



UNIVERSIDADE D
COIMBRA

Diana Gabriela Simões Marques dos Santos

**AS PERCEÇÕES DE LÍDERES FORMAIS DE
ENFERMAGEM ACERCA DA PRÁTICA
BASEADA NA EVIDÊNCIA**

Dissertação no âmbito do Mestrado em Gestão e Economia da
Saúde orientada pelo Professor Doutor António Fernando
Salgueiro Amaral, coorientada pela Doutora Daniela Filipa Batista
Cardoso e apresentada à Faculdade de Economia da Universidade
de Coimbra.

Setembro de 2022



As Perceções de Líderes Formais de Enfermagem acerca da
Prática Baseada na Evidência

Diana Gabriela Simões Marques dos Santos

*Dissertação no âmbito do Mestrado em Gestão e Economia da Saúde orientada pelo
Professor Doutor António Fernando Salgueiro Amaral, coorientada pela Doutora
Daniela Filipa Batista Cardoso e apresentada à Faculdade de Economia da
Universidade de Coimbra para obtenção do grau de Mestre.*

Setembro, 2022

AGRADECIMENTOS

Ao Sr. Professor Doutor António Fernando Salgueiro Amaral, pela sua orientação, pelos seus conselhos, pelo tempo dispensado, pelo conhecimento que me transmite e por ser para mim uma referência desde o meu 1º ano da Licenciatura. Obrigada por acreditar em mim e por me motivar a ser melhor Enfermeira a cada dia!

À Doutora Daniela Filipa Batista Cardoso, pela sua coorientação, pela sua análise crítica e pelo apoio em cada desafio. Obrigada pelas suas palavras de motivação e conforto constantes! Grata por me ter mostrado o quão bonita é esta paixão pela Prática Baseada na Evidência, na qual é uma perita!

Aos líderes formais de enfermagem, por terem sido facilitadores na obtenção das autorizações nas três instituições de cuidados de saúde e pelo tempo disponibilizado para a colheita de dados. Obrigada pela cooperação e disponibilidade!

Às minhas colegas jovens investigadoras, Margarida, Beatriz, Nichole, Rosário e Inês, com quem tive o prazer de trabalhar. Obrigada pelo apoio nos desafios que enfrentei!

Aos meus colegas enfermeiros, pela ajuda na gestão do horário. Obrigada pelo altruísmo!

Aos restantes professores, investigadores e colegas que se cruzaram comigo ao longo deste percurso, o meu mais profundo agradecimento por toda a aprendizagem, apoio e motivação!

Às pessoas especiais da minha vida, à minha família e aos meus amigos, pelo apoio, pela compreensão das minhas ausências, pelo carinho e pela força que me transmitiram em todas as etapas deste percurso. Em particular, ao meu irmão pelo tempo que o privei da minha presença.

Só com os contributos de cada um de vós foi possível,

o meu mais sincero agradecimento!

Este estudo encontra-se inscrito como Projeto de Estudo Associado ao Projeto Estruturante “Cuidados de saúde informados pela evidência para a transformação dos contextos de prestação de cuidados de saúde” da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

“If you want to build a ship, don’t drum up the men to gather wood, divide the work, and give orders. Instead, teach them to yearn for the vast and endless sea.”

- Antoine de Saint-Exupéry

RESUMO

Introdução: A Prática Baseada na Evidência (PBE) é um elemento do processo de tomada de decisão que considera a melhor evidência, o juízo crítico do profissional, as preferências da pessoa cuidada e o contexto de prestação de cuidados. A liderança formal é determinante para implementar e sustentar a PBE. No entanto, para os líderes formais de enfermagem, a implementação da PBE e sua sustentabilidade é, ainda, um desafio, pelo que é relevante conhecer as suas percepções.

Objetivo: Conhecer as percepções de líderes formais de enfermagem sobre a PBE e as ações que empreendem para a implementar e sustentar, em instituições de cuidados de saúde portuguesas.

Materiais e métodos: Estudo qualitativo descritivo exploratório, com amostra por conveniência com líderes formais de enfermagem de três instituições de cuidados de saúde portuguesas. O tamanho da amostra foi determinado com base no princípio da saturação dos dados. A colheita de dados foi realizada através de entrevistas semiestruturadas. Para o processo de análise de dados recorreu-se à análise de conteúdo proposta por Bardin (2020) e ao *software* MAXQDA Analytic Pro 2022.

