ajustamento inaceitável]0,05; 0,10[- Ajustamento Bom ≤ 0,05– Ajustamento Muito Bom	RMSEA = 0,022

Como se pode comprovar na tabela todos os regressions Weights (estimate) das variáveis independentes que entraram no modelo multivariado são significativos o que contribuiu para o ajustamento do modelo (cf. Tabela 61).

Tabela 61 – Regressions Weights do Modelo Multivariado preditor do QCIAEFDSCA

		Estimate	p	
Fator 2 –F.I.A.P. - H.	<---	Sexo	,056	,051
Fator 2 –F.I.A.P. - H.	<---	Práticas	,117	,002
Fator 1 –GCPAC	<---	Atitudes	,252	***
Fator 3 – GRPEA	<---	Sexo	-,106	***
Fator 3 – GRPEA	<---	Práticas	,090	,015
Fator 3 – GRPEA	<---	Atitudes	,123	,001
Fator 3 – GRPEA	<---	Conhecimentos	,071	,045
Fator 4 – PIAC	<---	Sexo	,109	***
Fator 4 – PIAC	<---	Práticas	,092	,011
Fator 4 – PIAC	<---	Atitudes	,139	***
Fator 5 – M.O.N.A.	<---	Práticas	,056	,132
Fator 5 – M.O.N.A.	<---	Atitudes	,072	,036
Fator 6 – GDDBC	<---	Tempo Exercício	,062	,021
Fator 6 – GDDBC	<---	Práticas	,064	,039
Fator 6 – GDDBC	<---	Atitudes	,269	***
Fator 7 – GDCC	<---	Práticas	,097	,005
Fator 7 – GDCC	<---	Atitudes	,172	***
Fator 8 – GIEA	<---	Atitudes	,192	***
Fator 8 – GIEA	<---	Conhecimentos	,130	***
Fator 9 – GIEI	<---	Atitudes	,178	***

Anexo VIII – Certificado Comunicação Oral EJI 2019



**VI Encontro
de Jovens
Investigadores**

5 de dezembro de 2019

Certificado de comunicação

Certifica-se que **João Pina** apresentou no **VI Encontro de Jovens Investigadores**, que decorreu em Bragança, Portugal, no dia 5 de dezembro de 2019, a comunicação oral intitulada **Intervenções autónomas dos enfermeiros portugueses no doente com síndrome coronária aguda – resultados pré-teste**, tendo como autores:

João Pina, Maria Veiga-Branco and Maria Madalena Jesus Cunha Nunes

Bragança, 5 de dezembro de 2019

A Comissão de Organização,

Orlando Rodrigues

Presidente do Instituto Politécnico de Bragança

Anexo IX – Submissão de Artigo Científico: Revista Referência

Revista Referência | Submissão de artigo

referencia@esenfc.pt <referencia@esenfc.pt>

ter, 19/05/2020 22:11

Para: joapina@live.com.pt <joapina@live.com.pt>



Caro(a) João Carlos Bastos Pina,

Agradecemos o interesse pela Revista de Enfermagem Referência.

O seu artigo foi submetido com êxito.

Código do artigo: ----

Título: Estudo Psicométrico do Questionário de Conhecimentos acerca das Intervenções Autónomas de Enfermagem face ao Doente com Síndrome Coronário Agudo

Tipo: Artigo de Investigação Empírica

Ciclo de um Artigo: da Submissão à Divulgação

5 Dias	7 Dias	7 Dias	15 Dias	7 Dias	7 Dias	5 Dias	7 Dias	7 Dias	5 Dias	12 Dias	3 Dias	7 Dias	3 Dias	30 Dias
Fase de Pré-Análise (incluindo estatístico, se aplicável)	Fase do Checklist	Editor ↕ Autor	Fase de Revisão por Pares	Editor ↕ Autor	Fase de Gestor de Artigo	Editor ↕ Autor	Fase de Tratamento Técnico e Documental	Fase de Revisão Final	Editor ↕ Autor	Fase de Tradução	Editor ↕ Autor	Fase de Maquetização e Atribuição de DOI	Editor ↕ Autor	Fase de Divulgação Impressa e Digital (Bases de Dados)

Dear João Carlos Bastos Pina,

We thank you for your interest in the Journal of Nursing Referência.

Your manuscript has been successfully submitted.

Manuscript code: ----

Title: Psychometric study of the Knowledge Questionnaire on Autonomous Nursing Interventions for Acute Coronary Syndrome

Type: Empirical Research Article

Article Cycle: Submission to Dissemination

5 Days	7 Days	7 Days	15 Days	7 Days	7 Days	5 Days	7 Days	7 Days	5 Days	12 Days	3 Days	7 Days	3 Days	30 Days
Pre-Analysis Stage (including statistics if applicable)	Checklist Stage	Editor ↕ Author	Peer-Review Stage	Editor ↕ Author	Article Manager Stage	Editor ↕ Author	Technical and Documentary Support Stage	Final Review Stage	Editor ↕ Author	Translation Stage	Editor ↕ Author	Layout and DOI Assignment	Editor ↕ Author	Online Dissemination (Databases)



Questionário de Conhecimentos acerca das Intervenções Autônomas de Enfermagem face ao Doente com Síndrome Coronário Agudo

Knowledge Questionnaire about Autonomous Nursing Interventions for Patients with Acute Coronary Syndrome

Cuestionario de Conocimientos sobre Intervenciones Autônomas de Enfermería para Pacientes con Síndrome Coronario Agudo

RESUMO

Enquadramento: O reconhecimento da autonomia dos enfermeiros só poderá ser conseguida se for corretamente mensurada e validada, traduzindo-se em ganhos positivos significativos para a saúde dos doentes.

Objetivo: Avaliar as propriedades psicométricas do Questionário de Conhecimentos acerca das Intervenções Autônomas de Enfermagem face ao Doente com Síndrome Coronário Agudo.

Metodologia: Estudo descritivo analítico-correlacional, transversal. Avaliou-se a consistência interna através do alfa de Cronbach e a análise fatorial confirmatória numa amostra de 738 enfermeiros portugueses inscritos na Ordem dos Enfermeiros.

Resultados: A média de idades foi de 37,57 anos, sendo 76,0% mulheres. Após a refinamento do questionário, a análise fatorial confirmatória evidenciou uma qualidade de ajustamento aceitável da estrutura fatorial composta por 9 fatores com 44 itens ($\chi^2/ig=2,042$; CFI=0,846; GFI=0,826; RMSEA=0,053; RMR=0,069). A consistência interna global foi de $\alpha = 0,930$, mostrando uma fiabilidade elevada, explicando 56,739% de variância total.

Conclusão: O questionário é fiável e válido revelando potencial para investigação e monitorização/avaliação dos conhecimentos dos enfermeiros em contexto formativo e de prática clínica.

Palavras-Chave: autonomia profissional; cuidados de enfermagem; métodos; síndrome coronário agudo

ABSTRACT

The recognition of nurses 'autonomy can only be achieved if it is correctly measured and validated, resulting in significant positive gains for patients' health.

Objective: To evaluate the psychometric properties of the Knowledge Questionnaire about Autonomous Nursing Interventions in the face of the Patient with Acute Coronary Syndrome.

Methodology: Descriptive analytical-correlational, cross-sectional study. Internal consistency was assessed using Cronbach's alpha and confirmatory factor analysis in a sample of 738 Portuguese nurses enrolled in the Ordem dos Enfermeiros.

Results: The average age was 37.57 years, 76.0% of which were women. After the refinement of the questionnaire, the confirmatory factor analysis showed an acceptable quality of adjustment of the factor structure composed of 9 factors with 44 items ($\chi^2 / gl = 2.042$; CFI = 0.846; GFI = 0.826; RMSEA = 0.053; RMR = 0.069). The overall internal consistency was $\alpha = 0.930$, showing a high reliability, explaining 56.739% of total variance.

Conclusion: The questionnaire is reliable and valid, revealing the potential for investigation and monitoring / evaluation of nurses' knowledge in the context of training and clinical practice.

Key words: professional autonomy; nursing care; methods; acute coronary syndrome

RESUMEN

Marco conceptual: El reconocimiento de la autonomía de las enfermeras solo se puede lograr si se mide y valida correctamente, lo que resulta en ganancias positivas significativas para la salud de los pacientes.

Objetivo: Evaluar las propiedades psicométricas del cuestionario de conocimientos sobre intervenciones autónomas de las enfermeras frente al paciente con síndrome coronario agudo.

Metodología: Estudio descriptivo analítico-correlacional, transversal. La consistencia interna se evaluó utilizando el alfa de Cronbach y el análisis factorial confirmatorio en una muestra de 738 enfermeras portuguesas inscritas en el Ordem dos Enfermeiros.

Resultados: La edad promedio fue de 37.57 años, 76.0% de los cuales eran mujeres. Después del refinamiento del cuestionario, el análisis factorial confirmatorio mostró una calidad aceptable de ajuste de la estructura factorial compuesta de 9 factores con 44 ítems ($\chi^2 / gl = 2.042$; CFI = 0.846; GFI = 0.826; RMSEA = 0.053; RMR = 0.069).

La consistencia interna general fue $\alpha = 0.930$, mostrando una alta confiabilidad, explicando el 56.739% de la varianza total.

Conclusión: El cuestionario es confiable y válido, y revela el potencial para la investigación y el monitoreo / evaluación del conocimiento de las enfermeras en el contexto de la capacitación y la práctica clínica.

Palabras clave: autonomía profesional; atención de enfermería; métodos; el síndrome coronario agudo

Introdução

As doenças cardiovasculares (DCV) são vistas como a principal causa de morte no mundo: cada vez mais, morrem mais pessoas anualmente de DCV do que qualquer outra causa. Em 2016, as DCV foram responsáveis por 17,9 milhões de mortes em todo o mundo, ou seja, 31% de todas as mortes globais e 44% das mortes por doenças não transmissíveis. Estima-se ainda que esse número chegue a quase 23,6 milhões em 2030 (World Health Organization, 2018). A ocorrência de óbitos associados a doenças do aparelho circulatório, em Portugal, é cerca de 29,3% (PORDATA, 2017). Assumindo-se, assim, como a principal causa de morte em Portugal.

Nos últimos anos, constatou-se que dois terços das mortes devido a eventos coronários ocorrem em ambiente pré-hospitalar especialmente nos casos em que surgiram de forma súbita, arritmias fatais desencadeadas pela isquémia (INEM, 2019). Neste sentido, a prevenção e o reconhecimento precoce pelos profissionais de saúde constituem a melhor aposta na diminuição dos índices de mortalidade e comorbilidade.

O Síndrome Coronário Agudo (SCA), enquanto flagelo incrivelmente letal, exige um reconhecimento imediato dos sintomas, um comportamento de procura de cuidados e uma intervenção imediata por parte dos profissionais de enfermagem assumindo-se, assim, como um importante desafio importante (Patel, Mohanan, Prabhakaran, & Huffman, 2017).

Neste sentido, justifica-se a pertinência deste estudo, cujo objetivo principal consistiu em avaliar as propriedades psicométricas do Questionário de Conhecimentos acerca das Intervenções Autônomas de Enfermagem face ao Doente com SCA.

Fundamentação Teórica

O termo Síndrome Coronário Agudo (SCA) caracteriza-se por uma alteração entre o mecanismo de oferta e de procura de oxigénio pelo miocárdio, tendo sido despoletado pela rotura ou desgaste de uma placa aterosclerótica que, ao entrar na circulação sanguínea, poderá alojar-se num determinado ponto das artérias coronárias, causando a sua isquémia (Macedo & Rosa, 2010; Nikolaou, et al., 2015).

Para aumentar a sobrevida por episódios isquémicos é importante reduzir o intervalo entre o início dos sintomas e o início do tratamento dirigido, se possível no pré-hospitalar (INEM, 2019). Assim, a rápida intervenção clínica é essencial para o sucesso do tratamento de doentes com SCA devido à necessidade reduzir ao máximo o risco de arritmias fatais.

A obtenção de uma história clínica pormenorizada constitui, sem qualquer dúvida, a pedra basilar no estabelecimento do diagnóstico do SCA, que consiste, regra geral, na presença de dor precordial com irradiação para o dorso, pescoço, mandíbula ou membro superior esquerdo, podendo estar associada a dispneia, náuseas/vómitos, fadiga, palpitações, sudorese ou síncope (Nikolaoua, et al., 2015; Ibanez, et al., 2018). O baixo nível socioeconómico, o fator sexo feminino, os meios de transporte, a automedicação, o não reconhecimento dos sinais e sintomas de um evento cardíaco, a negação em aceitar o evento e o atendimento prévio não especializado, estão associados com o atraso na procura do serviço de urgência/emergência (Ouchi, Teixeira, Góes Ribeiro, & Oliveira, 2017).

Neste contexto, segundo os mesmos autores, importa salientar a condição *sine qua non* que indica a necessidade absolutamente fulcral dos profissionais de saúde serem detentores de conhecimentos técnico-científicos específicos, com vista, à melhoria dos cuidados aumentando assim as hipóteses de sobrevivência e minimizando as complicações.

No que concerne à tomada de decisão do Enfermeiro, também o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE), é categórico em distinguir as intervenções dos profissionais de enfermagem portugueses em autónomas e interdependentes. As intervenções autónomas são: "(...) as acções realizadas pelos enfermeiros, sob sua única e exclusiva iniciativa e responsabilidade, de acordo com as respectivas qualificações profissionais, seja na prestação de cuidados, na gestão, no ensino, na formação ou na assessoria, com os contributos na investigação em enfermagem" (Ordem dos Enfermeiros, 2015, p. 102). As intervenções interdependentes são: "(...) as acções realizadas pelos enfermeiros de acordo com as respectivas qualificações profissionais, em conjunto com outros técnicos, para atingir um objectivo comum, decorrentes de planos de acção previamente definidos pelas equipas multidisciplinares em que estão integrados e das prescrições ou orientações previamente formalizadas" (Ordem dos Enfermeiros, 2015, p. 102).

O planeamento dos cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica consubstanciado numa metodologia científica inerente ao processo de enfermagem, permite sustentar o processo de tomada de decisão do enfermeiro. Após a identificação das necessidades, são prescritas intervenções de enfermagem de forma a detetar precocemente complicações e problemas potenciais e resolver ou minorar problemas reais identificados, mediante um paradigma de atuação preciso, concreto eficiente e em tempo útil (Ordem dos Enfermeiros, 2018). Falamos, por exemplo, na "apropriada implementação de medidas de suporte avançado de vida" e na "gestão

adequada de protocolos terapêuticos complexos” (Ordem dos Enfermeiros, 2017, p. 13).

Questão de investigação

Neste âmbito emerge como questão de investigação, a seguinte: Será que o Questionário de Conhecimentos acerca das Intervenções Autónomas de Enfermagem face ao Doente com SCA evidencia propriedades psicométricas adequadas para avaliar essas práticas?

Metodologia

Foi realizado um estudo metodológico, de carácter psicométrico, que teve por base a recolha de dados em corte transversal numa amostra não probabilística por conveniência de 738 enfermeiros inscritos na Ordem dos Enfermeiros entre novembro de 2019 e janeiro de 2020.

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

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

O Questionário de Conhecimentos acerca das Intervenções Autónomas de Enfermagem Face ao Doente com Síndrome Coronário Agudo (QCIAEFDSCA) é um instrumento de autopreenchimento e é constituído por 57 itens estruturados em duas partes: a primeira integra questões de análise aprofundada relativamente ao conceito de intervenções autónomas em enfermagem; a segunda inclui questões de avaliação dos conhecimentos dos enfermagem relativamente às práticas implementadas face ao doente com SCA.

Este questionário original idealizado pelo investigador, apresenta uma escala de Likert que inclui os seguintes scores de pontuação: 1 (completamente falso), 2 (parcialmente falso), 3 (não tenho opinião), 4 (parcialmente verdadeiro) e 5 (completamente verdadeiro). Cada questão admite uma única resposta.

As análises descritivas, correlacionais e o estudo da consistência interna foram realizados através do software *IBM SPSS Statistics*[®], versão 24.0, pela determinação do coeficiente de correlação de Pearson e do alfa de Cronbach. Para análise da

consistência interna foram considerados os seguintes valores de referência: >0,9 muito boa; 0,8-0,9 boa; 0,7-0,8 média; 0,6-0,7 razoável; 0,5-0,6 má; <0,5 inaceitável (Marôco, 2014).

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

O estudo da validade de constructo através da análise fatorial exploratória em componentes principais foi realizado no software AMOS V.24.0 (IBM SPSS, Chicago, Illinois, USA).

Resultados

Este estudo incluiu 738 participantes representando, aproximadamente, cerca de 1% dos enfermeiros portugueses com registo na OE, com idades compreendidas entre 21 e 67 anos e uma média idades de 37,57 anos (Desvio Padrão - DP \pm 9,83 anos), maioritariamente do género feminino (76,%), com grau de bacharelato/licenciatura (75,1%) e com grau de mestre/doutoramento (25,4%).

O tempo de exercício profissional foi em média de 14,28 anos (DP \pm 9,77 anos).

Relativamente aos títulos profissionais atribuídos pela OE, apura-se que 61,2% detêm o título de enfermeira(o) e 38,8% o título de enfermeira(o) especialista.

