

PRÁTICA BASEADA EM EVIDÊNCIAS NA ATUAÇÃO DOS NÚCLEOS DE SEGURANÇA DO PACIENTE NO DISTRITO FEDERAL¹

Wexssandre Athayde Gonçalves²

Aline Branco Amorim de Almeida Sacramento³

Thatianny Tanferri de Brito Paranaguá⁴

Valéria Bertonha Machado⁵

INTRODUÇÃO: A implantação de Núcleos de Segurança do Paciente (NSP) nos estabelecimentos de saúde é um dos objetivos do Programa Nacional de Segurança do Paciente. As competências dos profissionais membros dos NSP são importantes para o cuidado seguro, com destaque para a prática baseada em evidência (PBE). **OBJETIVO:** Analisar a PBE dos profissionais de saúde que atuam nos NSP no Distrito Federal. **MÉTODO:** Pesquisa *survey on line*, realizada entre junho e setembro de 2019, com os profissionais membros dos NSP e utilização do questionário *Evidence-Based Practice Questionnaire* (EBPQ). **RESULTADOS:** Participaram 28 profissionais. A pontuação média final do EBPQ foi de 127,47; o primeiro domínio atingiu a pontuação total de 31,82 e média de 5,3; o segundo domínio atingiu a pontuação total de 23,50 e média de 5,87; o terceiro domínio atingiu uma pontuação total de 72,15 e média de 5,15. **CONCLUSÃO:** O uso da PBE pelos profissionais vinculados aos NSPs se apresentou de maneira satisfatória, atingindo pontuações acima da média em todos os domínios do instrumento.

Descritores: Prática clínica baseada em evidências; Segurança do paciente; Gestão de riscos; Gestão do Conhecimento.

INTRODUÇÃO

A Prática Baseada em Evidências (PBE) tem se tornado fundamental para melhor qualidade do serviço prestado em saúde e se mostrado como uma forma eficiente de melhorar a prática clínica e as escolhas dos profissionais no desempenho de sua função no cuidado em saúde. A PBE, após a identificação do problema, busca a melhor solução se baseando no conhecimento científico e prático¹.

A PBE deve ser a associação da vivência clínica do profissional de saúde, base científica consistente e escolha do paciente². Para tanto em 2004, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) incluiu entre suas incumbências executar as ações da Aliança Mundial para a Segurança do Paciente da Organização Mundial de Saúde (OMS). Na busca por um serviço de saúde mais seguro e convergindo com um movimento internacional, em 2013 se instituiu no Brasil pela Portaria GM n°. 529, de 1 de abril de 2013 o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Neste mesmo ano a ANVISA, publicou a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) n°. 36, de 25 de julho de 2013, que estabelece objetivos para segurança do paciente em serviços de saúde³.

Entre as ações previstas pela RDC 36/2013 está a obrigatoriedade de implantação do Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) que é a instância responsável por promover e apoiar a implementação de ações voltadas à segurança do paciente em serviços de saúde sejam eles qualquer instituição destinada ao desenvolvimento de ações para saúde, de qualquer nível de complexidade. É objetivo primário do NSP conectar as diferentes áreas que trabalham com riscos dentro de uma instituição, para que o paciente esteja seguro em todos os momentos do cuidado³.

Os Protocolos Básicos de Segurança do Paciente desenvolvidos pelo Ministério da Saúde (MS) tem como base as metas internacionais de segurança do paciente, a saber: identificar o paciente corretamente; melhorar a eficácia da comunicação; melhorar a segurança dos medicamentos de alta-vigilância; assegurar cirurgias com local de intervenção correto, procedimento correto e paciente correto; reduzir o risco de infecções associadas a cuidados de saúde; reduzir o risco de danos ao paciente decorrente de quedas. Essas metas buscam contribuir para um processo de cuidado mais seguro. São funções do NSP a elaboração do Plano de Segurança do Paciente (PSP) e a implantação dos Protocolos de Segurança do Paciente. Essas devem ser desenvolvidas com base em evidências que atestem as boas práticas de segurança³.