Resultados: Os líderes descreveram o Conceito de PBE com um a dois componentes, demonstraram conhecimento sobre o Impacto da PBE nos Resultados em Saúde e relataram também a sua Autopercepção sobre a Necessidade de Conhecimento e sobre o Investimento Formativo. A Divulgação e Disponibilização de Recursos, a Reflexão sobre a Prática Clínica, o Envolvimento dos Enfermeiros em Grupos de Trabalho de Apoio à Tomada de Decisão, a Monitorização e Divulgação dos Resultados do Impacto da PBE, a Divulgação e Implementação dos Projetos dos Enfermeiros, a Ligação entre a Academia e a Clínica, as Reuniões de Apoio à Tomada de Decisão Partilhada e a Rotatividade dos Enfermeiros foram as Estratégias mencionadas pelos líderes formais. As Barreiras à implementação da PBE descritas foram a Escassez e Gestão de Recursos Ineficiente, a Cultura organizacional, o Afastamento entre a Academia e a Clínica, a Desmotivação e a Resistência à Mudança. Os Facilitadores foram a Existência e Gestão de Recursos Eficiente, a Cultura Organizacional, a Ligação da Academia à Clínica, a Motivação e Comprometimento, a Liderança, a Organização que Regula o Exercício da Profissão e as Reuniões Multidisciplinares. Os recursos referidos foram o tempo, os recursos humanos, o conhecimento, os recursos materiais e digitais e os peritos. Os líderes formais relataram a adoção de Comportamentos

Facilitadores e Motivacionais, e caracterizaram o seu papel com as Habilidades e Expertise, a Consideração pelos Seguidores e os Valores.

Conclusão: O Conceito de PBE foi evidentemente associado à Utilização do Conhecimento Científico. Os líderes apresentam conhecimento sobre o Impacto da PBE nos Resultados em Saúde, contudo, têm dificuldades em relatar a sua autoperceção sobre o conhecimento específico sobre PBE. Os líderes adotam estratégias de implementação da PBE e mencionam barreiras e facilitadores que encontram, bem como os recursos utilizados. Sugere-se que sejam desenvolvidos e implementados programas educativos e projetos institucionais que apoiem a implementação e sustentabilidade da PBE. Estudos primários neste âmbito deverão continuar a ser desenvolvidos em Portugal.

Palavras-chave: Prática Clínica Baseada em Evidências; Liderança; Gestor de Saúde.

ABSTRACT

Introduction: Evidence-Based Practice (EBP) is an element of the decision-making process that considers the best evidence, the critical judgment of the healthcare worker, the preferences of the person cared for and the context of care. Formal leadership is determinant to implementing and sustaining EBP. However, for formal nursing leaders, the implementation of EBP and its sustainability is still a challenge, so it is relevant to know their perceptions.

Objective: To know the perceptions of formal nursing leaders about EBP and the actions they undertake to implement and sustain it, in Portuguese healthcare institutions.

Materials and Methods: Qualitative exploratory descriptive study, with convenience sample of formal nursing leaders from three Portuguese healthcare institutions. The sample size was determined based on the principle of data saturation. The data were collected through semi-structured interviews. For the data analysis process, a content analysis proposed by Bardin (2020) and the MAXQDA Analytic Pro 2022 software were used.

Results: The leaders described the Concept of EBP with one to two elements, demonstrated knowledge about the Impact of EBP on Health Outcomes, and also reported on their Self-Perception about the Need for Knowledge and about the Formative Investment. The Dissemination and Availability of Resources, the Reflection about Clinical Practice, the Involvement of Nurses in Decision-Making Support Working Groups, the Monitoring and Dissemination of EBP Impact, the Dissemination and Implementation of Nurses' Projects, the Link between the Academy and the Clinic, the Support Meetings for Shared Decision Making, and the Rotation of Nurses were the Strategies mentioned by the formal leaders. The Barriers to the implementation of EBP described were the Scarcity and Inefficient Resource Management, the Organizational Culture, the Distance between the Academy and the Clinic, the Demotivation, and the Resistance to Change. The Facilitators were the Existence and Efficient Resource Management, the Organizational Culture, the Link the Academy to the Clinic, the Motivation and Commitment, the Leadership, the Organization that Regulates the Exercise of the Profession, and the Multidisciplinary Meetings. The necessary resources mentioned were time, human resources, knowledge, material and digital resources, and experts. Formal leaders reported the adoption of Facilitating and Motivational

Behaviors, and characterized their role as Skills and Expertise, Consideration for Followers, and Values.

Conclusion: The concept of EBP was evidently associated with the use of scientific knowledge. The leaders have knowledge about the impact of EBP on health outcomes, however, they have difficulty reporting their self-perception of knowledge about EBP. The leaders adopt strategies for implementing EBP and mention barriers and facilitators that they encounter, as well as resources used. It is suggested the development and implementation of educational programs and institutional projects in order to support the implementation and sustainability of EBP. It is suggested the development and implementation of educational programs and institutional projects in order to support the implementation and sustainability of EBP. Primary studies in this area should continue to be developed in Portugal.

Keywords: Evidence-Based Practice; Leadership; Health Manager.