Os enfermeiros exercem funções, maioritariamente na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalentes, representando 66,1% da amostra. A maioria dos enfermeiros especialistas detém a Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica (42,7%).

Constatou-se também que mais de metade da amostra exerce neste momento funções de Enfermeiro Generalista (67,6%), sendo de realçar que 22,5% exercem funções de Enfermeiro Especialista.

Ao analisarem-se os resultados da fiabilidade do Questionário de Conhecimentos acerca das Intervenções Autónomas de Enfermagem Face ao Doente com SCA, as estatísticas (médias e desvios padrão) e as correlações obtidas entre cada item e o valor global, patentearam uma visão sobre a forma como o item se combina com o valor global. Pelos índices médios, assinala-se que as médias oscilam entre 3,06 (item 25) e 4,91 (item 41).

Através do estudo da consistência interna, constata-se um alfa de Cronbach global classificado de bom ($\alpha=0,892$), verificando-se que nenhum dos itens ao ser eliminado aumenta o alfa de Cronbach da escala, ou seja, nenhum item está a prejudicar a consistência interna da escala. Contudo, observando as correlações de cada item com o total da escala com a exclusão desse item constata-se que há itens com correlações

muito baixas com o total da escala nomeadamente os itens: item 4 ($r = 0,054$), Item 5 ($r = 0,077$) e item 16 ($r = -0,069$).

A validade de construto foi estudada recorrendo-se a uma análise fatorial exploratória. Foi utilizado o método “medida da adequação da amostragem de Kaiser-Meyer-Olkin - KMO” no sentido de averiguar se os dados eram viáveis em termos de utilização de uma análise fatorial. Apesar de não existir um teste rigoroso para os valores de KMO, de uma maneira geral podem ser classificados da seguinte forma (Pestana & Gajero, 2008): $\leq 0,50$ – Inaceitável;] 0,50-0,60] – Mau mas ainda assim aceitável;] 0,60-0,70] – Medíocre;] 0,70-0,80] – Média;] 0,80-0,90] – Boa e] 0,90-1,00] – Excelente.

No que concerne ao estudo da validade do instrumento, optou-se por primeiramente proceder à realização de uma análise fatorial exploratória, com vista a garantir a validade do conteúdo do instrumento, uma vez que não existia informação prévia sobre a sua estrutura fatorial. Neste sentido, recorrendo ao teste de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO = 0.875) e ao teste de esfericidade de Bartlett's ($\chi^2 = 6747.982$; $p = 0.000$) constatamos que possuíamos bons resultados para prosseguirmos com o processo de validação do questionário e que as variáveis em estudo não estariam correlacionadas, segundo o resultado do teste de Bartlett's.

Os resultados destes testes permitiram o recurso à análise fatorial de componentes principais com rotação *varimax*. Para determinar o número de dimensões interpretáveis examinou-se o *screeplot*, considerando-se fatores cujos *eigenvalues* fossem superiores ou iguais a 1. Os critérios usados para a escolha da melhor estrutura fatorial foram: três ou mais itens por dimensão e Alphas de Cronbach superiores a 0,60.

Na escolha dos itens para cada fator seguiu-se os seguintes critérios: 1º - Coeficiente de saturação (“Factor Loading”) superior a 0,40 num fator; 2º - A diferença entre os coeficientes de saturação dos dois fatores ter um valor igual ou superior a 0,10.

De acordo com os critérios referidos anteriormente optou-se por uma solução fatorial para 9 fatores que equivale a uma variância explicada de 56,739%. Esta solução fatorial levou à eliminação de 14 itens: 2,3,4,5,12,14,16,27,37,38,39,47,48,49, por terem um *factor loading* abaixo de 0,40 em todos os fatores ou saturarem acima de 0,40 em mais do que um fator com uma diferença abaixo de 0,10 entre cada um deles sendo considerados assim, itens ambíguos. Ficaram assim um total de 43 itens que se distribuíram em 9 fatores.

Decorrendo do conteúdo dos itens, os fatores foram nomeados do seguinte modo:

- Fator 1 – *Gestão de Cuidados Percecionados para a Autonomia do Cliente (GCPAC)*. Comporta 5 itens (28, 29, 30, 32 e 31) que, no seu conjunto apresentam

uma consistência interna razoável ($\alpha=0,774$), variando o coeficiente de saturação dos itens neste fator entre 0,594 no item 31 e 0,766 no item 28. Pelos valores médios, o item mais favorável é o 29 e o menos favorável o item 31. Os coeficientes de correlação de cada item com o total do fator (com a exclusão desse item) oscilam entre 0,464 e 0,667.

▪ Fator 2 – *Gestão de Protocolos Terapêuticos Complexos (Fármacos Inibidores de Agregação Plaquetária e Heparina [F.I.A.P. - H])*. Constituído por 4 itens (25, 24, 23 e 26), mostra uma consistência interna boa ($\alpha=0,865$), variando o coeficiente de saturação dos itens neste fator entre 0,744 no item 26 e 0,882 no item 25. O item com melhor índice médio é o 23 e o de menor média é o item 25. Os coeficientes de correlação de cada item com o total do fator (com a exclusão desse item) oscilam entre 0,616 e 0,803.

▪ Fator 3 – *Gestão do Risco e Prevenção de Eventos Adversos (GRPEA)*. Integra 6 itens (57, 56, 52, 50, 51 e 55) que, no seu conjunto denotam uma razoável consistência interna ($\alpha=0,766$), variando o coeficiente de saturação dos itens neste fator entre 0,450 no item 55 e 0,798 no item 57. O item com melhor índice médio é o 55 e o menor o item 56. Os coeficientes de correlação de cada item com o total do fator (com a exclusão desse item) oscilam entre 0,486 e 0,644.

▪ Fator 4 – *Procedimentos Iniciais de Avaliação do Cliente (PIAC)*. Engloba 6 itens (17, 15, 18, 10, 13 e 11), com um alfa de 0,711, ou seja, pontua com razoável consistência interna. variando o coeficiente de saturação dos itens neste fator entre 0,438 no item 11 e 0,759 no item 17. Infere-se, pelos valores médios, que a maior média se situa no item 15 e a menor no item 10. Os coeficientes de correlação de cada item com o total do fator (com a exclusão desse item) oscilam entre 0,360 e 0,547.

▪ Fator 5 - *Gestão de Protocolos Terapêuticos Complexos (Morfina, Oxigênio, Nitratos, Ácido acetilsalicílico [M.O.N.A.])*. Constituído por 4 itens (19, 22, 20 e 21), com uma consistência interna boa ($\alpha=0,842$), variando o coeficiente de saturação dos itens neste fator entre 0,647 no item 21 e 0,804 no item 19. O item com melhor índice médio é o 21 e o de menor média os itens 19 e 20. Os coeficientes de correlação de cada item com o total do fator (com a exclusão desse item) oscilam entre 0,608 e 0,735.

▪ Fator 6 – *Gestão Documental da Dor e do Bem-Estar do Cliente (GDDBC)*. Contém 5 itens (42, 41, 43, 40, e 54), verificando-se um valor de α global de 0,747, sugestivo de razoável consistência interna. o coeficiente de saturação dos itens neste fator oscilam entre 0,440 no item 54 e 0,688 no item 42. Infere-se, pelos valores médios, que a maior média se situa no item 41 e a menor no item 40 "...avaliar a dor do cliente, a

intervalos regulares, em SOS sempre que considere pertinente, através de uma escala da dor (por ex: a "Escala Visual Analógica" - EVA)". O valor de correlação do item com o total corrigido (com exclusão desse item) oscila entre 0,464 e 0,670.

▪ Fator 7 – *Gestão da Dor e Capacitação do Cliente (GDCC)*. Composto por 4 itens (44, 45, 46 e 53) que, no seu conjunto, ostentam uma consistência interna razoável ($\alpha=0,749$). O coeficiente de saturação dos itens neste fator oscilam entre 0,590 no item 53 e 0,716 no item 44. Através dos valores médios, apura-se que o item mais favorável é o 44 e o de menor valor o item 45. O item com maior valor de correlação com o total corrigido (com exclusão desse item) é o item 44 ($r=0,634$) e o que mostra menor correlação com o total corrigido é o item 53 ($r=0,464$).

▪ Fator 8 - *Gestão de Intervenções de Enfermagem Autónomas (GIEA)*. Formado por 5 itens (8, 7, 9, 6 e 1), revela uma consistência interna razoável ($\alpha=0,682$). Os coeficientes de saturação dos itens neste fator oscilam 0,456 no item 1 e 0,690 no item 8. O item com melhor índice médio é o 9 e o de menor média o item 8. Quanto aos valores da correlação com o total corrigido (com a exclusão do item), o mais elevado é de ($r=0,484$) no item 8 e o menor de ($r=0,347$) no item 1.

▪ Fator 9 – *Gestão de Intervenções de Enfermagem Interdependentes*. Abarca 4 itens (35, 34, 36 e 33), correspondendo a um valor de α do fator de 0,623, que indica uma razoável consistência interna. Os coeficientes de saturação dos itens neste fator oscilam 0,487 no item 33 e 0,663 no item 35. Conclui-se, pelos valores médios, que a maior média se situa no item 36 e a menor nos itens 33 e 34. O valor de correlação do item com o total corrigido (com a exclusão do item) varia entre $r=0,335$ no item 33, e $r=0,444$ no item 34.

O alfa total da escala com a exclusão dos 14 itens é muito elevado (0,930) o que traduz uma elevada consistência interna.

Os resultados relativos aos valores médios do score global e fatores da Escala de Conhecimentos acerca das Intervenções Autónomas de Enfermagem Face ao Doente com Síndrome Coronário Agudo indicaram que o valor médio mais elevado correspondeu ao Fator 9 - *Gestão de Intervenções de Enfermagem Interdependentes (GIEI)* ($M = 4,69 \pm 0,730$); Fator 5 - *Gestão de Protocolos Terapêuticos Complexos (M.O.N.A.)* ($M = 4,32 \pm 1,076$); Fator 1 – *Gestão de Cuidados Percecionados para a Autonomia do Cliente (GCPAC)* ($M = 4,77 \pm 0,606$); Fator 7 - *Gestão da Dor e Capacitação do Cliente (GDCC)* ($M = 4,50 \pm 0,875$); Fator 4 – *Procedimentos Iniciais de Avaliação do Cliente (PIAC)* ($M = 4,51 \pm 0,856$); Fator 8 – *Gestão de Intervenções de Enfermagem Autónomas (GIEA)* ($M = 4,61 \pm 0,751$); Fator 3 – *Gestão do Risco e Prevenção de Eventos Adversos (GRPEA)* ($M = 4,53 \pm 0,830$); Fator 6 - *Gestão*

Documental da Dor e do Bem-Estar do Cliente (GDDBC) ($M = 4,73 \pm 0,623$) e, por último, Fator 2 – Gestão de Protocolos Terapêuticos Complexos (F.I.A.P. - H.) ($M = 3,56 \pm 1,324$).

Tabela 1.
Estatística descritiva dos itens por subescala da Escala Conhecimentos acerca das Intervenções Autônomas de Enfermagem Face ao Doente com Síndrome Coronário Agudo

Nº Item	Itens	Média	Dp	r/Item total	r ²	α sem item
Fator 1 – Gestão de Cuidados Percebidos para a Autonomia do Cliente (GCPAC)						
28	No tratamento do SCA é essencial: ... informar o cliente de todos os procedimentos: esclarecer dúvidas e receios e promover o processo de tomada de decisão.	4.85	.462	.667	.570	.705
29	... manter a dignidade e privacidade do cliente, em todos os momentos.	4.92	.391	.647	.527	.723
30	... gerir ansiedade no cliente: avaliar presença de mecanismos de coping e/ou implementar técnicas de relaxamento direcionadas.	4.77	.606	.600	.373	.713
31	... posicionar o cliente com a cabeça elevada a pelo menos 30° - 45°.	4.40	.887	.462	.219	.826
32	... gerir a dor/desconforto do SCA.	4.86	.438	.641	.489	.716
Coeficiente alfa Cronbach global						0,774
Fator 2 – Gestão de Protocolos Terapêuticos Complexos (Fármacos Inibidores de Agregação Plaquetária e Heparina (F.I.A.P. - H))						
23	O tratamento farmacológico inicial de um SCA compreende administrar: clopidogrel.	3.56	1.324	.686	.536	.840
24	ticagrelor.	3.46	1.309	.767	.624	.806
25	prasugrel.	3.07	1.193	.803	.653	.796
26	heparina.	3.31	1.305	.616	.457	.868
Coeficiente alfa Cronbach global						0,865
Fator 3 – Gestão do Risco e Prevenção de Eventos Adversos (GRPEA)						
50	Assegurar a prestação de cuidados de enfermagem seguros e de qualidade implica, entre outros: ... registar o exame físico, no momento de admissão no SU (p.ex.).	4.52	.840	.495	.283	.735
51	... avaliar a perfusão dos tecidos e a integridade da pele.	4.72	.632	.564	.359	.726
52	... monitorizar o risco de queda, através da "Escala de Quedas de Morse" (p. ex.).	4.20	1.154	.490	.288	.754
55	... implementar medidas de prevenção das IACS (p.ex.: técnica asséptica).	4.78	.564	.504	.275	.741
56	... avaliar a presença de abuso de substâncias ilícitas como drogas ou álcool.	4.40	.900	.486	.333	.738
57	... avaliar a presença de sinais e sintomas de infeção.	4.53	.830	.644	.456	.695
Coeficiente alfa Cronbach global						0,766
Fator 4 – Procedimentos Iniciais de Avaliação do Cliente (PIAC)						
10	Em presença de suspeita de SCA as Guidelines aconselham ECG de 12 derivações (ECG 12D) nos primeiros 10min.	4.27	.927	.399	.173	.690
11	O SCA cursa com dor/ desconforto retroesternal provocado por isquémia do miocárdio.	4.29	.850	.360	.144	.699
13	A dor do SCA, é verbalizada como "aperto" ou a pior dor jamais sentida.	4.35	.811	.395	.173	.686
15	A dor/ desconforto do SCA pode irradiar: ... ao longo do membro superior esquerdo.	4.70	.610	.513	.288	.660
17	... para o pescoço ou mandíbula.	4.51	.856	.547	.369	.637
18	... para a região escapular ou região epigástrica.	4.58	.702	.499	.307	.658
Coeficiente alfa Cronbach global						0,711
Fator 5 – Gestão de Protocolos Terapêuticos Complexos (Morfina, Oxigénio, Nitratos, Ácido acetilsalicílico [M.O.N.A.]).						

19	O tratamento farmacológico inicial de um SCA compreende administrar:	3.99	1.253	.608	.382	.832
20	O ₂ .	3.99	1.235	.726	.536	.777
21	Morfina.	4.31	1.076	.650	.447	.812
22	AAS.	4.18	1.099	.735	.545	.776
Coeficiente alfa Cronbach global						0.842
Fator 6 - Gestão Documental da Dor e do Bem-Estar do Cliente (GDDBC)						
40	A gestão da dor/desconforto do SCA pressupõe, entre outras, as seguintes intervenções de Enfermagem: ... avaliar a dor do cliente, a intervalos regulares, em SOS sempre que considere pertinente, através de uma escala da dor (por ex: a "Escala Visual Analógica" - EVA).	4.73	.623	.464	.252	.737
41	... caracterizar a dor e questionar o cliente sobre localização, gravidade, intensidade, qualidade, duração, hora de início, fatores precipitantes e de alívio, etc.	4.90	.345	.670	.474	.689
42	... monitorizar o controlo da dor: presença/ ausência de melhorias significativas face ao tratamento implementado, em parceria com o médico assistente.	4.81	.546	.508	.319	.713
43	... avaliar a presença de sinais e sintomas de desconforto (Status Comprometido).	4.78	.525	.603	.402	.678
54	Suspender terapia intravenosa na presença de reações adversas, comunicando ao médico assistente e registando em processo clínico	4.78	.570	.464	.241	.731
Coeficiente alfa Cronbach global						0.747
Fator 7 - Gestão da Dor e Capacitação do Cliente (GDCC)						
44	A gestão da dor/desconforto do SCA pressupõe, entre outras, as seguintes intervenções de Enfermagem: ... ensinar o cliente sobre a dor e efeitos secundários da medicação administrada.	4.71	.639	.634	.428	.651
45	... monitorizar o risco de resposta negativa à analgesia controlada pelo enfermeiro.	4.50	.875	.516	.276	.722
46	... identificar a atitude do cliente face à dor e aos cuidados prestados, explicando e esclarecendo os seus direitos (debriefing).	4.63	.695	.604	.402	.660
53	... gerir efeitos secundários de medicação: avaliar, por exemplo, o risco de interação medicamentosa ou ocorrência de eventos adversos passados.	4.67	.701	.464	.232	.734
Coeficiente alfa Cronbach global						0.749
Fator 8 - Gestão de Intervenções de Enfermagem Autônomas (GIEA)						
1	As intervenções de enfermagem são autônomas e interdependentes.	4.61	.751	.347	.122	.671
6	Os enfermeiros organizam, coordenam, executam, supervisionam e avaliam as intervenções de enfermagem aos três níveis de prevenção.	4.62	.696	.435	.195	.632
7	Os enfermeiros decidem sobre técnicas e meios a utilizar na prestação de cuidados de enfermagem.	4.56	.735	.476	.231	.614
8	Os enfermeiros em situação de emergência, agem de acordo com a qualificação e os conhecimentos que detêm.	4.42	.837	.484	.254	.611
9	Os enfermeiros administram terapêutica prescrita, detectam os respetivos efeitos e atuam em conformidade.	4.69	.605	.460	.230	.627
Coeficiente alfa Cronbach global						0.682
Fator 9 - Gestão de Intervenções de Enfermagem Interdependentes (GIEI)						
33	Gerir a oxigenoterapia.	4.64	.767	.335	.123	.609
34	Monitorizar valores de SpO ₂ com oxímetro de pulso.	4.64	.713	.444	.200	.523
35	Colocar no cliente cateter(es) venoso(s), administrando medicação prescrita para alívio sintomático do SCA.	4.77	.619	.434	.214	.538
36	Colher amostra de sangue arterial, venoso ou capilar, conforme prescrição médica (análise aos marcadores bioquímicos de necrose miocárdica, p. ex.).	4.69	.730	.414	.198	.546
Coeficiente alfa Cronbach global						0.623

Nota: SCA- Síndrome Coronário Agudo; SU- Serviço de Urgência; IACS – Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde; ECG- Eletrocardiograma; O₂- Oxigénio; AAS- Ácido Acetilsalicílico; SpO₂- Saturação Periférica de Oxigénio.