A prática baseada em evidências é uma metodologia para a prática clínica difundida entre os profissionais de saúde. Pode se considerar que a PBE surgiu no Reino Unido, na década de 70 do século XX. Com intuito de um melhor uso dos recursos no sistema de saúde, o epidemiologista Archibald Cochrane passou a recomendar decisões baseadas em pesquisas. A Universidade de McMaster, no Canadá, organizou na década de 80, a Medicina Baseada em Evidência, que é um movimento que objetiva buscar a melhor evidência científica, procurar dirimir ao máximo os riscos e calcular benefícios e danos para tomada da decisão clínica. Na década de 90, foi criada a *Cochrane Collaboration*, uma rede internacional de informações de revisões com ensaios clínicos que tem como objetivo disponibilizar informações científicas em todas as áreas da saúde^{4,5}.

A PBE agrega outras áreas de conhecimento além da medicina e consiste na utilização de evidências científicas, produzidas por estudos desenvolvidos com rigor metodológico, para tomada de decisões sobre as melhores condutas frente a cada caso. Envolve a definição de um problema, a averiguação e avaliação crítica das evidências disponíveis, a implementação

destas na prática e apreciação dos resultados. O uso da PBE é de grande importância para que se consiga atingir práticas de saúde seguras, confiáveis e eficazes².

O uso da PBE está fortemente relacionado ao aumento da segurança dos cuidados prestados e por isso está incluída na política de qualidade de saúde⁶. Existem alguns desafios para implementação da PBE, entre os principais se encontram: Dificuldade de formular uma pergunta de pesquisa, de fazer busca em bases de dados, de aplicar os resultados das pesquisas na prática, indisponibilidade de tempo destinado a pesquisas e excesso de trabalho⁷.

A PBE tem sido considerada como primordial nos serviços de saúde, mas sua adoção passa por contextos culturais e organizacionais². Visto que vários estudos de revisões sistemáticas apontam que a PBE pode melhorar a qualidade dos cuidados e os resultados clínicos dos pacientes⁴, essa pesquisa busca analisar o uso da PBE na atuação dos profissionais de saúde vinculados aos NSP no Distrito Federal.

MÉTODOS

Trata-se de pesquisa observacional, descritiva, transversal, com abordagem quantitativa, do tipo *survey*.

O cenário da pesquisa contemplou os NSP do Distrito Federal, cadastrados na ANVISA. De acordo com dados da ANVISA no período em que foi realizada a coleta de dados, havia 64 NSP no Distrito Federal.

A população estudada foi constituída pelos profissionais vinculados aos NSP do Distrito Federal. Foram excluídos os representantes com menos de três meses de participação no NSP, pois considerou-se que esse período seria insatisfatório para o representante julgar sua prática para tomada de decisão, considerando o foco do estudo.

O contato com os participantes se deu por meio de convites enviados por e-mail para os NSP da base de dados da ANVISA. Os e-mails dos núcleos de segurança do paciente foram informados pela ANVISA através de contato prévio realizado por um dos autores. Os convites continham uma breve explicação sobre os objetivos da pesquisa, sobre o questionário de coleta dos dados e o link do questionário. Semanalmente, eram enviados lembretes para os e-mails que não haviam gerado resposta ao questionário.

A coleta de dados foi realizada com uso do instrumento *Evidence-based Practice Questionnaire* (EBPQ). Esse instrumento foi criado no ano de 1998 no Reino Unido, sua função é avaliar atitudes, conhecimentos e implantação da prática baseada em evidências pelos profissionais de saúde. O EBPQ é auto preenchido, rápido e de fácil compreensão⁸.

O questionário possui 24 itens graduados em escala tipo *Likert*, de um a sete. Com a soma dos valores das respostas de cada item obtém-se um escore, com pontuação máxima de 168 pontos, que aponta atitudes mais positivas a respeito da prática baseada em evidências. Outra forma de avaliação dos escores é a divisão em domínios, com cálculo da média aritmética. São três domínios: Prática baseada em evidências (6 questões ou 42 pontos); Atitudes relacionadas à PBE (4 questões ou 28 pontos) e Conhecimentos e habilidade associados à PBE (14 questões ou 98 pontos). O instrumento traz também questões que caracterizam o participante da pesquisa em relação às características sociodemográficas, além de dados sobre a formação, área de atuação e experiência profissional⁸.

Foi utilizada a versão do EBPQ adaptada e validada ao contexto cultural brasileiro⁹. Considerando o cenário da pesquisa, foi acrescentado à caracterização do participante, questões específicas à atuação nos NSP.

A coleta de dados foi realizada via web, entre os meses de junho e setembro de 2019 com uso do *Survey Monkey*, uma ferramenta específica para pesquisas online. Apesar dessa ferramenta disponibilizar um plano gratuito, pela necessidade de contar com mais recursos para uso nessa pesquisa, foi contratado um plano pago que dispunha de mais opções como a possibilidade de o questionário ter um número maior de perguntas e de respostas.

Para o alcance de um maior número de participantes, nos meses de agosto e setembro de 2019, o link do questionário foi compartilhado em grupos de profissionais de saúde através de um aplicativo para Smartphones de mensagens instantâneas e divulgado no site da Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente (REBRAENSP).

Ao clicar no link do questionário, o participante era direcionado ao site *Survey Monkey* e acessava o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Após aceitar o TCLE, o participante teve acesso de maneira segura ao questionário. Uma cópia do TCLE foi enviada por email para cada participante com orientação de que ele o arquivasse para consultas futuras.

Foram enviados 132 emails para os núcleos de segurança e para profissionais vinculados. Destes, quatro foram devolvidos, pois os emails não eram válidos e dois foram cancelados, pois o usuário do endereço cancelou o recebimento de e-mails via *Survey Monkey*, restando 126 emails válidos. Foram obtidos 37 questionários, porém sete estavam incompletos.

Foram 30 questionários completos, sendo 19 respondidos pelos convites enviados por email. e 11 questionários através do link compartilhado no site da REBRAENSP e pelo aplicativo de mensagens. Dois questionários foram excluídos pois os participantes tinham tempo de atuação no NSP menor que três meses. Assim foram analisados 28 questionários.

Os dados foram lançados em uma planilha no programa Microsoft Excel. A análise dos dados de caracterização foi realizada por meio de estatística descritiva. A prática baseada em evidência desenvolvida pelos NSP foi calculada conforme orienta o instrumento, utilizando o escore total e por dimensão.

Durante toda a pesquisa, foram observados os aspectos éticos descritos na Resolução nº466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, que normatiza a pesquisa envolvendo seres humanos. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, CAAE n. 02153018.6.0000.0030.

RESULTADOS

Participaram 28 profissionais, com idade entre 26 e 64 anos, sendo 27 (96,33%) mulheres e 1 homem (3,57%). O tempo de atuação nos NSP variou de 06 a 72 meses, com média de 20,8 meses. Dos participantes da pesquisa, 19 (67,86%) são enfermeiros e os outros 9 (32,17%) possuem formação em biologia, fisioterapia, psicologia, medicina, sistemas de informação e curso técnico em enfermagem.

A maioria dos participantes 22 (78,57%) atua em área hospitalar, 2 (7,14 %) atuam na área ambulatorial e 4 (14,29%) atuam em outras áreas como centro de parto e saúde suplementar; a maior parte dos participantes 21 (75%) possui carga horária específica para atuação no NSP, os demais conciliam a atuação no NSP com outras atividades na instituição.

Quanto a formação, 25 (89,28%) participantes possuem pós-graduação, 21 (75%) possuem curso específico em qualidade, segurança do paciente e/ou gestão de risco; 20 participantes (71,43%) afirmam que conseguem ler e compreender bem material de estudo em língua estrangeira.

A maior parte dos NSP (24 / 85,71%) conta com algum profissional exclusivamente responsável pelo seu funcionamento; 19 participantes (67,85%) exercem outras funções na instituição além do NSP; Todos os participantes afirmaram que os NSP em que atuam possuem computadores com acesso à internet.

Os dados de caracterização dos participantes estão detalhados na tabela 1.

O EBPQ apresentou média total de 5,31 e pontuação total de 127,47. O primeiro domínio do EBPQ aborda a disposição dos sujeitos em buscar evidências para sua prática. Nesse domínio a pontuação média foi de 5,3 com pontuação total de 31,82.

O segundo domínio que aponta as atitudes dos sujeitos em relação à PBE apresentou média de 5,87 somando pontuação total de 23,50.

O terceiro domínio mensura os conhecimentos e habilidades para desenvolver a PBE. A pontuação média foi de 5,15 e pontuação total de 72,15.

Os dados do questionário EBPQ estão apresentados na tabela 2.

Tabela 1. Caracterização dos participantes. Brasília, 2019.