A análise inferencial dos Conhecimentos acerca das Intervenções Autónomas de Enfermagem Face ao Doente com SCA para os 9 fatores que o integram possibilitou averiguar a existência de diferenças significativas entre eles.

A ANOVA para amostras repetidas revelou um efeito significativo, tendo o teste *post hoc* revelado a existência de diferenças significativas entre todas as dimensões entre si ($F= 613,449$; $p=0,000$).

A utilização da análise fatorial confirmatória, com recurso a um software de modelização de equações estruturais, AMOS, permitiu confirmar a estrutura fatorial de 9 fatores encontrada com a análise fatorial exploratória (cf. Figura 1).

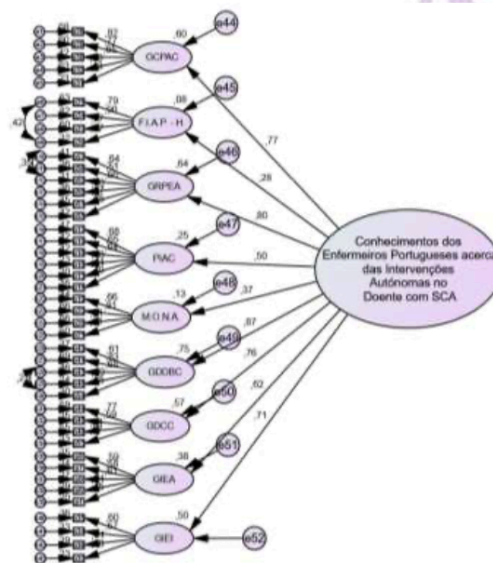


Figura 1. Modelo Final AMOS: Conhecimentos dos Enfermeiros Portugueses acerca das Intervenções Autónomas no Doente com SCA

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

As medidas de ajustamento encontradas para a estrutura de 9 fatores e confrontando com os respetivos valores de referência, constata-se que segundo o X^2/gf (2,042) e o CFI e o GFI (0,846; 0,826) o ajustamento é aceitável. Segundo o RMSEA (0,053) o ajustamento é bom e o valor de RMR (0,069) é baixo e próximo de zero. Pode-se assim concluir que a estrutura de 9 fatores encontrada com a análise fatorial confirmatória se revela ajustada quando testada com a análise fatorial confirmatória. A fidelidade compósita é superior a 0,70 em quase todos os fatores, sendo a exceção os fatores 9 (0,689) e fator 9 (0,630).

Para estudar a Validade Convergente, que ocorre quando os itens de um fator saturam fortemente nesse fator, Fornell e Larcker (1981) propuseram avaliar a validade convergente através da Variância Extraída Média (VEM) de cada fator (soma dos quadrado dos *fator loadings* a dividir pelo número de itens), devendo a VEM ser \geq 0,50. Apenas os fatores 1, 2 e 5 têm valores acima de 0,50. O valor mais baixo da VEM é o referente ao fator 9 (0,259) que também tinha revelado uma fidelidade compósita abaixo de 0,70.

A validade discriminante do questionário que, no contexto, da análise fatorial confirmatória avalia se os itens que pertencem a um fator não estão correlacionados com outro fator. Pode ser demonstrada pela verificação da seguinte condição: os VEM dos fatores serem iguais ou superiores ao quadrado da correlação entre esses fatores. Observando o quadrado das correlações entre os pares de fatores, constata-se que quase todos são inferiores aos VEM dos fatores respetivos o que atesta a validade discriminante desta escala.

Discussão

Este estudo comporta algumas limitações, sendo a mais evidente a lacuna na referência a estudos sobre os conhecimentos dos enfermeiros sobre a problemática estudada, o que não permitiu uma explanação mais aprofundada dos resultados, de modo a discutir e comparar as inferências descritas. Todavia, é de salientar pela positiva: a construção e o estudo psicométrico do instrumento de medida – QCIAEFDSCA e a análise da problemática numa amostra de 738 enfermeiros(as) originários de todo o território português, nos vários contextos de prestação de cuidados pese embora, só representem cerca de 1% do corpo de profissionais de enfermagem registados na OE em Portugal, sensivelmente.

Os valores de alfa de Cronbach por subescala denotam uma consistência interna a oscilar entre o razoável e o bom, nomeadamente: Fator 1 – Gestão de Cuidados Percepcionados para a Autonomia do Cliente (GCPAC) ($\alpha=0,774$); Fator 2 – Gestão de Protocolos Terapêuticos Complexos (F.I.A.P. - H.) ($\alpha=0,865$); Fator 3 - Gestão do

Risco e Prevenção de Eventos Adversos (GRPEA) ($\alpha=0,766$); Fator 4 – Procedimentos Iniciais de Avaliação do Cliente (PIAC) ($\alpha=0,711$); Fator 5 - Gestão de Protocolos Terapêuticos Complexos (M.O.N.A.) ($\alpha=0,842$); Fator 6 - Gestão Documental da Dor e do Bem-Estar do Cliente (GDDBC) ($\alpha=0,747$); Fator 7 – Gestão da Dor e Capacitação do Cliente (GDCC) ($\alpha=0,749$); Fator 8 - Gestão de Intervenções de Enfermagem Autônomas (GIEA) ($\alpha=0,682$); Fator 9 – Gestão de Intervenções de Enfermagem Interdependentes (GIEI) ($\alpha=0,623$).

Por sua vez, a eliminação de um conjunto de 14 itens, perfazendo um total de 43 itens permitiu melhorar a consistência interna do questionário de Conhecimentos das Intervenções Autônomas de Enfermagem Face ao Doente com SCA de $\alpha = 0,892$ para $\alpha = 0,930$, sendo classificada de muito boa ou elevada. Do exposto conclui-se que o QCIAEFDSCA, parece revelar-se adequado nesta amostra, pelo que poderá constituir-se como um recurso valioso para estudos futuros, particularmente em amostras ainda maiores.

Conclusão

O questionário evidencia propriedades psicométricas adequadas para avaliar de Conhecimentos acerca das Intervenções Autônomas de Enfermagem face ao Doente com SCA revelando uma consistência interna muito boa ou elevada ($\alpha=0,930$), explicando 56,739% de variância total.

Relativamente às implicações para a prática, dos 9 fatores avaliados, os enfermeiros aplicam maioritariamente o conjunto de intervenções que se interrelacionam com a gestão de intervenções de enfermagem interdependentes, como a gestão dos protocolos terapêuticos complexos e com a gestão de cuidados percebidos para a autonomia do cliente, sendo as restantes intervenções *menos valorizadas*.

Acreditamos ser fundamental que tanto as instituições de saúde como as instituições académicas/formativas fomentem o planeamento de sessões de formação continua alicerçadas numa prática de cuidados baseados em evidências, pois é, precisamente, com a adoção e promoção de uma metodologia crítico/reflexiva que os enfermeiros conseguirão fazer valer a sua importância e papel decisor na autonomia dos cuidados que objetiva, por exemplo, a projeção de níveis de recomendação de componentes executórias e contextos específicos, para níveis de eficácia e eficiência controladas. Desta forma o presente questionário pode constituir um contributo, ainda que humilde, para futuros estudos sobre esta temática.

Referências bibliográficas

- Fornell, C., & Larcker, D. F. (1981). Evaluating structural equation models with unobservable variables and measurement error. *Journal of Marketing Research*, 18 (1), 39-50.
- Ibanez, B., James, S., Agewall, S., Antunes, M. J., Bucciarelli-Ducci, C., Bueno, H., . . . Rof. (2018). ESC Guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation: The Task Force for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation of. *European Heart Journal*, 39(2), 119-177.
- INEM. (2019). *Manual de Suporte Avançado de Vida* (1ª Edição ed.). Lisboa, Portugal.
- Macedo, A., & Rosa, F. (2010). O Síndrome Coronário Agudo nos Cuidados de Saúde Primários. *Acta Médica Portuguesa*, 23 (2), 213-222.
- Marôco, J. (2014). *Análise Estatística com o SPSS Statistics* (6ª Edição ed.). Pêro Pinheiro, Portugal: ReportNumber.
- Nikolaou, N. I., Arntz, H.-R., Bellou, A., Beygui, F., Bossaert, L. L., & Cariou, A. (Outubro de 2015). European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2015 Section 8. Initial management of acute coronary syndromes. *Journal of the European Resuscitation Council*, 95, 264-277.
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE*. Ordem dos Enfermeiros, Ordem dos Enfermeiros - Conselho Jurisdicional e Gabinete de Comunicação e Imagem , Lisboa.
- Ordem dos Enfermeiros. (2017). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica*. Ordem dos Enfermeiros, Assembleia do Colégio da Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica, Lisboa.
- Ordem dos Enfermeiros. (2018). *Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica*. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa: Diário da República.
- Ouchi, J. D., Teixeira, C., Góes Ribeiro, C. A., & Oliveira, C. C. (2017). Tempo de Chegada do Paciente Infartado na Unidade de Terapia Intensiva: a Importância do Rápido Atendimento. *Ensaios e Ciência: Ciências Biológicas, Agrárias e da Saúde*, 21 (2), 92-97.

- Patel, A., Mohanan, P., Prabhakaran, D., & Huffman, M. D. (2017). Pre-hospital acute coronary syndrome care in Kerala, India: A qualitative analysis. *Indian Heart Journal*, 69 (1), 93-100.
- Pestana, M. H., & Gageiro, J. N. (2014). *Análise de Dados para Ciências Sociais A Complementaridade do SPSS* (6ª Edição ed.). Lisboa, Portugal: Edições Sílabo.
- PORDATA. (2017). *Óbitos por algumas causas de morte (%)*. Recuperado de [https://www.pordata.pt/Portugal/%C3%93bitos+por+algumas+causas+de+morte+\(percentagem\)-758](https://www.pordata.pt/Portugal/%C3%93bitos+por+algumas+causas+de+morte+(percentagem)-758)
- World Health Organization. (2018). *World health statistics 2018: monitoring health for the sustainable development goals. Noncommunicable diseases and mental health*. World Health Organization . Luxembourg: World Health Organization 2018.

Referência

Anexo X – Artigo Científico: Revista Millenium

Millenium, 2(ed espec. nº5), 137-145.

pt

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

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

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

*João Pina*¹

*Maria Augusta Veiga-Branco*²

*Madalena Cunha*³

*João Duarte*⁴

*Cláudia Silva*⁵

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

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

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

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

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

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



Autor Correspondente

João Pina

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

RECEBIDO: 19 de maio de 2019

ACEITE: 26 de maio de 2020

RESUMO

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

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

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

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

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

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

ABSTRACT

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

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

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

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

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

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

RESUMEN

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

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

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

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

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

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

INTRODUÇÃO

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

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

Em conformidade e refletindo sobre o mandato social da profissão de enfermagem, está explícito com clareza que os enfermeiros têm como dever “exercer a profissão com os adequados conhecimentos científicos e técnicos, com o respeito pela vida, pela dignidade humana e pela saúde e bem-estar da população, adotando todas as medidas que visem melhorar a qualidade dos cuidados e serviços de enfermagem” (Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, 2015, Artigo 97.º, número 1, a), p.78). Corroborando, precisamente este pensamento, o Conselho Internacional de Enfermeiros (2012) afirma que cada vez mais são requeridos aos profissionais conhecimentos, competências e capacidades que possibilitem identificar, analisar e utilizar os resultados oriundos da melhor investigação produzida.

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

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

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

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

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

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

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

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

2. MÉTODOS

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

2.1 Participantes

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

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

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

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

2.2 Instrumento de recolha de dados

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

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

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

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

2.3 Procedimentos éticos

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

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

2.4 Análise estatística

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

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

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

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

3. RESULTADOS

3.1 Validade de Constructo - Análise Fatorial Confirmatória

Efetou-se o estudo de consistência interna, nomeadamente os estudos de fiabilidade. Os resultados indicam as estatísticas (médias e desvios padrão) e as correlações obtidas entre cada item e o valor global o que possibilita obter informações de como o item se combina com o valor global. Ao analisar-se os valores de alfa de Cronbach, os mesmos podem ser classificados, na sua larga maioria de bons, na medida em que os valores mínimos e máximos oscilam entre os 0.586 no item 8 do fator 2 (práticas) e 0.934 no item 11 do fator 3 (conhecimentos/habilidades e competências). Os valores médios e respetivos desvios padrão dos diferentes itens permitem afirmar que, na globalidade, os itens se encontram bem centrados. Os coeficientes de correlação item total corrigido indicam que se está perante correlações positivas, sendo o valor mais baixo o do item 9 do fator 2 (práticas) ($r=0,507$) com uma variabilidade de 25,9%, e o mais elevado o item 16 do fator 3 (conhecimentos/habilidades e competências) ($r=0,803$), correspondendo-lhe uma variabilidade de 69,8% (cf. Tabela 1).

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

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

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

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

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

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

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

Utilizando a análise fatorial confirmatória, com recurso a um *software* de modelização de equações estruturais, AMOS, procurou-se confirmar a estrutura fatorial de 3 fatores da escala original. Foram testados dois modelos: um com a totalidade dos itens da escala original e outro com a eliminação do item 18. Constatou-se que com eliminação do item 18, as medidas de ajustamento melhoraram consideravelmente. A Figura 1 refere-se a uma análise fatorial confirmatória de 2ª ordem referente ao modelo sem o item 18. De seguida mostram-se as medidas de ajustamento dos dois modelos de forma a fundamentar a eliminação do item 18.