Variável	Média	Varição
Idade	38,03	26,0 – 64,0
Tempo de atuação no NSP	30,78	6,0 – 72,0
Variável	n(%)	
Sexo		
Feminino	27(96,43)	
Masculino	1(3,57)	
Profissão		
Enfermeiro	19(67,86)	
Médico	2(7,14)	
Outros	7(25)	
Formação		
Graduação	3(10,72)	
Especialização	15(53,57)	
Mestrado	8(28,57)	
Doutorado	2(7,14)	
Atuação		
Hospitalar	22(78,57)	
Ambulatorial	2(7,14)	
Outros	4(14,29)	
Formação específica em qualidade, segurança do paciente e/ou gestão de risco.		
Sim	21(75)	
Não	7(25)	
Carga horaria específica para atuação no NSP.		
Sim	21(75)	
Não	7(25)	
Profissional exclusivo para o NSP		
Sim	24(85,71)	
Não	4(14,29)	
Exerce função além do NSP		
Sim	19(67,85)	
Não	9(32,15)	
O NSP possui computadores com acesso		

a internet.

Sim 28(100)

Lê e compreende material de estudo em língua estrangeira.

Sim 20(71,43)

Não 8(28,57)

Tabela 2. Comparação entre os escores médios dos itens e da pontuação dos domínios. Brasília, 2019

Domínios	Descrição dos itens	Média	Pontuação total
Domínio 1	Prática Baseada em Evidências	5,30	31,82
a.	Com que frequência você formulou uma questão que pode ser claramente respondida para preencher uma lacuna ou falta do seu conhecimento.	5,1	
b.	Com que frequência você buscou evidências relevantes, uma vez formulada a pergunta.	5,6	
c.	Com que frequência você avaliou criticamente toda a literatura encontrada com base em algum critério estabelecido.	4,92	
d.	Com que frequência você integrou a evidência encontrada com o seu conhecimento e experiência prévios	5,57	
e.	Com que frequência você avaliou os resultados da sua prática	5,1	
f.	Com que frequência você compartilhou esse conhecimento com colegas	5,53	
Domínio 2	Atitudes relacionadas à PBE	5,87	23,50
g.	Minha carga de trabalho é muito grande para que eu me mantenha atualizado com todas as novas evidências/ Novas evidências são tão importantes que eu defino um tempo para isso na minha agenda de trabalho.	5,1	
h.	Eu me sinto desconfortável quando minha prática é questionada/ Eu acolho de forma aberta os questionamentos sobre a minha prática.	5,8	
i.	Práticas baseadas em evidências são perda de tempo/ Práticas baseadas em evidências são fundamentais para a prática profissional.	6,8	
j.	Eu mantenho o uso de métodos testados e confiáveis ao invés de mudar para algo novo/ Minha prática tem mudado em função das evidências que tenho encontrado	5,8	
Domínio 3	Conhecimentos e habilidades da PBE	5,15	72,15
k.	Sua habilidade em pesquisa.	4,85	

l.	Sua habilidade em informática	5,32	
m.	Suas habilidades de monitoramento e revisão das práticas	5	
n.	Sua capacidade de converter suas necessidades de conhecimento em uma questão de pesquisa	4,67	
o.	Seu conhecimento dos principais tipos e fontes de informação existentes	5	
p.	Sua capacidade para identificar lacunas na prática profissional	5,28	
q.	Seu conhecimento sobre como levantar evidências	5	
r.	Sua capacidade de analisar criticamente as evidências frente aos padrões já estabelecidos	5,21	
s.	Sua capacidade de determinar quão válido é o material	5,1	
t.	Sua capacidade de determinar quão aplicável clinicamente é o material	5,17	
u.	Sua capacidade de aplicar o conhecimento a casos individuais	5,1	
v.	O compartilhamento de suas ideias e conhecimento com os colegas de trabalho	5,6	
w.	A disseminação de novas ideias sobre cuidado entre os colegas	5,32	
x.	A capacidade de rever a sua própria prática	5,53	
EBPQ Total		5,32	127,47

DISCUSSÃO

O presente estudo demonstrou que os profissionais das equipes dos NSP consideram a PBE importante nas tomadas de decisões. Tais resultados se alinham com revisões sistemáticas, em que os profissionais veem PBE como ferramenta que possibilita a melhora na qualidade do cuidado².

Os resultados da pesquisa apontam que, em sua maioria, os participantes buscam levantar questões para sanar as suas dúvidas e embasar a sua prática. Levando-se em consideração que o primeiro domínio avalia a prática baseada em evidência dos sujeitos e que este alcançou um escore médio de 5,30 pontos, com um somatório total de 31,82, pode-se inferir que os participantes em sua maioria não se baseiam somente na experiência clínica, mas também nas evidências científicas e nas trocas de experiências com os colegas. Tal resultado corrobora com estudo realizado com profissionais de saúde em Portugal em que estes demonstraram a convicção de que é positivo e válido apoiar as práticas com base em pesquisas¹⁰.

Outros fatores importantes apontados no primeiro domínio são a utilização na prática das evidências obtidas nas pesquisas e da avaliação das práticas adotadas. Com os avanços

científicos, as práticas em saúde estão em constante atualização e por isso há necessidade constante de re-avaliação das práticas assistenciais com base em pesquisas¹¹.

Os resultados apontam para uma boa comunicação entre colegas. A troca de experiências com colegas proporciona a construção de conhecimentos a partir das experiências prévias, que se somam às vivências no trabalho^{12,13}.

Diferentes autores apontam que as maiores barreiras para utilização da PBE na maioria das vezes são a falta de tempo, conhecimento e habilidades¹⁴.

O segundo domínio aponta as atitudes dos participantes em relação à PBE. Os dados apontaram a importância atribuída pelos participantes à PBE. O escore médio de 5,87 com pontuação total de 23,5 revela que os participantes entendem que a busca de evidências é de suma importância para a prática profissional.

O terceiro domínio aborda o levantamento quanto à capacidade do participante em desenvolver a PBE, e este apresentou o escore mais baixo, com pontuação total de 72,15 e média de 5,15. Isso mostra que a maior dificuldade dos participantes está relacionada à capacidade de pesquisa, já que todos os itens deste domínio abordam questões que se relacionam ao desenvolvimento para busca de evidências em bases científicas.

A falta de apoio dos gestores para momentos de aquisição de conhecimentos e habilidades necessárias para PBE como: formulação de perguntas de pesquisa; pesquisa em bases de dados; avaliação da qualidade das evidências, é uma das barreiras para o seu desenvolvimento. O apoio e aceitação da gestão e dos colegas, apesar de não ser suficiente para causar uma mudança na prática, pode ser considerado um fator que favorece o fortalecimento da PBE¹⁵.

Quando observado o EBPQ total com pontuação média de 5,31 e pontuação total de 127,47, considera-se que os participantes dessa pesquisa compreendem a importância da PBE e buscam priorizar o seu uso para embasar sua atuação nos Núcleos de Segurança do Paciente.

As limitações deste estudo foram inerentes ao método de pesquisa survey e ao questionário utilizado. Obteve-se uma amostra por conveniência e pode-se pensar que os profissionais que aceitaram participar da pesquisa tinham alguma aproximação com o tema abordado. A taxa de resposta não pode ser calculada, pois não se sabe o número de profissionais que abriram o email com o convite para participar da pesquisa e acessaram o link do questionário. Além disso, utilizar um questionário no qual as competências em PBE são autorreferidas pode superestimar a avaliação.

CONCLUSÃO

A aplicação da PBE está ganhando cada vez mais espaço na atuação dos profissionais de saúde e se tornou uma importante ferramenta para prestação do cuidado seguro. Através desse estudo, conclui-se que os profissionais vinculados aos Núcleos de Segurança do Paciente no Distrito Federal entendem a importância do seu uso na prática profissional e buscam munir-se de evidências na resolução de problemas em sua prática, o que aponta uma maturidade em relação ao uso da PBE.

O fator que merece maior atenção está relacionado à capacidade de pesquisa dos participantes. A falta de habilidade em realizar pesquisas e avaliar a qualidade do material encontrado pode levar o profissional a embasar sua prática apenas na sua experiência clínica ou em estudos de má qualidade. É preciso capacitar os profissionais de saúde, em especial aqueles que atuam nos núcleos de segurança do paciente, para o fortalecimento da PBE e

estimular o desenvolvimento de habilidades necessárias para sua aplicação prática, alcançando assim um cuidado mais seguro.