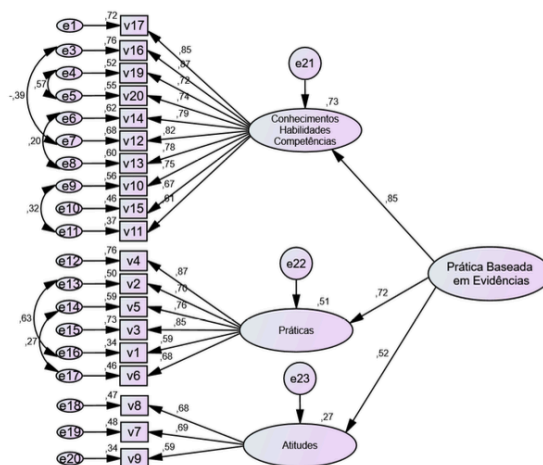


Figura 1 – Modelo Final AMOS de 2ª ordem: Eficácia Clínica e Prática Baseada em Evidências

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

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

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

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

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

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

4. DISCUSSÃO

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

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

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

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

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

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

CONCLUSÕES

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

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

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

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

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

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

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

- Alqahtani, N., Oh, K.M., Kitsantas, P., & Rodan, M. (2020). Nurses' evidence-based practice knowledge, attitudes and implementation: A cross-sectional study. *Journal of Clinical Nursing*, 29, 274–283. Acedido em <https://doi.org/10.1111/jocn.15097>
- António, C., Santos, E., Cunha, M., & Duarte, J. (2019). Estudo psicométrico da Escala de Práticas de Enfermagem na Gestão da Dor. *Revista de Enfermagem Referência*, Série IV, 22, 51-62. Acedido em <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserlVn22/serlVn22a06.pdf>
- Chicória, M. (2013). Cuidados de Enfermagem: Uma Prática Baseada na Evidência. Dissertação de Mestrado, Coimbra. Acedido em <https://repositorio.esenfc.pt/private/index.php?process=download&id=27656&code=210>.
- Conselho Internacional de Enfermeiros (2012). Combater a desigualdade: Da evidência à ação. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Acedido em https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8904/ind-kit-2012-final-portugu%C3%AAs_vfinal_correto.pdf
- Cunha, M., Duarte, J., Cardoso, A., Ramos, A., Quintais, D., Monteiro, R., & Almeida, V. (2018). Inventário habilidades do cuidador: Estrutura fatorial numa amostra de participantes portugueses. *Revista Millenium*, Série 2, 6, 41-55. DOI:10.29352/mill0206.04.00164
- Institute of Medicine. (2003). Health professions education: A bridge to quality. Washington, D.C.: National Academies; Oxford Publicity Partnership. Acedido em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK221528/>
- Karki, S., Acharya, R., Budhwani, H., Shrestha, P., Chalise, P., Shrestha, U., & et al. (2015). Perceptions and Attitudes towards Evidence Based Practice among Nurses and Nursing Students in Nepal. *Kathmandu Univ Med J*, 52(4), 308-15. Acedido em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27423280>
- Lopes, L., & Santos, S. (2010). O modelo de cuidados de saúde baseados na evidência do Instituto Joanna Briggs. *Revista Referência. UNIDADE DE INVESTIGAÇÃO (UICISA-dE)*. II.a Série, 12, 123-133. Coimbra, Portugal. Acedido em https://rr.esenfc.pt/rr/index.php?module=rr&target=publicationDetails&pesquisa=&id_artigo=2162&id_revista=4&id_edicao=32
- Marôco, J. (2014). Análise Estatística com o SPSS Statistics (6a ed.). Pêro Pinheiro: ReportNumber.
- Melnyk, B. M., & Fineout-Overholt, E. (2015). Evidence-based practice in nursing and healthcare: A guide to best practice (3rd edn). Philadelphia, PA: Wolters Kluwer Health. Acedido em <https://www.semanticscholar.org/paper/Evidence-Based-Practice-in-Nursing-%26-Healthcare%3A-A-Melnyk-Fineout-Overholt/c7dd03907f4c34459a991bd728a1f6b6dc0b51ce>
- Ordem dos Enfermeiros. (Dezembro de 2001). Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Enquadramento Conceptual; Enunciados Descritivos. Acedido em <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE. Lisboa. Acedido em https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/nEstatuto_REPE_29102015_VF_site.pdf
- Pereira, R., Guerra, A., Cardoso, M., Santos, A., Figueiredo, M., & Vaz Carneiro, A. (2015). Validação da versão portuguesa do Questionário de Eficácia Clínica e Prática Baseada em Evidências. *Revista Latino Americana de Enfermagem*, 23, 345-351. DOI:10.1590/0104-1169.0367.2561
- Vaz Serra, A., Canavarro, M. C., Simões, M. R., Pereira, M., Gameiro, S., Quartilho, M. J., Carona, C., & Paredes, T. (2006). Estudos psicométricos do instrumento avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-Bref) para Português de Portugal. *Psiquiatria Clínica*, 27(1), 41-49. Acedido em <https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/21539/1/2006%20Estudos%20psicom%20a9tricos%20do%20WHOQOL-Bref.pdf>

Anexo XI – Relatório de Estágio

Relatório de Estágio

João Carlos Bastos Pina

**Relatório De Estágio do Curso Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica
Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança**

Supervisor - Doutora Matilde Delmina da Silva Martins

Categoria - Professora Adjunta

Afiliação - Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança

março de 2020

Relatório de Estágio

João Carlos Bastos Pina

**Relatório De Estágio do Curso Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica
Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança**

Supervisor - Doutora Matilde Delmina da Silva Martins

Categoria - Professora Adjunta

Afiliação - Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança

Orientador – Mestre Carla Machado

Categoria - Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Afiliação - Serviço de Urgência Polivalente do CHTMAD – Vila Real

Orientador – Mestre Luís Marques

Categoria - Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Afiliação - Unidade de Cuidados Intensivos Coronários do CHTV – Viseu

Orientador – Mestre Ana Gomes e Mestre Teresa Andrade

Categoria - Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Afiliação - Unidade de Cuidados Intensivos Polivalentes do CHTV - Viseu

março de 2020

ABREVIATURAS E/OU SIGLA

AVC – Acidente Vascular Cerebral

B.O. – Bloco Operatório

CHTMAD – Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro

CHTV – Centro Hospitalar Tondela-Viseu

DGS – Direção Geral da Saúde

IACS – Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde

INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica

OBS – Sala de Observações

OE – Ordem dos Enfermeiros

PPCIRA – Programa Nacional de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência a Antimicrobianos

SCA – Síndrome Coronário Agudo

SIV – Ambulância de Suporte Imediato de Vida

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SU – Serviço de Urgência

SUB – Serviço de Urgência Básico

SUP – Serviço de Urgência Polivalente

TC – Tomografia Computorizada

UCIC – Unidade de Cuidados Intensivos Coronários

UCIP – Unidade de Cuidados Intensivos Polivalentes

VMER – Viatura de Emergência Médica e Reanimação

VVAVC – Via Verde do Acidente Vascular Cerebral

VVC – Via Verde Coronária

VVS – Via Verde Sépsis

VVT – Via Verde do Trauma

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	7
1. CONTEXTUALIZAÇÃO DO ESTÁGIO	9
ESTÁGIO I – SERVIÇO DE URGÊNCIA POLIVALENTE	11
ESTÁGIO II – UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS CORONÁRIOS	14
ESTÁGIO III – UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS POLIVALENTE	16
2. ANÁLISE E REFLEXÃO CRÍTICA DO DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS	19
3. SÍNTESE CONCLUSIVA DO RELATÓRIO	31
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	33
ANEXOS	35
ANEXO I- PROTOCOLO DE ADMINISTRAÇÃO DE EPTIFIBATIDA (INTEGRILIN®) – UCIC VISEU.....	37
ANEXO II- INSTRUÇÃO DE TRABALHO: SISTEMA DE COMPRESSÃO SEQUENCIAL KENDALL SCDTM SÉRIE 700 (UCIP – VISEU)	45

INTRODUÇÃO

No regulamento N.º 429/2018 de 16 de Julho, a “pessoa em situação crítica” é definida como “aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica” (OE, 2018).

O planeamento dos cuidados de Enfermagem especializados à pessoa em situação crítica consubstanciado numa metodologia científica inerente ao processo de Enfermagem, permite sustentar o processo de tomada de decisão do enfermeiro ao identificar as necessidades afetadas/ focos de instabilidade da pessoa em situação crítica, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total e a manutenção das funções básicas de vida. Após essa identificação, as intervenções de Enfermagem são prescritas de forma a detetar precocemente as complicações e os problemas potenciais e a resolver ou minorar os problemas reais identificados, mediante um paradigma de atuação preciso, concreto e em tempo útil (OE, 2018). Falamos, por exemplo, na “apropriada implementação de medidas de suporte avançado de vida” e na “gestão adequada de protocolos terapêuticos complexos” (OE, 2017, p.13).

O presente trabalho surge no âmbito do VII Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, lecionado na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança e representa o relatório de estágio.

Este relatório tem como objetivo, a reflexão e a descrição do percurso realizado durante o período de setembro de 2019 a fevereiro de 2020, descreve as atividades desenvolvidas e organizadas, segundo os domínios de atuação preconizados pela Ordem dos Enfermeiros (OE) para o perfil do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem da Pessoa em Situação Crítica.

Os três campos de estágio desenvolvidos foram: Serviço de Urgência Polivalente (SUP) do Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro (CHTMAD); Unidade de Cuidados Intensivos Coronários (UCIC) e Unidade de Cuidados Intensivos Polivalentes, ambas pertencentes ao do Centro Hospitalar Tondela-Viseu (CHTV). O período de estágio é constituído por um total de 540 horas, tendo sido divididas em três momentos, cada um constituído por 168 horas, sendo que todos eles foram orientados por um enfermeiro especialista de Enfermagem Médico-Cirúrgica.

Neste percurso formativo, propus-me a atingir o desenvolvimento de competências na área de intervenção de Enfermagem à pessoa e família em situação crítica, dando continuidade ao meu desenvolvimento profissional, enquanto agente prestador de cuidados de saúde. Por forma a atingir o objetivo atrás enunciado, procurei adotar uma metodologia de análise crítico-reflexiva dos objetivos definidos para cada campo de estágio, que foram sendo continuamente ajustados em função das oportunidades emergentes, das características de cada serviço e das necessidades que se impuseram.

No que concerne aos objetivos deste relatório, ambiciona-se: descrever as etapas do estágio e analisar, aprofundadamente, o desenvolvimento/aquisição das competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem da Pessoa em Situação Crítica que foram alcançadas ao longo do mesmo.

Este relatório de estágio é composto com quatro partes estruturantes: introdução, contextualização, análise e reflexão crítica do desenvolvimento de competências e síntese conclusiva acerca de todo o processo de ensino-aprendizagem de que fui alvo, demonstrado os seus contributos para o desenvolvimento de saberes e competências profissionais, de acordo com os meus interesses, necessidades e oportunidades surgidas.

1. CONTEXTUALIZAÇÃO DO ESTÁGIO

O estágio constitui uma componente prática que promove a aquisição de conhecimentos e desenvolvimento de experiências adequadas à formação do Enfermeiro Especialista tanto ao nível das competências comuns como das competências específicas em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de atuação da Pessoa em Situação Crítica.

Assim, o plano de estudos do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica prevê uma unidade curricular: “Trabalho de Projeto ou Estágio”, dedicada à prática clínica e à investigação.

A prática clínica foi definida por dois campos de estágio obrigatórios: SUP e UCIP, e um campo opcional. O meu estágio opcional decorreu na UCIC do CHTV, e os obrigatórios no SUP do CHTMAD e na UCIP do CHTV.

Como Enfermeiro considero que cuidar de doentes críticos constitui um desafio constante, nomeadamente para os profissionais de saúde que trabalham em serviços de Urgência e Unidades de Cuidados Intensivos.

A razão pela qual optei por fazer o estágio opcional na UCIC, deve-se à curiosidade e gosto pessoal na área de Cardiologia e a todo o seu registo mais interventivo. No meu dia-a-dia profissional, para além das funções que exerço no Serviço de Urgência Básico (SUB) de Moimenta da Beira, também presto cuidados de Enfermagem no âmbito do meio diferenciado – Ambulância de Suporte Imediato de Vida (SIV) de Moimenta da Beira onde a presença de doentes com Síndrome Coronário Agudo (SCA) é uma constante e, neste sentido, optei por este campo de estágio no sentido de obter mais conhecimentos e competências nesta área de cuidados, percebendo e retirando o maior número de ilações acerca da última linha de tratamento disponibilizada ao doente alvo de um SCA.

Por forma a maximizar a aquisição de competências fundamentais do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de atuação da pessoa em situação crítica, defini alguns objetivos gerais e outros específicos para cada campo de estágio.

Objetivos Gerais:

Saber aplicar, adequadamente, os conhecimentos existentes e outros obtidos neste percurso formativo, tendo em vista a resolução de problemas em situações relacionadas com a área de especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica;

Identificar as competências específicas inerentes ao Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, organizadas segundo os domínios de atuação preconizados;

Refletir sobre as competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais e as competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, em toda a sua plenitude e paralelismo.

Objetivos Específicos:

Serviço de Urgência Polivalente (SUP):

- Adquirir competências científicas, técnicas e relacionais no âmbito da intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica;
- Desenvolver competências perante situações imprevistas e complexas, relativamente ao doente crítico, numa perspetiva profissional diferenciada;
- Desenvolver processos de tomada de decisão fundamentada, atendendo às evidências científicas, sociais e ético-profissionais, de acordo com as competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica.

Unidade de Cuidados Intensivos Coronários (UCIC)

- Compreender a dinâmica de prestação de cuidados da UCIC;
- Gerir os cuidados, otimizando a capacidade de resposta do Enfermeiro e respetiva articulação com a equipa multidisciplinar;
- Aprimorar conhecimentos na área do doente crítico alvo de alterações do foro cardíaco;
- Colaborar em programas de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem (elaboração/atualização de protocolos).

Unidade de Cuidados Intensivos Polivalentes (UCIP)

- Perceber a dinâmica da prestação de cuidados da UCIP;
- Analisar os diferentes métodos de análise de situações críticas, decorrentes da UCIP;
- Maximizar a intervenção na prevenção e controlo da infeção da infeção perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas, contribuindo para a manutenção da segurança do doente;
- Conhecer os protocolos que objetivam o bem-estar da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, antecipando prontamente focos de instabilidade (p.ex: protocolos de sedo-analgesia);
- Colaborar em programas de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem (elaboração/atualização de protocolos);

Estágio I – Serviço De Urgência Polivalente

Segundo a Direção Geral da Saúde (DGS, 2001), o funcionamento dos Serviços de Urgência tem sido, ao longo dos anos uma preocupação constante do Serviço Nacional de Saúde (SNS). Por múltiplas razões, os Serviços de Urgência (SU), são a porta de entrada da maioria dos doentes, tornando se assim grandes consumidores de recursos humanos e financeiros, condicionando, em muitos hospitais, o funcionamento regular de todos os outros Serviços de Ação Médica, Ambulatório e Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica.

Para a compreensão da lógica de funcionamento dos SU, de acordo com a DGS (2001), é primordial a definição dos conceitos de situações urgentes e emergentes, urgências são todas as manifestações de sintomatologia clínica que apresentam instalação súbita, desde os graves até às não graves, com risco de estabelecimento de falência de funções vitais e emergências são todas as situações clínicas de instalação súbita, com compromisso eminente de uma ou mais funções vitais.

O primeiro estágio foi realizado no SUP do CHTMAD, no período de 16 de setembro a 31 de outubro de 2019, sob a tutela e orientação da enfermeira Carla Machado, enfermeira especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

A enfermagem de urgência é pluridimensional, prestando cuidados a uma grande diversidade de indivíduos com alterações de saúde física ou psíquica. Assim ser enfermeiro neste serviço implica a aquisição de todo um conjunto de competências teórico-práticas para poder lidar com situações clínicas de risco para o doente. O enfermeiro de urgência tem que atuar de forma rápida e eficiente.

O SUP está integrado no Departamento de Urgência e Emergência – Unidade Hospitalar do CHTMAD – Vila Real e recebe doentes de todo o distrito de Vila Real, Viseu, Chaves, Bragança, entre outros. Os doentes dão entrada no SUP vindos do exterior, por meio próprio ou acompanhados pelos meios do Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM), nomeadamente Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER), ambulâncias SIV e helitransportados, ou pelos bombeiros, referenciados dos vários Centros de Saúde ou de outras Unidades Hospitalares.

As características dos doentes tratados neste serviço, torna-o um serviço hospitalar aliciante e diferente, pois dá resposta a situações urgentes e emergentes, atendendo doentes de baixo, médio e alto risco nas áreas da anestesiologia, medicina interna, cirurgia geral, ortopedia, gastroenterologia, otorrinolaringologia, nefrologia, oftalmologia, pneumologia, ortopedia, psiquiatria, pediatria, ginecologia/obstetrícia, neurologia e clínica geral.

O SU é constituído por: 3 salas de espera (1 sala onde o doente faz a inscrição e aguarda pela sua chamada e outras 2 salas, onde o doente aguarda após a triagem - sala de doentes urgentes – laranjas e amarelos e sala de doentes não urgentes – verdes, azuis e brancos); 2 gabinetes de triagem de Manchester, sendo 1 deles de apoio à realização de Electrocardiograma; sala de emergência com entrada direta da rua e espaço para banho de urgência; sala de tratamentos de Enfermagem; sala de inaloterapia, 13 gabinetes de consulta; sala de gessos/ortopedia; sala de cirurgia; sala de observações com 9 unidades com capacidade para monitorização invasiva e não invasiva (possuindo uma destas unidades, uma barreira física de isolamento); sala de decisão clínica com espaço para 9 macas; Gabinetes do Diretor do Serviço; Gabinete da Chefia de Enfermagem; sala de pausa, arrecadação, espaço destinado à VMER, 2 copas; zona de arrumos; zona de sujos; sala de espólios; várias casas de banho e vestiários para os profissionais de Enfermagem. Existem dois *Pyxis medStation System®* – sistema automático de reposição de stock nivelado de medicamentos (um na sala de tratamentos de Enfermagem e outro localizado estrategicamente entre a área de triagem médica, área de pequena-cirurgia, área de ortotraumatologia e sala de observações). Este sistema simplifica a gestão dos serviços

farmacêuticos (gestão de stocks) e ajuda a reduzir custos, minimizando o desperdício e oferecendo algum suporte à conformidade minimizando o erro.

O acesso a meios complementares de diagnóstico, nomeadamente raio-x simples, Tomografia Computorizada (TC) e B.O. é fácil e rápido. Neste SU está implementado o Sistema de Triagem de Prioridades de Manchester, que permite através de uma avaliação inicial do doente, com base na queixa de apresentação e identificação de critérios de gravidade, estabelecer um nível de prioridade clínica, bem como a previsão do tempo para o atendimento médico. Este sistema pode ser aplicado tanto no funcionamento normal do SU, como em situação de catástrofe; classifica o utente em 6 categorias identificadas por cor: vermelho, laranja, amarelo, verde, azul e branco. Vermelho é emergente, ou seja, entra de imediato para a sala de emergência. Laranja é muito urgente, tempo alvo de 10 minutos até à observação médica inicial, sendo colocado na sala laranja. Amarelo é urgente e pode esperar até 60 minutos até à primeira observação médica; verde pouco urgente podendo aguardar até 120 minutos e azul não urgente podendo aguardar até 240 minutos pela primeira observação médica. A cor branca é atribuída em caso de tratamentos (pensos/terapêutica) e doentes que vêm realizar exames como por exemplo as grávidas, não tendo tempo definido para serem observadas.

Para além deste sistema de prioridades, estão implementadas as seguintes vias verdes: via verde do acidente vascular cerebral (VVAVC), via verde coronária (VVC), via verde sépsis (VVS) e via verde do trauma (VVT). Cada uma obedece a critérios próprios de ativação, e permitem que os doentes possam ser atendidos o mais precocemente possível, reduzindo os índices de morbidade e/ou mortalidade.

A nível de recursos humanos, o SU é composto por: 6 assistentes técnicos, 14 assistentes operacionais, 56 enfermeiros e equipa médica (com número não definido).

A nível de horários de trabalho, no turno da manhã e tarde, estão presentes 10 enfermeiros e no turno da noite encontram-se 7 enfermeiros a realizar turno sendo que, ao fim de semana, a equipa de Enfermagem nos turnos da manhã e tarde, possuem menos um elemento - 9.

Relativamente à equipa de enfermagem, a coordenação e gestão do serviço é função do enfermeiro chefe – Enfermeiro Eduardo Martins. Os enfermeiros são distribuídos pelos postos de trabalho do serviço mediante o plano de trabalho. No turno da manhã e tarde trabalham 10 enfermeiros: 2 em OBS, 2 na ala pequena-cirurgia/ortotraumatologia, 2 na sala de decisão clínica, 1 triagem, 2 sala de tratamentos de enfermagem e 1 na sala de emergência. No turno da noite, trabalham 7 enfermeiros.

O SUP tem uma VMER em gestão integrada com o INEM cuja equipa colabora na prestação de cuidados ao doente emergente / crítico da urgência. Neste âmbito, realizei 2 turnos de 12H no meio diferenciado de emergência médica acima referido, onde participei ativamente na abordagem à vítima crítica, tendo realizado também no início de cada turno a check-list habitual, no sentido de me inteirar o mais possível do material disponível e sua localização. Tive oportunidade de vivenciar 3 situações de emergência médica e 1 de trauma.

A atuação do enfermeiro em SU envolve especificidades e articulações de diferente índole, indispensáveis aos cuidados do doente com necessidades complexas requerendo, continuamente, um aprimoramento científico, o manuseamento de técnicas e a humanização dos cuidados extensiva aos familiares. Tudo isto, mediante a adoção de estratégias previamente delineadas e aprovadas de triagem, estabilização, avaliação e resolução ou encaminhamento.

Estágio II – Unidade De Cuidados Intensivos Coronários

O segundo estágio foi realizado na UCIC da unidade de Viseu do CHTV, no período de 4 de novembro a 20 de dezembro de 2019, sob a tutela e orientação do enfermeiro Luís Marques, enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

A missão da UCIC consiste em assistir os doentes do foro cardíaco que necessitam de vigilância e tratamento intensivo, devido à gravidade da sua situação e que a ela recorrem, pertencendo ou não à área de influência do centro hospitalar (essencialmente, doentes provenientes do distrito de Viseu e Guarda).

As enfermidades cardíacas mais específicas são a doença coronária, as arritmias e as insuficiências cardíacas.

A UCIC situa-se no terceiro piso, na ala nascente e sul do CHTV. É constituída por três áreas funcionais: Unidade de Cuidados Intensivos, Unidade Intermédia e Sala de Implementação de Pacemakers. Para além destas, existem as áreas de apoio: central de monitorização, sala de trabalho, áreas de limpos e sujos, gabinetes e wc para utentes e profissionais.

A Unidade de Cuidados Intensivos é constituída por 5 quartos individuais com braço técnico suportando monitor cardíaco, rampa de O₂ e aspiração e várias gavetas e tabuleiros com material.

A Unidade Intermédia é constituída por uma sala com 3 camas, individualizadas por cortinas, com monitor cardíaco, rampa de oxigénio e aspiração e um wc anexo.

A Sala de Implantação de Pacemakers é constituída por duas áreas: área de desinfeção e zona de implantação que possui uma mesa operatória fixa manobrável, um intensificador de imagem, desfibrilhador e rampa de oxigénio e aspiração.

A Central de Monitorização Telemétrica e Vigilância é constituída por um computador central, onde estão ligados todos os monitores individuais, um polígrafo e uma impressora laser. Nesta central, efetua-se toda a vigilância electrocardiográfica e hemodinâmica contínua, em simultâneo, de todos os doentes internados na UCIP, ficando registados também no polígrafo sempre que surgem alterações aos parâmetros e alarmes ativados pela equipa.

A UCIC é uma das quatro unidades que compõem o Serviço de Cardiologia. As outras unidades são: a Enfermaria de Cardiologia, situada no 4º piso, área de exames especiais, integrado no Laboratório de Exames Especiais, que se encontra no 2º piso e o Laboratório de Hemodinâmica, integrado no Serviço de Imagiologia e situado também no 2º piso, onde se efetuam entre outros procedimentos, os cateterismos cardíacos e os estudos electrofisiológicos.

A nível de recursos humanos, a UCIC é constituída por médicos com formação em Cardiologia, especialistas e internos de Cardiologia, sendo coordenados pelo diretor de serviço – Dr.º Luís Nunes. A UCIC possui permanentemente um médico de serviço à unidade e, este, assegura também, das 24H às 8H, a urgência geral no âmbito da Cardiologia.

A equipa de Enfermagem é constituída por 19 Enfermeiros, onde alguns deles pertencem a uma equipa de mobilidade, trabalhando, seguindo um horário estipulado quer na UCIC, quer nos outros serviços que compõem o Departamento de Cardiologia e Exames Especiais de Cardiologia.

Habitualmente estão de serviço, 4 Enfermeiros no turno da manhã, 2 no turno da tarde e 2 no turno da noite. Aos fins de semana e feriados, por norma, apenas ficam de serviço 3 Enfermeiros no turno da manhã, isto porque, na grande maioria das vezes, não existem procedimentos agendados para a Sala de Implantação de Pacemakers para estes dias.

A nível de assistentes operacionais, de segunda a sexta-feira, fazem parte da equipa do turno da manhã e no turno da tarde, 2 elementos e à noite, apenas 1. Nos fins de semana e feriados, a escala de serviço apenas comporta 1 elemento por turno.

A Enfermeira em funções de chefia de todo o Serviço de Cardiologia é a Enfermeira Fátima Veiga que coordena a Equipa de Enfermagem e a Equipa de Assistentes Operacionais.

A equipa da UCIC é uma equipa interdisciplinar onde todos os seus elementos interagem entre si, de forma a proporcionar cuidados de qualidade ao doente, tendo sempre presente a sua perspetiva biopsicossocial.

Estágio III – Unidade De Cuidados Intensivos Polivalente

Este estágio decorreu no período de 6 janeiro a 21 fevereiro de 2020, sob a tutela e orientação da Enfermeira Ana Gomes e da Enfermeira Teresa Andrade, Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

Este serviço é um serviço único e diferenciado dos demais serviços do Centro Hospitalar, na medida em que engloba, além da prestação de cuidados especializados a doentes críticos, toda uma panóplia de tecnologia e técnicas que permitem uma melhor capacitação nos cuidados ao doente que deles necessite.

A UCIP do CHTV é uma unidade polivalente de 8 camas nível III, sem gestão integrada de camas de cuidados intermédios. Situada no 3º piso, prima pela proximidade à Unidade de AVC, à Sala de Emergência e ao Serviço de Imagiologia, bem como pelo acesso direto ao Bloco Operatório Central.

Tem uma área total de 565 m², dos quais 186 m² correspondem a área de enfermaria.

Dispõe então de 8 camas: 4 dispostas em linha numa sala aberta, 2 em quartos de isolamento, cada um com a sua antecâmara, e 2 num quarto único sob videovigilância. A área média correspondente a cada unidade funcional é de 19.4 m², ligeiramente inferior ao desejável. Na sala aberta, um monitor central mostra a monitorização contínua de sinais vitais e parametrização de todos os doentes internados.

As camas possuem capacidade de articulação em diferentes planos e eixos e colchões dinâmicos anti-escaras. Cada unidade de internamento é dotada de um monitor Infinity Omega-S Solution da Dräger, equipamento de monitorização clássica e invasiva (com

capacidade de monitorização hemodinâmica com tecnologia PICCO, monitorização contínua de eletrocardiografia, frequências cardíaca e respiratória, pressão arterial invasiva e não invasiva, pressão venosa central, saturação transcutânea de oxigénio, capnometria, capnografia, temperatura periférica e central), um ventilador Hamilton G5, bombas e seringas infusoras volumétricas e respetivos suportes, bombas perfusoras para nutrição entérica contínua, fonte de oxigénio e 2 sistemas de vácuo para aspiração, insuflador manual (Ambu®), “barómetro” para avaliação de pressão do cuff dos tubos endotraqueais e um estetoscópio, criando assim verdadeiras unidades funcionais para cada doente.

A Unidade tem um quadro médico próprio constituído, da seguinte forma:

- Diretora da Unidade: Dra. Ana Albuquerque (Assistente Graduada de Medicina Interna e Especialista em Medicina Intensiva).
- Especialistas em Medicina Intensiva e Assistentes Graduados de Medicina Interna: Dr. Eduardo Melo e Dra. Inês Barros.
- Consultores de Medicina Interna: Dr. Miguel Sequeira e Dra. Carla Ferreira Santos.
- Assistentes Hospitalares de Medicina Interna: Dra. Ana Pinho Oliveira, Dra Carla Eira e Dr. Luís Patrão.

A equipa de enfermagem é constituída por: Enfermeiro José António Costa (especialista na área Médico-Cirúrgica e enfermeiro em funções de chefia); Enfermeiros Especialista na área Médico-Cirúrgica: 10 e Enfermeiros com treino e formação específica em Medicina Intensiva: 11; Enfermeiros especialistas em Reabilitação: 1; Enfermeiros especialistas em Saúde Materna e Obstétrica: 1; Enfermeiros especialistas em Saúde Mental e Psiquiátrica: 1. Por turno, estão presentes 4 Enfermeiros + 1 médico assistente em presença física durante 24H que colabora concomitantemente com episódios de cariz urgente quer no SU, quer em outros serviços que requeiram a sua colaboração/avaliação.

A equipa de Assistentes Operacionais é constituída por 7 elementos.

A UCIP dispõe de uma Assistente Técnica, na área administrativa.

Integram ainda a equipa da UCIP, mas de forma partilhada com outros serviços: 1 Fisiatra, 2 Técnicos de Fisioterapia e 1 Psiquiatra no âmbito da Psiquiatria de Ligação.

2. ANÁLISE E REFLEXÃO CRÍTICA DO DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

A Enfermagem tem sido perspectivada como ciência e arte do cuidar do ser humano desde a sua conceção até à morte. No cuidar há um compromisso em promover o lado humano de cada pessoa, em respeitá-la na sua individualidade e dignidade. Assim, Cuidar pressupõe uma visão holística com base no conhecimento científico, assente no processo de enfermagem. Sendo o enfermeiro um cuidador por excelência e com competências relacionais podemos dizer que o cuidar é a essência da Enfermagem e que a relação de ajuda, assente nas relações interpessoais que se estabelecem, é precisamente a pedra basilar do processo de cuidar.

O doente é um ser complexo, biopsicossocial, cultural e espiritual que, por ser uno e indivisível, tem valores, crenças e personalidade próprias, e sofre a influência do ambiente que o rodeia. Na prática dos cuidados, os enfermeiros necessitam de focar a sua intervenção na complexa interdependência pessoa/ ambiente, sendo necessário ter uma visão holística da pessoa, promovendo uma relação terapêutica sólida que almeje a excelência de cuidados (OE, 2001).

O Artigo 99º - Princípios Gerais - é peremptório em afirmar que as intervenções de enfermagem prestadas ao ser humano, compreendem um conjunto de valores universais como a igualdade, a liberdade responsável com a capacidade de escolha, tendo em atenção o bem comum, a verdade e a justiça, o altruísmo e a solidariedade, a competência e aperfeiçoamento profissional (OE, 2015, p.77).

A complexidade e diversidade das respostas humanas a processos de transição saúde/doença, refletem-se na necessidade de competências e conhecimentos cada vez mais aprofundados e cimentados por parte dos enfermeiros. Assim, com a necessidade de prestar cuidados de qualidade mais especializados, diferenciados e direcionados, surgem as áreas de especialização em enfermagem, que dotam o enfermeiro de competências acrescidas agrupadas nos respetivos domínios que as caracterizam.

Segundo o Artigo 4.º do Regulamento N.º 140/2019 (Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista) as competências comuns são classificadas em quatro domínios de competências comuns: responsabilidade profissional, ética e legal; melhoria

contínua da qualidade; gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais (OE, 2019).

Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal

No que concerne às competências do domínio da responsabilidade profissional ética e legal (Artigo 5.º do Regulamento N.º 140/2019), o enfermeiro especialista desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção, promovendo práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos bem como as responsabilidades profissionais. Assim o enfermeiro especialista deve demonstrar uma tomada de decisão ética nas situações da prática especializada, justificando as suas decisões com princípios, valores e normas deontológicas.

O processo de tomada de decisão é algo inerente à prática de cuidados de enfermagem. Diariamente somos confrontados com problemas de difícil resolução, requerendo uma análise criteriosa da nossa parte. No que respeita à tomada de decisão, no decorrer dos estágios, tive a perceção de que esta geralmente é feita em equipa, tendo por base valores éticos e deontológicos.

A proteção da liberdade e dignidade humana encontra-se inscrita no código deontológico da OE, pelo que a informação é considerada um dever, respeitando assim a autonomia do doente.

Como enfermeiro procuro pautar a minha conduta no respeito pela pessoa, pelas suas vontades, individualidade, crenças e religião, e sempre que me deparo com doentes inconscientes ou desorientados, procuro manter a minha forma de agir, tendo em vista o bem-estar da pessoa, o conforto, a dignidade, a privacidade e a intimidade.

A responsabilidade é uma das premissas chave, demonstrando-se, por exemplo, nas decisões que o enfermeiro toma e nos atos que pratica ou delega, no respeitar e fazer respeitar as opções políticas, culturais, morais e religiosas da pessoa, na responsabilidade pela escolha esclarecida, através da aplicação do consentimento informado e na responsabilidade pelo acompanhamento e encaminhamento da pessoa/ família durante as diversas fases da vida ou no processo de doença. A responsabilidade reflete-se em variados aspetos, desde logo, pelo cumprimento de horários, passando por assumir ações e atitudes, bem como pelo questionar outros quando existem dúvidas, reconhecendo assim os limites das suas competências e do seu papel. A minha prestação durante os

períodos de estágio foi pautada pela assiduidade, pontualidade e pela assertividade. O facto de ser tutorado poderia eventualmente, ter diminuído a sensação da responsabilidade, o que não aconteceu. O ambiente e equipa diferentes, os doentes com necessidades específicas para as quais, algumas vezes, não estava familiarizado e não tinha resposta imediata e assertiva, levou a que a minha atitude fosse de constante confirmação com o enfermeiro tutor, quando algo suscitava dúvida. Isto porque, a perspetiva de qualquer erro levar a lesões leva-nos a refletir e atuar de forma mais atenta. E, é por isso que, experiência e competência, aliadas a sentido crítico-reflexivo traduzem-se em cuidados de Enfermagem mais seguros, justos e responsáveis, alicerçados em processos de tomada de decisão mais sustentados.

Não obstante a tudo o que foi referido anteriormente, é essencial que se tenha em consideração, sempre que possível, e com o doente devidamente esclarecido, a vontade e os valores do doente, mesmo que dessa vontade advenha um desfecho não desejado pela equipa multidisciplinar.

Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade

A qualidade dos cuidados de saúde tornou-se uma questão intemporal e um fenómeno de crescente interesse nas organizações de saúde que, para além da importância que tem para a instituição e para o utente, deve ter uma importância máxima para o prestador de cuidados. Há cada vez mais programas de controlo da qualidade para avaliação da qualidade dos cuidados de saúde prestados à população.

Numa prestação de cuidados de qualidade, existe um encontro entre o profissional e o utente. Em seguida, o enfermeiro deve almejar a qualidade em cada gesto realizado, deve pesquisar para que o desempenho da sua função seja mais do que uma simples execução de tarefas.

A garantia da qualidade dos cuidados, é da responsabilidade de todos os profissionais, assim a criação de sistemas de qualidade em saúde é uma ação prioritária, visando a melhoria contínua da qualidade.

Nas competências do enfermeiro especialista a gestão da qualidade é um domínio fulcral. Assim de acordo com o Artigo 6.º do Regulamento N° 140/2019 (Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista) o enfermeiro especialista deve dinamizar iniciativas estratégicas de governação clínica, participar nos programas de

melhoria da qualidade dos cuidados, ajudando à criação e manutenção de ambientes terapêuticos seguros e contribuir para a melhoria dos processos assistenciais e de intervenção em saúde.