REFERÊNCIAS

1. Ferretti F, Romancini F, Schneider LR, Ferraz L. Prática baseada em evidência no contexto dos núcleos de apoio a saúde da família em Chapecó. *Rev Enferm UFPR*. 2018. (23)2: e 52774. Disponível: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/52774>.
2. Schneider LR, Pereira RPG, Ferraz L. A prática baseada em evidência no contexto da Atenção Primária à Saúde. *Rev Saúde Debate*. [SciELO-Scientific Electronic Library Online]. 2018. 594-605. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v42n118/0103-1104-sdeb-42-118-0594.pdf>
3. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Implantação do núcleo de segurança do paciente em serviços de saúde – série segurança do paciente e qualidade em serviços de saúde. Brasília (DF): Anvisa; 2016. Disponível: <http://portal.anvisa.gov.br/documents/33852/3507912/Caderno+6+-+Implanta%C3%A7%C3%A3o+do+N%C3%BAcleo+de+Seguran%C3%A7a+do+Paciente+em+Servi%C3%A7os+de+Sa%C3%BAde/cb237a40-ffd1-401f-b7fd-7371e495755c>
4. Lacerda RA, Nunes BK, Batista AO, Egry EY, Graziano KU, Angelo M, et al. Práticas baseadas em evidências publicadas no Brasil: identificação e análise de suas vertentes e abordagens. *Rev Esc Enferm USP*. [SciELO-Scientific Electronic Library Online]. 2011. 45(3):777-86. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reusp/v45n3/v45n3a33.pdf>.
5. Broeiro P. Prática baseada em evidência e seus limites. *Rev Port Med Geral Fam*. [SciELO-Scientific Electronic Library Online] 2015. 31: 238-40. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/rpmgf/v31n4/v31n4a01.pdf>.
6. Solomons, N., Spross, J. Evidence-based practice barriers and facilitators from a continuous quality improvement perspective: an integrative review. *Journal of Nursing Management*. 2011. 19, 109-120.
7. Camargo FC, Iwamoto HH, Galvão CM, Pereira GA, Andrade RB, Masso GC. Competences and Barriers for the Evidence-Based Practice in Nursing: An Integrative Review. *Rev Bras Enferm*. 2018. 71(4):2030-8. Disponível: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0617>.
8. Rospendowski K, Alexandre NMC, Cornélio ME. Adaptação cultural para o Brasil e desempenho psicométrico do “Evidence-Based Practice Questionnaire”. *Acta Paulista Enferm*. 2014. 27(5): 405-411. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010321002014000500004&script=sci_arttext&lng=pt.

9. Rospendowski K. Adaptação cultural para o Brasil e desempenho psicométrico do “Evidence-Based Practice Questionnaire” (EBPQ). Campinas, SP: s/n, 2014.
Disponível em:
https://www.responsorio.unicamp.br/bitstream/REPOSIP/283868/1/Rospendowski_Karina_M.pdf
10. Pereira RPG, Cardoso MJSPOA, Martins MACSC. Enfermagem baseada em evidência: atitudes, barreiras e práticas entre contextos de cuidados. ESEP; 2012.
Disponível em:
<http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/49457/1/Artigo%20PBE%20-%20Contextos%20de%20cuidados.pdf>
11. Edward K, Mills CA. Hospital Nursing Research Enhancement Model. J Contin Educ Nurs [internet]. 2013. 44(10):447-454. Disponível em:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23937071>
12. Brasil. Portaria nº 278, de 27 de fevereiro de 2014. Institui diretrizes para implementação da Política de Educação Permanente em Saúde, no âmbito do Ministério da Saúde. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2014. Disponível em:
http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0278_27_02_2014.html.
13. Brasil. Síntese de Evidências para Políticas de Saúde: estimulando o uso de evidências científicas na tomada de decisão. 1. ed. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2015.
Disponível:
http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sintese_evidencias_politicas_saude_1ed.pdf
14. Mallion J, Brooke J. Community- and hospital-based nurses implementation of evidence-based practice: are there any differences? Br. J. Community Nurse. 2016. 21(3). Disponível: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26940618>.
15. Baird L, Miller T. Factors influencing evidence-based practice for community nurses. Br J. Community Nurs. 2015. 20(5):233-242. Disponível em:
<https://www.magonlinelibrary.com/doi/abs/10.12968/bjcn.2015.20.5.233>.