Neste âmbito, foi minha preocupação, durante os estágios, procurar inteirar-me de todos os protocolos instituídos, visando a atuação em conformidade com os mesmos. Embora, com alguma frequência, as contingências presentes relativamente às necessidades de cuidados de cada doente e às exigências do serviço pudessem dificultar o cumprimento desses protocolos, tudo era feito para proporcionar o melhor para o doente, o melhor bem-estar e a melhor qualidade de cuidados.

No entanto, quando falamos no sucesso da qualidade de cuidados, falamos obrigatoriamente, num conjunto de políticas institucionais que deverão estar claramente salvaguardadas e intimamente relacionadas com a tipologia de cuidados que se objetivam passando, pela antecipação e organização o mais adequada possíveis, por forma a que tudo possa estar o melhor preparado possível para receber o doente, distribuindo funções pelos vários elementos da equipa e definindo um conjunto de prioridades que possam marcar a diferença no momento exato de prestar os cuidados.

Assim quer nas unidades de cuidados intensivos onde estive, quer no SUP (sala de emergência), tive a perceção que tudo era preparado e antecipado para receber o doente, de acordo os protocolos existentes, conhecidos por todos os profissionais.

Nestes serviços, procedi à realização do check-list de verificação da sala de emergência, atuando concomitantemente no processo de gestão do risco e prevenção de surgimento de eventos adversos, procedi à preparação da unidade do doente, realizei teste do ventilador, monitor, máquinas de infusão, e tomei consciência das normas de controlo e prevenção da infeção.

Constatei que nestes serviços se prestam cuidados de saúde de qualidade, acessíveis em tempo oportuno, dirigidos ao doente e família, com vista à satisfação das suas necessidades, utilizando boas práticas, visando a prestação de cuidados individualizados e personalizados. A existência de normas e protocolos nestes serviços facilitam a segurança dos cuidados prestados. A distribuição de funções e verificação de todo o material promove não só uma melhor organização do serviço e cuidados como também minimiza a probabilidade de erro.

As infeções associadas aos cuidados de saúde são um indicador importante na avaliação da qualidade dos cuidados, segundo a DGS. Neste âmbito, tive oportunidade de aplicar as normas de controlo de infeção em todos os campos de estágio, desde medidas básicas

como a lavagem das mãos, medidas de proteção individual, nutrição parentérica, técnicas de substituição renal, até à administração de profilaxia antimicrobiana protocolada.

Faz parte da etapa de implementação do processo de enfermagem realizar registos de todos os cuidados ao doente, sendo esta uma das responsabilidades do enfermeiro especialista, incentivar toda a equipa de forma dinâmica a proceder desta forma, a fim de garantir a qualidade dos cuidados de enfermagem nas vertentes de estrutura, processo e resultado. Cabe também ao enfermeiro especialista participar na elaboração de normas e protocolos, de modo a uniformizar cuidados.

Domínio da Gestão de Cuidados

A gestão está implícita nos cuidados de variadas formas, potenciando a qualidade dos mesmos ou a organização e racionalização de recursos humanos e materiais. Engloba estratégias e normas que potenciam os cuidados de saúde e a prestação dos enfermeiros. Quanto ao domínio da gestão dos cuidados, segundo o Artigo 7.º do Regulamento N.º 140/2019, é solicitado aos enfermeiros que sejam eficazes e eficientes, que trabalhem com o intuito de atingir metas para obter resultados, utilizando os recursos disponíveis no sentido de garantir a qualidade dos cuidados.

No 3 serviços por onde passei, os enfermeiros especialistas, na ausência dos enfermeiros gestores, assumem a liderança e/ou a gestão do turno/serviço (por exemplo, distribuição dos doentes pelos enfermeiros presentes em cada turno). Este papel está previamente estabelecido/atribuído, em plano diário realizado pelo enfermeiro gestor, ou seja, assume a função de responsável de turno, tratando de questões burocráticas, como pedidos de farmácia e material extra, entre outros.

A análise crítica, a identificação de problemas, a tomada de decisão, o planeamento e execução de cuidados, são exemplos de atividades em que se desempenha o papel de líder. A priorização correta dos cuidados prestados é fulcral. O exercício de funções num ambiente complexo, requer capacidade de decisão rápida e atenção redobrada, como nos casos da triagem e da sala de emergência.

No decorrer dos diferentes estágios, otimizei o trabalho adequando os recursos às necessidades, promovendo um ambiente positivo e favorável à prática de cuidados. Também, tive oportunidade, no estágio da UCIP do CHTV de vivenciar com a colaboração do Senhor Enfermeiro Gestor - José António, a realidade de chefia

nomeadamente, no que concerne à realização de horários, pedidos à farmácia e armazéns hospitalares, entre outras questões.

Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais

Aprender, trata-se de um processo de ensino-aprendizagem absolutamente inerente ao constructo de cada ser humano. É através da aprendizagem constante que evoluímos e nos desenvolvemos como pessoas e como profissionais. O enfermeiro especialista deve ter sempre presente a necessidade de desenvolvimento cognitivo, do autoconhecimento e da assertividade, baseando a sua prática numa base científica sólida e documentada, devendo, sempre que possível transmitir conhecimentos, nomeadamente através de formações em serviço, a título individual ou em grupo (OE, 2019).

A constante evolução ao nível tecnológico nas áreas da saúde e a inesperada produção sistemática de novas evidências exige um constante atualização dos novos conhecimentos e um aprimorar de competências. Só assim é possível prestar cuidados atuais de forma segura e competente.

A prática de enfermagem deve ser sempre baseada na competência do saber ser e saber fazer, mas também do saber saber e saber estar. A minha prática e experiência profissional prévias dotaram-me de competências e saberes que não posso subestimar. Ao longo do estágio deparei-me com situações para as quais já possuía competências. Para todas as outras soube ter a humildade e a retidão de dizer “não sei”, “nunca fiz”, “tenho de investigar melhor esse aspeto”, pois só assim podemos aprender e crescer enquanto profissionais.

A prática clínica atualizada, fundamentada nos resultados de investigação científica, está associada à segurança da decisão clínica (aspeto fundamental no atendimento ao doente crítico), à qualidade dos cuidados e à confiança depositada na prática clínica que tornam, por sua vez, a enfermagem uma profissão mais desenvolvida, com um campo de atuação autónomo mais amplificado, distanciando-se da subordinação ao corpo médico. A prática baseada na evidência surge, portanto, como potenciadora da decisão clínica segura.

É requerido ao enfermeiro especialista que, através das suas competências, influencie de forma positiva e construtiva a equipa, motivando-a e esclarecendo-a, gerindo conflitos, partilhando experiências e estimulando a formação e a aprendizagem individualizada. Mais do que desenvolver evidência científica, em enfermagem, devidamente credível,

atualizada e com extrema relevância para a prática de cuidados ambiciona-se, concomitantemente, que esta seja alicerçada nos valores de segurança e qualidade de cuidados onde também a reflexão sobre aquilo que se faz, aquilo que se pretende fazer e aquilo que é preconizado realizar seja um *continuum*.

Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

O Artigo 3.º do Regulamento N.º 429/2018 de 16 de Julho define as competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, a saber: “cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica; dinamiza a resposta a situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação; maximiza a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a Antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas”.

Na 3ª Assembleia do Colégio da Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica, realizada em sessão extraordinária, no dia 25 de novembro de 2017, foram aprovados por maioria, os Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica – Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica que referem que os cuidados de enfermagem especializados à pessoa em situação crítica são “cuidados altamente qualificados prestados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, como resposta às necessidades afetadas e permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total. Estes cuidados de enfermagem exigem observação, colheita e procura contínua, de forma sistémica e sistematizada de dados, com os objetivos de conhecer continuamente a situação da pessoa alvo de cuidados, de prever e detetar precocemente as complicações, de assegurar uma intervenção precisa, concreta, eficiente e em tempo útil” (OE, 2017).

Novas exigências pedem novas competências e novas formas de ação, sendo o enfermeiro especialista uma mais valia para o cuidar da pessoa em situação crítica.

Cuida da Pessoa, Família/Cuidador a Vivenciar Processos Complexos de Doença Crítica ou Falência Orgânica

O cuidar de pessoas que vivenciam alterações no seu processo de transição saúde/ doença é o foco de intervenção do enfermeiro. No entanto, as alterações que podem ocorrer numa pessoa de variada índole. A pessoa que vivencia processos complexos de doença crítica e/ ou falência orgânica, necessita de uma intervenção mais direcionada, mais incisiva nesta área, maximizando os resultados e a recuperação total da pessoa. Assim, é exigido ao enfermeiro especialista em Pessoa em Situação Crítica, competências específicas para lidar com as situações urgentes e emergentes com que se depara, tendo em consideração todos os aspetos inerentes à pessoa holística, que acaba de vivenciar alterações ao seu quotidiano (OE, 2017).

Cuidar a pessoa em situação crítica é, para os enfermeiros um grande desafio, isto porque, é exigido um conjunto de conhecimentos cognitivos, técnicos e relacionais diversificados. Em situações de urgência/ emergência, o enfermeiro tem um papel interventivo e primordial, necessitando muitas vezes tomar decisões rápidas, baseadas nesses conhecimentos. Assim, no decorrer dos estágios prestei cuidados à pessoa em situação emergente antecipando a instabilidade e risco de falência orgânica, executando cuidados técnicos, complexos, demonstrando conhecimentos em suporte avançado de vida, nomeadamente na sala de emergência em doentes com paragem cardio-respiratória, SCA, AVC, entre outros.

A capacidade de uma vigilância constante, a antecipação de problemas, o reconhecimento precoce da necessidade de uma intervenção que possa prevenir a instalação ou agravamento da situação clínica do doente (p.ex: o controlo da dor e a ansiedade) e a necessidade de uma interligação profissional entre as várias equipas, foram as meta definidas ao longo do estágio.

Manusear a tecnologia que mantém o suporte vital do doente é necessário e obrigatório ao enfermeiro que trabalha com a pessoa em situação crítica, mas integrar a família nos cuidados exige muitas vezes mais perícia, paciência, empatia e revela-se um processo altamente complexo. Por conseguinte, consegui corresponder às competências referentes à gestão diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa e família, bem como no estabelecimento de comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica, principalmente em situações de alta complexidade do estado de saúde da pessoa. Torna-se evidente que cuidar da pessoa em situação crítica exige competências a nível cognitivo, do autoconhecimento, ou seja, a pessoa tem de possuir conhecimentos específicos e usá-los em prol do bem-estar do doente, tem de possuir competências relacionais, de liderança

e de interajuda pois o trabalho é realizado em equipa multidisciplinar. A assertividade e a empatia têm de estar, na minha opinião, sempre inerentes ao cuidar em enfermagem, pois só compreendendo a posição do outro conseguimos cuidar verdadeiramente.

Os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica – Área de Enfermagem na Pessoa em Situação Crítica vão de encontro a isso mesmo, pois evidenciam categorias de enunciados descritivos que devem ser do conhecimento quer do enfermeiro que presta cuidados de saúde, quer da pessoa/ família, alvo dos cuidados. Assim, através das competências que lhe são exigidas, o enfermeiro especialista deve procurar a satisfação do doente, a promoção da saúde, a prevenção de complicações, o bem-estar e o autocuidado e a readaptação funcional. Durante o meu estágio, as minhas intervenções foram de encontro a estes enunciados preconizados, onde a satisfação do doente era o objetivo máximo das minhas intervenções, e para tal potencieei a sua colaboração nos cuidados e o seu esclarecimento. A promoção da saúde foi explorada em todos os campos de estágio, onde elucidei sobre comportamentos corretos a adotar, cuidados a ter, sendo esta informação providenciada ao doente e à família sempre que possível.

A prevenção de complicações assim como o bem-estar e o autocuidado foram situações que tive sempre presente, pois cuidar de pessoas em situação crítica, muitas vezes sob sedação implica uma realização, por parte do enfermeiro, de todas as necessidades humanas básicas, promovendo sempre o seu bem-estar e prevenindo complicações, quer sejam elas do ponto de vista hemodinâmico, infeccioso ou de conforto. Cuidar de pessoas em situação crítica revela-se assim uma realidade única do cuidar em enfermagem e, como tal, é necessário apostar-se em formação avançada neste âmbito e no desenvolvimento de uma postura mais plena e uma forma de agir mais consciente e ponderada.

Dinamiza a Resposta a Situações de Emergência, Exceção e Catástrofe, da Conceção à Ação

Na dinâmica da prática para dar Resposta a Situações de Catástrofe ou Emergência Multivítima, da Conceção à Ação, o enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem da Pessoa em Situação Crítica intervém na concepção, planeamento e gestão da resposta, de forma pronta e sistematizada, no sentido da eficácia e eficiência da resposta assistencial (OE, 2018).

Por seu turno, o aumento da população a nível global e a contínua urbanização, junto com aumento do número de pessoas que vivem em espaços cada vez mais delimitados, o aumento do movimento de pessoas a nível global derivado do turismo e migração, e a produção, transporte e uso de materiais perigosos, que inclui substâncias radioativas assim como, o aumento preocupante do terrorismo a nível global, são fatores que aumentam a probabilidade de ocorrência de uma catástrofe ou situação multivítima.

Como tal, a prestação de cuidados num SU implica a obrigatoriedade de se estar preparado para a necessidade de intervenção numa situação semelhante. O objetivo máximo perante estas situações será sempre o de reduzir ou eliminar as baixas humanas, diminuir a morbilidade e os subsequentes efeitos físicos e psicológicos na maior extensão possível. Para que tal possa ser atingido são necessários dois pontos: a realocação dos recursos disponíveis para onde fazem mais falta com a rápida mobilização de recursos adicionais (humanos e materiais) e a utilização ótima dos recursos disponíveis, através do estabelecimento de prioridades e do uso de métodos simplificados de diagnóstico e tratamento.

O principal receio numa situação destas será sempre o dos recursos disponíveis serem insuficientes para as necessidades imediatas de cuidados de saúde, situação que poderá comprometer a prestação de cuidados com a conseqüente perda de vidas ou aumento das incapacidades dos sobreviventes.

Na minha passagem pelo SUP do CHTMAD constatei que eles possuíam um Plano de Emergência Externa. Este plano privilegia a interligação com entidades exteriores ao CHTMAD para uma melhor articulação na resposta à situação de exceção. Este Plano de Emergência foi elaborado pela Comissão de Catástrofe, sendo também responsável pela sua atualização. Neste serviço, existe um armário de catástrofe, situado na sala de triagem, onde estão guardados todos os materiais específicos e procedimentos de orientação para uma provável situação de catástrofe ou de exceção.

Como profissional do SUB e da Ambulância SIV possuo formação específica na área de emergência e catástrofe, o que me atribui competências nos princípios de atuação e distinção entre os vários tipos de catástrofe e as suas implicações para a saúde. Além disso, já participei alguns simulacros que permitiram o treino e reforço da aquisição de capacidades relativas à triagem de catástrofe e decisão de sequência de atuação conforme o grau de urgência e acima de tudo, sistematizar as ações a desenvolver neste tipo de situação. A própria formação do curso de Triagem de Prioridades de Manchester dota os profissionais dos serviços de urgência de competências nesta área.

Maximiza a Intervenção na Prevenção e Controlo da Infeção perante a Pessoa em Situação Crítica e/ou Falência Orgânica, face à Complexidade da Situação e à Necessidade de Respostas em Tempo Útil e Adequadas

No âmbito do Regulamento N.º 429/2018 de 16 de Julho, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Atuação da Pessoa em Situação Crítica deverá responder eficazmente na prevenção e controlo de infeção face aos múltiplos contextos de atuação, à complexidade das situações e à diferenciação dos cuidados exigidos pela necessidade de recurso a múltiplas medidas invasivas de diagnóstico e terapêutica, para a manutenção de vida da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica.

A DGS prevê a constituição e a operacionalização do Programa Nacional de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência a Antimicrobianos (PPCIRA) em todas as unidades de saúde, determinando que estas sejam reestruturadas de forma a obterem capacidade técnica para abranger as três vertentes do programa: vigilância epidemiológica; elaboração e monitorização do cumprimento de normas e recomendações de boas práticas e a formação dos profissionais. Como forma de maximizar a eficiência, todas as recomendações internas e planos de ação emitidas pelo PPCIRA têm carácter vinculativo e não meramente consultivo. É da sua responsabilidade implementar uma cultura de segurança, com o objetivo de que a prevenção e controlo das Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS) sejam encaradas como parte integrante da rotina diária de todos os profissionais, contribuindo desta forma para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados e para a segurança do doente.

Para dar resposta a esta competência tentei adotar sempre uma atitude responsável no controlo da infeção desde a adoção das medidas de precaução básicas, como o lavar das mãos, o uso do equipamento de proteção individual e a administração protocolada de terapêutica antimicrobiana. Colaborei em numerosos rastreios sépticos de forma responsável e respeitando os princípios de assepsia. Durante o estágio, nas unidades de cuidados intensivos por onde passei, adquiri e aprofundei conhecimentos no âmbito do controlo de infeção. Nestes mesmos campos de estágio senti que esta, era realmente, uma preocupação muito presente e incentivada pelos meus colegas a ser o mais eficazmente cumprida. Para além de existirem protocolos de serviço alusivos à prevenção das IACS como, por exemplo, o “Feixe de Intervenções relativos Prevenção de Pneumonia

Associada à Intubação” (DGS, 2017), a própria unidade de cuidados intensivos está preparada para o profissional de saúde conseguir minimizar erros básicos, como o lavar e o desinfetar das mãos, sem necessidade de tocar na torneira pois estas possuem um sensor que aciona a abertura da torneira quando as mãos se posicionam para a realização da lavagem. Ainda relativamente à prevenção da pneumonia associada à intubação, implementei e desempenhei autonomamente, um conjunto de medidas de prevenção, tais como: providenciar uma cabeceira elevada num ângulo $\geq 30^\circ$, realizar a higiene oral com gluconato de cloro-hexidina a 0,2%, manter circuitos ventilatórios, substituindo-os apenas quando visivelmente sujos ou disfuncionantes, manter pressão do balão do tubo endotraqueal entre 20 e 30 cmH₂O e a discussão e avaliação diária da possibilidade de desmame ventilatório e/ou extubação.

Nesta linha de pensamento, consegui enriquecer os meus conhecimentos na área da prevenção e controlo da infeção, aprimorando práticas extremamente importantes e que terei sem qualquer margem de dúvida, maior consideração no meu dia-a-dia profissional. Enquanto enfermeiro especialista sinto que terei a responsabilidade de questionar, ponderar e procurar constante atualização nesta área, no âmbito do doente crítico.

3. SÍNTESE CONCLUSIVA DO RELATÓRIO

O conhecimento próprio de uma profissão encontra o seu contexto singular de produção na prática profissional e a sua estratégia num processo dialógico de observação, análise e teorização contínuos e, consecutivamente, na idealização de um processo investigativo de cariz reflexivo.

O processo cognitivo primário da enfermagem é a reflexão, entendendo-se o relato reflexivo que o enfermeiro produz sobre as suas práticas clínicas, como um aprofundar da compreensão sobre o processo dos cuidados, com vantagens para a identificação das áreas de melhoria no desempenho.

No exercício profissional de enfermagem, no âmbito dos cuidados prestados à Pessoa em Situação Crítica é requerido ao profissional de saúde, continuamente e com grau de exigência crescente, mais saberes, mais competências e maior capacidade de resposta em situações claramente complexas. O processo subjacente de tomada decisão, está nitidamente patente e é, precisamente o conhecimento baseado na evidência científica mais atual alicerçado numa cultura profissional de valores e atitudes que poderão privilegiar o alcance dos maiores ganhos positivos na saúde dos doentes.

As competências desenvolvidas ao longo do estágio foram: cuidar da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica; dinamizar a resposta a situações de catástrofe ou emergência multivítima, da conceção à ação; maximizar a intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas; desenvolver uma prática profissional e ética; promover práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais; desempenhar um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica; colaborar em programas de melhoria contínua de qualidade; criar e manter um ambiente terapêutico e seguro; gerir os cuidados otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional; adaptar a liderança e a gestão dos recursos face às situações e ao contexto visando a otimização da qualidade dos cuidados; desenvolver o autoconhecimento e a assertividade e basear a praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimentos.

Durante os vários estágios, procurei demonstrar a maior disponibilidade, aproveitando todos os momentos de aprendizagem, nas diferentes áreas de intervenção. Ao longo deste percurso foram muitas as experiências e as aprendizagens que tive o privilégio de contactar e, com toda a certeza, levarei comigo esses ensinamentos apreendidos com vista ao maior e melhor desenvolvimento profissional futuro. Além disso, considero que desempenhei um papel relevante na dinamização do processo de cuidados ao colaborar na criação de programas de melhoria contínua de cuidados de qualidade, promovendo um ambiente seguro (criação de novos protocolos de serviço).

A procura constante pela excelência de cuidados é algo que está sempre presente na minha conduta profissional. Considero que este percurso de aprendizagem de que foi alvo, no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, permitiu a aquisição de um conjunto de conhecimentos e competências que, certamente, me farão sentir mais preparado, mais confiante e com mais argumentos para lidar com a grande maioria das situações que acometem, atualmente, o doente crítico.

Por tudo o que foi exposto neste relatório, posso afirmar que terminei este percurso com a consciencialização e satisfação pessoal de que atingi todos os objetivos, aos quais me propus no início desta formação de índole profissionalizante.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Direção-Geral da Saúde. (2001). *Rede de Referência Hospitalar de Urgência/Emergência*. Obtido de <https://www.dgs.pt/planeamento-de-saude/hospitais/redes-referenciacao-hospitalar/rede-de-referenciacao-hospitalar-de-urgenciaemergencia-pdf.aspx>
- Direção-Geral da Saúde. (2017). *Feixe de Intervenções” de Prevenção de Pneumonia Associada à Intubação*. Obtido de <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0212015-de-16122015-pdf.aspx>
- Ordem dos Enfermeiros. (2001). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Enquadramento Conceptual; Enunciados Descritivos*. Obtido de <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE*. Obtido de https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/nEstatuto_REPE_29102015_VF_site.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2017). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica*. Obtido de 3ª Assembleia do Colégio da Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5681/ponto-2_padroes-qualidade-emc_rev.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2019). *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Obtido de <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2018). *Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica*. Obtido de <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8420/115698537.pdf>

ANEXOS

ANEXO I- Protocolo de Administração de Eptifibatida (Integrilin®) – UCIC Viseu

		
	PROTOCOLO n.º __	Documento n.º1 Versão n.º1 Data: 09/12/2019
Aprovado:		Data de Aprovação:

1. TÍTULO:

Administração de Eptifibatida (Integrilin®)

2. ÂMBITO

Enfermeiros da UCIC.

3. RESPONSABILIDADE PELA IMPLEMENTAÇÃO

Equipa de Enfermagem da UCIC.

4. FUNDAMENTOS

A uniformização de procedimentos facilita a integração dos Enfermeiros, padroniza as práticas e assegura a melhor qualidade na prestação de cuidados.

5. OBJETIVOS

- Facilitar o conhecimento do protocolo de administração de Eptifibatida (Integrilin®);
- Uniformizar procedimentos;
- Eliminar erros na administração de terapêutica.

6. DESCRIÇÃO DO PROTOCOLO

Substância Ativa Eptifibatida

Nome Comercial Integrilin®

Grupo Farmacológico Antiagregante plaquetar (inibidor da glicoproteína IIb/IIIa)
Lista de Excipientes: Ácido cítrico mono-hidratado; Hidróxido de sódio e Água para preparações injetáveis

Apresentação

- 20mg/10ml (2mg/1ml) solução injectável;
- 75mg/100ml (0,75mg/1ml) – solução para perfusão.

Indicações

- Deve ser considerada a sua utilização como terapêutica de resgate (“bail-out”) em situações de elevada carga trombótica, “no-reflow” ou “slow-reflow”, durante a realização de uma intervenção coronária percutânea (ICP), no contexto de Síndrome Coronária Aguda ou Síndrome Coronária Estável (indicação IIa, ESC 2018);

- Pode ser considerada a sua utilização em doentes submetidos a ICP de alto risco, sem pré-tratamento com inibidores P2Y12, no contexto de Síndrome Coronária Aguda (indicação IIb, ESC 2018).

Incompatibilidades Não compatível com a Furosemida.

Via de Administração Administração por via Endovenosa

Bólus ou Perfusão Contínua.

Posologia Duplo bólus intravenoso de 180 mcg/kg (0,18 mg/Kg), administrados com 10 minutos de intervalo, seguido de uma perfusão intravenosa contínua de 2 mcg/kg/min (0,002 mg/kg/min), num máximo de 15 mg/h, durante 18 horas após a ICP (recomendação ESC 2018).

Se taxa de filtração glomerular (TFG) \geq 30ml/min e $<$ 50ml/min: igual esquema de bólus; reduzir a perfusão contínua em 50% - 1 mcg/kg/min (0,001 mg/kg/min), num máximo de 7,5 mg/h.

No caso de estar indicada cirurgia de revascularização miocárdica, recomenda-se a descontinuação da perfusão \geq 2-4 horas antes.

Contraindicações

- Hipersensibilidade à substância ativa ou a um dos excipientes;
- Sinais de hemorragia gastrointestinal, genito-urinária macroscópica ou outra hemorragia anómala ativa, nos 30 dias anteriores;
- História de acidente vascular cerebral nos 30 dias anteriores ou de qualquer acidente vascular cerebral hemorrágico;
- Antecedentes conhecidos de doença intracraniana (neoplasia, malformação arteriovenosa, aneurisma);
- Grande cirurgia ou traumatismo grave nas últimas 6 semanas;
- História de diátese hemorrágica;
- Trombocitopenia ($<$ 100.000 células/mm³);
- Tempo de protrombina $>$ 1,2x o valor de controlo ou INR \geq 2,0;

- Hipertensão arterial grave (pressão arterial sistólica > 200 mmHg ou pressão arterial diastólica > 110 mmHg sob terapêutica anti-hipertensiva);
- Compromisso renal grave (TFG < 30 ml/min) ou dependência de diálise;
- Compromisso hepático clinicamente significativo;
- Administração parentérica concomitante ou planejada de outro inibidor da glicoproteína IIb/IIIa.

**Efeitos
Secundários/
Reações Adversas**

• Hemorragia: é a reação adversa mais comum, normalmente leve, essencialmente no local de acesso arterial. Outros locais comuns são o orofaríngeo (gengival), gastrointestinal, genitourinário e retroperitoneal. Os fatores de risco associados a hemorragia são: género feminino, idade avançada, baixo peso corporal (< 70kg), compromisso renal moderado (TFG 30 - 50 ml/min) ou uso simultâneo de AiNE's ou outros medicamentos antiplaquetários.

• Trombocitopenia: a incidência de trombocitopenia foi baixa nos ensaios clínicos. O seu mecanismo não está completamente esclarecido, contudo foi sugerido um mecanismo imunologicamente mediado. Pode ocorrer dentro das primeiras 24h após o seu início, devendo recuperar rapidamente (1 a 5 dias) após a descontinuação. Se for observada uma descida confirmada para níveis < 100.000/mm³ ou uma trombocitopenia profunda aguda, deve ser imediatamente considerada a suspensão de medicamentos com efeitos trombocitopénicos, incluindo eptifibatida e heparina. A decisão de utilizar transfusões de plaquetas deverá ser baseada no julgamento clínico. Não é recomendada a utilização de eptifibatida nos doentes que manifestaram anteriormente trombocitopenia imunologicamente mediada com inibidores Gp IIb/IIIa.

• **Eventos cardiovasculares**, nomeadamente hipotensão e outros sintomas correlacionados com a doença subjacente;

• **Reações de hipersensibilidade e anafilaxia**: raras.

**Manipulação/
Manuseamento/
Compatibilidade**

• Pode ser administrado através de um sistema intravenoso com sulfato de atropina, dobutamina, heparina, lidocaína, meperidina, metoprolol, midazolam, morfina, nitroglicerina, ativador de plasminogénio tecidual ou verapamil;

• É compatível com solução de cloreto de sódio a 0,9%, e com dextrose a 5 % em Normosol R, com ou sem cloreto de potássio;

• Inspeccionar o conteúdo do frasco antes da sua utilização. Não utilizar se contiver partículas ou se apresentar alteração da cor.

• Durante a administração, não é necessário manter a solução ao abrigo da luz;

• Após a abertura do frasco, eliminar qualquer medicamento não utilizado;

- Não é recomendado em crianças ou adolescentes com menos de 18 anos de idade e em mulheres grávidas.

<p>Precauções</p> <p>Adicionais no Manuseamento/ Administração do Fármaco</p>	<ul style="list-style-type: none"> • A exposição repetida ou inicial a qualquer inibidor da GP IIb/IIIa pode estar associada a respostas trombocitopénicas imunologicamente mediadas, sendo por isso necessária a monitorização do número de plaquetas antes do tratamento, nas primeiras 6 horas de administração e, depois, pelo menos uma vez por dia enquanto decorrer o tratamento, e imediatamente se sinais clínicos de hemorragia não esperada; • A administração combinada de Eptifibatida – bólus e perfusão - induz um aumento de 5x do TP ou do aPTT. Este aumento regride rapidamente após a suspensão da perfusão, registando-se o retorno aos valores basais decorridas aproximadamente 6 (2-8) horas. Quando administrado isoladamente, eptifibatida não exerce qualquer efeito mensurável.
---	---

<p>Características da Embalagem, Validade e Condições de Conservação/ Armazenamento</p>	<p>Tipo de embalagem: Frasco para injectáveis de vidro de 10ml, fechado com rolha de borracha butílica e selado com cápsula de alumínio.</p> <p>Prazo de validade: 3 Ano(s)</p> <p>Temperatura: de 2 a 8°C</p> <p>Condições: Conservar ao abrigo da luz</p>
--	---

Cuidados de Enfermagem

- ✓ **Monitorização eletrocardiográfica contínua e avaliação periódica dos sinais vitais**, permitindo a deteção precoce de sinais de gravidade como hipotensão, insuficiência cardíaca, disritmias, reações de hipersensibilidade, hemorragia gastrointestinal, geniturinária ou pulmonar, etc;
- ✓ Cuidadosa observação para **despiste de sinais de hemorragia** durante o tratamento, sobretudo em doentes com maior risco hemorrágico. Esta é mais comum no local de acesso arterial. Vigiar cuidadosamente todos os locais alvo de punção periférica, central e áreas retroperitoneais. Minimizar procedimentos invasivos;
- ✓ **Na presença de introdutor:** verificar o local de inserção e o pulso distal do membro de 15/15 min durante a 1ª hora e de hora a hora durante as 6 horas seguintes. Após remoção do introdutor, verificar sinais de hemorragia;

- ✓ **Repouso absoluto** com a cabeceira elevada a 30°, enquanto mantiver o introdutor. Manter repouso no leito pelo menos 6 horas após o término da medicação;
- ✓ **Colheita de análises sanguíneas** (hemograma completo, tempos de coagulação, creatinina sérica) para monitorizar o risco de hemorragia. Recomenda-se que a **contagem de plaquetas seja efetuada antes do início do tratamento, 6H após o seu início e depois 1x/dia** enquanto o tratamento se mantiver ou imediatamente após a ocorrência de sinais hemorrágicos não esperados.

ANEXOS

- **Tabelas de Administração de Eptifibatida (Integrilin®), de acordo com o peso do doente.**

	50Kg	55Kg	60Kg	65Kg	70Kg	75Kg	80Kg	85Kg	90Kg	95Kg	100Kg
Frasco 20mg/10ml (2mg/1ml) Bólus Intravenoso (0,18mg/Kg)	9mg (4,5ml)	9,9mg (4,95ml)	10,8mg (5,4ml)	11,7mg (5,85ml)	12,6mg (6,3ml)	13,5mg (6,75ml)	14,4mg (7,2ml)	15,3mg (7,65ml)	16,2mg (8,1ml)	17,1mg (8,55ml)	18mg (9ml)
Frasco 75mg/100ml (0,75mg/1ml) Perfusão Intravenosa Contínua (0,002 mg/kg/min)	6mg/h (8ml/h)	6,6mg/h (8,8ml/h)	7,2mg/h (9,6ml/h)	7,8mg/h (10,4ml/h)	8,4mg/h (11,2ml/h)	9mg/h (12ml/h)	9,6mg/h (12,8ml/h)	10,2mg/h (13,6ml/h)	10,8mg/h (14,4ml/h)	11,4mg/h (15,2ml/h)	12 mg/h (16ml/h)

Elaborado por: - Enf.º João Pina (Mestrado EMC – IPB/ESSA) sob orientação de Enf.º Luís Marques (Enf.º Especialista em EMC)	Revisto por: - Equipa de Enfermagem da UCIC.
---	--


Referências Bibliográficas:

Bansal, A.; Sattar, Y. & Jamil, R. (2019). Eptifibatide. Europe PMC: StatPearls. Acedido em <https://europepmc.org/books/NBK541066;jsessionid=407ED7B975229E443176345A3ED5E961>

European Medicines Agency (2016). Eptifibatide Accord. Acedido em https://www.ema.europa.eu/en/documents/product-information/eptifibatide-accord-epar-product-information_pt.pdf

2018 ESC/EACTS Guidelines on myocardial revascularization - The Task Force on myocardial revascularization of the European Society of Cardiology (ESC) and European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS)

**ANEXO II- Instrução de Trabalho: Sistema de Compressão Sequencial Kendall
SCDTM Série 700 (UCIP – Viseu)**

 <p> CENTRO HOSPITALAR Unidade de Viseu Ministério da Saúde Centro Hospitalar Tondela Viseu, EPE UCIP </p>	Sistema de Compressão Sequencial Kendall SCD™ Série 700	Elaborado em 27/ 01 / 2020	Folha 1/9
		Revisto em __/__/__	<i>Edição</i> <i>N.º 1</i>
		IT.PQ.04 XX.	

Âmbito

Aplicável aos utentes admitidos na UCIP

Responsabilidade pela implementação

São responsáveis pela aplicabilidade e manuseamento do Sistema de Compressão Sequencial Kendall SCD™ Série 700, os enfermeiros.

Fundamentos

O Sistema de Compressão Sequencial Kendall SCD™ Série 700 destina-se a aplicar compressão pneumática intermitente para aumentar o fluxo de sangue venoso em doentes de risco, com vista a auxiliar na profilaxia da trombose venosa profunda (TVP) e da embolia pulmonar (EP) (Covidien, 2011).

A utilização do sistema de compressão sequencial Kendall SCD™ Série 700 pode não ser recomendada em doentes:

1. Qualquer condição local nas pernas em que as perneiras possam interferir, por exemplo: (a) dermatite, (b) laqueação venosa [pós-operatório imediato], (c) gangrena ou (d) enxerto cutâneo recente;
2. Arteriosclerose grave ou outra doença vascular isquémica;
3. Edema maciço das pernas ou edema pulmonar devido a insuficiência cardíaca congestiva;
4. Deformação extrema da perna;
5. Suspeita de TVP preexistente.

(Covidien, 2011)


O sistema é composto pelo controlador, conjuntos de tubagens (fornecidos com o controlador) e artigos de vestuário de compressão de utilização única (adquiridos independentemente deste controlador). Os artigos de vestuário de compressão comprimem os membros para aumentar a circulação do sangue venoso. Após o ciclo de compressão, o controlador mede

o tempo que o membro leva a ser preenchido com sangue e ajusta automaticamente a frequência/intervalo de tempo em que terá de existir compressão no membro com vista à maximização do fluxo sanguíneo. Este método de deteção do tempo de preenchimento vascular ocorre automaticamente e não requer qualquer interação do operador, sendo imediatamente definido ao ligar o sistema pela primeira vez e a cada 30 minutos a partir de então. Sendo assim, o doente estará a todo o momento a ser alvo de uma pressão intermitente ajustada às suas necessidades de circulação sanguínea venosa ao nível dos membros inferiores, melhorando o retorno venoso e prevenindo a estase venosa (Covidien, 2011).

As definições de pressão dependem do tipo de artigo de vestuário de compressão, sensivelmente a rondar os 45mmHg, no caso das pernas. Já o tempo decorrente entre compressões do mesmo membro nunca será inferior a 20 segundos nem superior a 60 segundos (Covidien, 2011).

Num estudo desenvolvido por Abuoglu, Müftüoğlu & Odabaşı (2019), no âmbito da cirurgia bariátrica, foi elaborado um novo protocolo de profilaxia do tromboembolismo venoso (TEV) que consistia na aplicação do Sistema de Compressão Sequencial Kendall SCD™ Série 700 com a administração concomitante de heparina de baixo peso molecular (HBPM). Este estudo foi constituído por uma amostra de 368 participantes que receberam HBPM, 12H antes de serem submetidos à cirurgia. Todos eles, foram alvos do Sistema SCD™ Série 700 durante a operação e durante as primeiras 24H seguintes. A HBPM foi também iniciada, por via subcutânea a todos os doentes, diariamente, por um período de 15 dias. A deambulação precoce ocorreu após as primeiras 2H após a cirurgia e foi realizada com frequência. Não foram observados eventos trombóticos no pós-operatório ou nas visitas de 1, 3 e 6 meses de acompanhamento. Ocorreram apenas 4 sangramentos que exigiram transfusões. A taxa de mortalidade foi de 0% aos 30 e 90 dias e durante a hospitalização.

A eficácia de dispositivos de compressão pneumática intermitentes na profilaxia do TEV em pacientes cirúrgicos e médicos de alto risco, segundo um

 <p>CENTRO HOSPITALAR Unidade de Viseu Ministério da Saúde Centro Hospitalar Tondela Viseu, EPE UCIP</p>	<p>Sistema de Compressão Sequencial Kendall SCD™ Série 700</p>	<p>Elaborado em 27/ 01 / 2020</p>	<p>Folha 3/9</p>
		<p>Revisto em ___/___/___</p>	<p>Edição N.º 1</p>
		<p>IT.PQ.04 XX.</p>	

programa de síntese baseado em evidência, desenvolvido por Pavon et al. (2015), nos EUA, teve como principal objetivo analisar, sistematicamente, a literatura sobre a eficácia comparativa dos dispositivos de compressão pneumática intermitentes relativamente a um conjunto de resultados selecionados como a taxa de mortalidade, incidência do TEV, incidência da TVP sintomática ou assintomática, hemorragia grave e facilidade no uso e adesão a estes dispositivos.

Os dados deste estudo são limitados. Pois, sugerem que o uso simultâneo de terapêutica anticoagulante com o Sistema SCD™ Série 700 (por exemplo) pode reduzir o risco de TEV em comparação à administração isolada de terapêutica anticoagulante isoladamente (RR 0,27; IC 95% 0,05 a 1,64) e que este sistema comparado à anticoagulação pode reduzir também o risco hemorrágico grave (RR 0,33; 95% IC 0,07 a 1,51), cujo principal efeito adverso mais frequentemente documentado é a trombocitopenia. De salientar igualmente que, o quanto antes, deverá ser estimulada a deambulação o mais precocemente possível, desde que a condição clínica do doente assim o permita (Pavon et al., 2015).

As diretrizes do *American College of Chest Physicians* (2012) sobre prevenção de TEV em pacientes de cirurgia ortopédica como citado em Topfer (2016), recomendam terapias medicamentosas profiláticas para pacientes submetidos a colocação da prótese total da anca ou joelho com compressão pneumática intermitente. A compressão deve ser usada por um período de 10 a 14 dias, durante pelo menos 18 horas por dia. Nos pacientes que se encontrem a receber terapia medicamentosa preventiva, é sugerida a adição de terapia compressiva no hospital. Além disso, um período mais longo de profilaxia (até 35 dias) deve ser considerado. A HBPM é preferida a outras terapias medicamentosas profiláticas e a outras alternativas, incluindo compressão, a menos que esta esteja contra-indicada.

O atual dispositivo de compressão pneumática intermitente sequencial disponível no mercado, usado para a prevenção de TVP, tem um ciclo constante

<p>Elaborado por: Enfermeiro João Pina – Mestrado em EMC (IPBragança – ESSA) sob orientação das Enfermeiras Especialistas em EMC – Ana Gomes e Teresa Andrade</p>	<p>Revisto por:</p>
---	---------------------

de 11 segundos de compressão e 60 segundos de deflação. Este período de deflação garante que as veias sejam preenchidas antes do início do ciclo subsequente. Foi sugerido que em algumas posições (por exemplo, semi-fowler ou fowler) e com diferentes pacientes (por exemplo, aqueles que possuem adequado refluxo venoso), o reabastecimento das veias pode ocorrer muito antes de 60 segundos e, portanto, um ciclo mais frequente pode ser mais eficaz na expulsão do sangue a nível proximal (Kakkos et al., 2000).

O tempo de recarga determinado automaticamente pelo Sistema SCD™ Série 700 variou de 24 a 60 segundos nos sujeitos testados, demonstrando variação individual do paciente. O tempo de reabastecimento (média +/- DP) na posição fowler foi de $40,6 \pm 10,0$ segundos, significativamente maior ($p < 0,001$) do que o medido na posição semi-fowler de $35,6 \pm 4,9$ segundos, respectivamente. O volume total de sangue (média +/- DP) expelido por hora pelo dispositivo SCD Sequel existente nas posições semi-fowler e fowler foi de $2,47 \pm 0,86$ L/hora e $3,28 \pm 1,24$ L/hora, respectivamente (Kakkos et al., 2000).


Principais Conclusões:

No geral, este sistema melhora a circulação sanguínea, impedindo o acúmulo de sangue nas veias (estase venosa) e melhorando a degradação natural dos coágulos sanguíneos (fibrinólise). Quantas mais horas a terapia de compressão for usada diariamente, mais eficaz ela ajuda a prevenir o TEV/TVP. A terapia de compressão pode também ajudar a reduzir a dor e o edema e a melhorar a cicatrização de feridas.

Concluindo, os sistemas de compressão pneumática intermitentes são apropriados para a profilaxia do TEV/TVP quando usados de acordo com as diretrizes clínicas mais atuais. A base de evidências atual para orientar a seleção de um dispositivo ou tipo específico de dispositivo é limitada. São necessários, contudo, mais estudos comparativos de eficácia destes sistemas com vista a colmatar as lacunas atuais em evidência.

Objetivos

- Prevenir o desenvolvimento de TEV e/ou de TVP;

 <p> CENTRO HOSPITALAR Tondela VISEU, EPE Unidade de Viseu Ministério da Saúde Centro Hospitalar Tondela Viseu, EPE UCIP </p>	Sistema de Compressão Sequencial Kendall SCD™ Série 700	Elaborado em 27/ 01 / 2020	Folha 5/9
		Revisto em __/__/__	Edição N.º 1
		IT.PQ.04 XX.	

- Contribuir para a redução da dor e edemas não exuberantes dos membros inferiores;

- Melhorar o retorno venoso, prevenindo a estase venosa.

Descrição do procedimento

Configuração

- Coloque o controlador sobre a placa dos pés da cama de modo a ficar encaixado. Certifique-se de que está seguro. Como alternativa, o dispositivo pode ser posicionado numa superfície horizontal adequada ao ambiente como, por exemplo, uma mesa, a uma proximidade razoável do ponto de utilização. Certifique-se de que permite a ventilação adequada das saídas de ar localizadas na proteção do cabo de alimentação e sob os pontos de ligação do conjunto de tubagens.
- O controlador pode funcionar com um ou dois artigos de vestuário de compressão aplicados no doente.
- Ligue o(s) conjunto(s) de tubagens à parte posterior do controlador. Encaminhe as tubagens em direção aos membros do doente, tendo o cuidado de desimpedir as vias de acesso e evitar o perigo de tropeçar.
- Ligue as tubagens ao(s) artigo(s) de vestuário de compressão colocado(s) em torno dos membros do doente.
- Faça corresponder as portas esquerda e direita, marcadas com B e A respetivamente, aos membros esquerdo e direito do doente. Verifique se existem dobras no(s) conjunto(s) de tubagens e fixe as ligações no controlador e no(s) artigo(s) de vestuário de compressão.
- Ligue o cabo de alimentação do controlador a uma tomada com ligação à terra de qualidade hospitalar adequada. O indicador azul de alimentação CA ficará iluminado. Se nenhuma tomada de alimentação CA estiver acessível, o controlador pode ser alimentado com a própria bateria interna, que possui uma duração máxima de 4 horas.

(Covidien, 2011).

Arranque

- Prima o botão Ligar alimentação/em espera para iniciar o funcionamento normal. No caso de utilizar perneiras, não será necessária mais intervenção do utilizador, a menos que seja detetada uma falha ou que a terapia tenha de ser interrompida.
 - O controlador emitirá um sinal sonoro, acenderá todos os LED de modo intermitente e iluminará o visor. Serão efetuadas rápidas verificações internas no dispositivo, que poderão ser audíveis para o utilizador.
 - A bomba começará a funcionar, como parte integrante do procedimento de seleção e verificação dos artigos de vestuário de compressão.
- (Covidien, 2011).

Seleção e verificação dos artigos de vestuário de compressão


Após o arranque, o procedimento de configuração dos artigos de vestuário de compressão permite ao utilizador selecionar a altura em que é necessária a compressão do pé em qualquer uma das duas portas do controlador:

- No visor, as imagens da perna correspondente à Porta A e da perna correspondente à Porta B piscam para indicar a configuração predefinida dos referidos artigos de vestuário de compressão (compressão da perna).
- Premir o botão A ou B faz com que a imagem da perna correspondente à respetiva porta mude para a imagem de um pé, o que indica a compressão do pé. É necessário premir os botões de cada porta ligada a uma bota para ativar a(s) imagem(ens) do pé correspondente(s).

Notas: A compressão da perneira é a configuração predefinida quando o controlador é ligado pela primeira vez. Como tal, não é necessário premir o(s) botão(ões) A e B para iniciar a terapia de compressão quando são utilizadas perneiras.

Apenas é necessário premir os botões A e B quando for utilizada a compressão do pé.

Se for necessário ligar um artigo de vestuário de compressão em qualquer altura depois de o respetivo procedimento de deteção ter sido iniciado, o sistema terá de ser reiniciado para garantir que será aplicada ao(s) membro(s) a terapia adequada.

 <p> CENTRO HOSPITALAR Unidade de Viseu Ministério da Saúde Centro Hospitalar Tondela Viseu, EPE UCIP </p>	Sistema de Compressão Sequencial Kendall SCD™ Série 700	Elaborado em 27/ 01 / 2020	Folha 7/9
		Revisto em __/__/__	<i>Edição</i> <i>N.º 1</i>
		IT.PQ.04 XX.	

(Covidien, 2011).

Também após o arranque, o controlador começa de imediato a efetuar o procedimento de seleção e verificação dos artigos de vestuário de compressão em cada porta, a fim de determinar se os artigos de vestuário de compressão foram corretamente ligados ao controlador:

- Se necessário, antes de concluir o procedimento de seleção e verificação dos artigos de vestuário de compressão, o(s) botão(ões) A e B pode(m) ser novamente premido(s) para alternar a imagem do artigo de vestuário de compressão do pé para a perna.
- Durante esta fase, o compressor e as válvulas encontram-se em funcionamento e é expelido ar pelas portas do controlador para detetar o número e o(s) tipo(s) de artigo(s) de vestuário de compressão ligado(s) [perneira(s) e/ ou bota(s)].
- Se o controlador detetar um artigo de vestuário de compressão corretamente ligado e o tipo do artigo de vestuário de compressão identificado for idêntico à configuração do artigo de vestuário de compressão selecionada pelo utilizador (ou predefinida), a imagem de uma perneira ou de uma bota correspondente ao lado A e ao lado B será apresentada no ecrã, dando-se início ao funcionamento normal da terapia de compressão.

(Covidien, 2011).

Cuidados de Enfermagem:

- Inspeccionar a pele diariamente, com especial ênfase nas regiões de proeminências ósseas, de forma a identificar possíveis alterações compatíveis, por exemplo, com sinais de síndrome compartimental.
- Manter a pele limpa e hidratada.
- Não massajar proeminências ósseas.
- Manter limpa e esticada a roupa da cama.
- Realizar decúbitos conforme algoritmo da escala de braden (IT.PQ.04.07), seguindo uma rotação programada e individualizada,

sempre associado ao uso de superfície de alívio de pressão. Não esquecendo que, as posições de Semi-Fowler e Fowler são as mais vantajosas para o doente alvo de compressão pneumática intermitente.

Na folha de registo de enfermagem (mod.582) deve-se assinalar-se, em espaço próprio – “Prevenção de Fenómenos Tromboembólicos”, a utilização do “Dispositivo de Compressão Pneumática (CPI)”, sempre que um doente for alvo da mesma.

Monitorização / avaliação

Verificação da aplicação adequada do Sistema de Compressão Sequencial Kendall SCD™ Série 700, diariamente, por parte do Enfermeiro em funções de chefia.


Estudo de prevalência de TEV, TVP ou de mortalidade de doentes que foram alvo do Sistema de Compressão Sequencial Kendall SCD™ Série 700 com tratamento estatístico mensal e apresentação dos dados anualmente, denotando-se a eficácia da utilização deste dispositivo na prevenção de eventos tromboembólicos e/ou focos hemorrágicos *major* contribuindo, igualmente, para a criação de evidência científica credível.

Referências Bibliográficas

Abuoglu, H., Müftüoğlu, M., & Odabaşı, M. (2019). A New Protocol for Venous Thromboembolism Prophylaxis in Bariatric Surgery. *OBES SURG* 29, pp. 729–734. Acedido em <https://doi.org/10.1007/s11695-018-03643-0>

Covidien (2011). Kendall SCD™ 700 Series Operation And Service Manual. *Manuals lib: the ultimate manuals library*, pp. 261-296. Acedido em <https://www.manualslib.com/manual/1676141/Covidien-Kendall-Scd-700-Series.html>

Kakkos, S., Szendro, G., Griffin, M. et al. (2000). The efficacy of the new SCD Response Compression System in the prevention of venous stasis. *Journal*

 <p>CENTRO HOSPITALAR Tondela Viseu, EPE Unidade de Viseu Ministério da Saúde Centro Hospitalar Tondela Viseu, EPE UCIP</p>	<p>Sistema de Compressão Sequencial Kendall SCD™ Série 700</p>	<p>Elaborado em 27/ 01 / 2020</p>	<p>Folha 9/9</p>
		<p>Revisto em ___/___/___</p>	<p>Edição N.º 1</p>
		<p>IT.PQ.04 XX.</p>	

of Vascular Surgery, 32 (5), pp. 932 – 940. Acedido em [https://www.jvascsurg.org/article/S0741-5214\(00\)51746-7/fulltext](https://www.jvascsurg.org/article/S0741-5214(00)51746-7/fulltext)

Pavon, J.; Williams, J.; Adam, S. et al. (2015). Effectiveness of Intermittent Pneumatic Compression Devices for Venous Thromboembolism Prophylaxis in High-risk Surgical and Medical Patients. Washington (DC): Department of Veterans Affairs (US). Acedido em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK333230/>

Topfer, L. (2016). Portable Compression to Prevent Venous Thromboembolism After Hip and Knee Surgery: The ActiveCare System. CADTH Issues in Emerging Health Technologies. Ottawa (ON): Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health. Acedido em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK378970/>