LISTA DE SIGLAS

ARCCC – *Advancing Research and Clinical Practice through Close Collaboration*

HP-EPE – Hospital Público – Entidade Pública Empresarial

HP-SPA – Hospital Público – Sector Público Administrativo

NICE – *National Institute for Health and Care Excellence*

OE – Ordem dos Enfermeiros

PARIHS – *Promoting Action on Research Implementation in Health Services*

PBE – Prática Baseada na Evidência

WHO – *World Health Organization*

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. *Codebook* 7

Tabela 2. Barreiras e Facilitadores à Implementação da PBE..... 47

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Especialidade dos líderes formais de enfermagem	4
Figura 2. Amostra por instituição de cuidados de saúde	5
Figura 3. Síntese dos resultados obtidos.....	88

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	1
1. PRÁTICA BASEADA NA EVIDÊNCIA	9
2. CONHECIMENTO DOS LÍDERES FORMAIS DE ENFERMAGEM SOBRE A PRÁTICA BASEADA NA EVIDÊNCIA	13
2.1. CONCEITO DE PBE.....	13
2.2. IMPACTO DA PBE NOS RESULTADOS EM SAÚDE	20
2.3. AUTOPERCEÇÃO DO CONHECIMENTO SOBRE PBE	27
3. ESTRATÉGIAS PARA A IMPLEMENTAÇÃO DA PRÁTICA BASEADA NA EVIDÊNCIA	31
3.1. DIVULGAÇÃO E DISPONIBILIZAÇÃO DE RECURSOS	31
3.2. REFLEXÃO SOBRE A PRÁTICA CLÍNICA	35
3.3. ENVOLVIMENTO DOS ENFERMEIROS EM GRUPOS DE TRABALHO DE APOIO À TOMADA DE DECISÃO	39
3.4. MONITORIZAÇÃO E DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS DO IMPACTO DA PBE	40
3.5. DIVULGAÇÃO E IMPLEMENTAÇÃO DOS PROJETOS DOS ENFERMEIROS	42
3.6. LIGAÇÃO ENTRE A ACADEMIA E A CLÍNICA.....	43
3.7. REUNIÕES DE APOIO À TOMADA DE DECISÃO PARTILHADA	44
3.8. ROTATIVIDADE DOS ENFERMEIROS.....	46
4. BARREIRAS E FACILITADORES À IMPLEMENTAÇÃO DA PRÁTICA BASEADA NA EVIDÊNCIA	47
4.1. ESCASSEZ E GESTÃO DE RECURSOS INEFICIENTE VERSUS EXISTÊNCIA E GESTÃO DE RECURSOS EFICIENTE	48
4.2. CULTURA ORGANIZACIONAL.....	60

4.3. AFASTAMENTO ENTRE A ACADEMIA E A CLÍNICA VERSUS LIGAÇÃO DA ACADEMIA À CLÍNICA.....	65
4.4. DESMOTIVAÇÃO VERSUS MOTIVAÇÃO E COMPROMETIMENTO	70
4.5. RESISTÊNCIA À MUDANÇA	72
4.6. LIDERANÇA	73
4.7. ORGANIZAÇÃO QUE REGULA O EXERCÍCIO DA PROFISSÃO	74
4.8. REUNIÕES MULTIDISCIPLINARES	75
5. PAPEL DOS LÍDERES FORMAIS DE ENFERMAGEM NA IMPLEMENTAÇÃO E SUSTENTAÇÃO DA PRÁTICA BASEADA NA EVIDÊNCIA	77
5.1. COMPORTAMENTOS.....	77
5.2. CARACTERÍSTICAS	79
CONCLUSÃO	85
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	91
ANEXOS/APÊNDICES	

INTRODUÇÃO

Os líderes de enfermagem são considerados elementos cruciais das instituições para impulsionar e implementar mudanças nos seus contextos clínicos (Ryan et al., 2015). A liderança é, assim, reconhecida como uma característica fundamental para a implementação da Prática Baseada na Evidência (PBE) (Stetler, Ritchie, Rycroft-Malone, & Charns, 2014).

A PBE, no decorrer da década de 90, destacou-se nos cuidados de saúde, pela necessidade dos profissionais de saúde utilizarem de forma consciente, explícita e criteriosa as melhores evidências aquando da sua tomada de decisão (Melnyk & Newhouse, 2014; Nevo & Slonim-Nevo, 2011). O movimento crescente da PBE surgiu associado ao progressivo aumento da investigação primária, ao atraso na implementação do novo conhecimento científico na prática clínica, à importância da qualidade em saúde e da segurança da pessoa cuidada, ao rápido acesso dos consumidores finais à informação, e à consequente pressão dos mesmos (Dawes et al., 2005; White & Dudley-Brown, 2012).

Indo ao encontro do referido, a PBE é definida como a tomada de decisão clínica informada pela melhor evidência disponível, tendo em consideração o contexto de prestação dos cuidados, a preferência da pessoa cuidada e o juízo clínico do profissional de saúde (Pearson, Wiechula, Court, & Lockwood, 2005). Também, à luz do *JBI Model of Evidence-Based Healthcare*, a PBE é considerada a prestação de cuidados aplicáveis, adequados, significativos e efetivos (Jordan, Lockwood, Munn, & Aromataris, 2019). A PBE promove os cuidados de saúde com elevado valor, melhora as experiências das pessoas cuidadas e os resultados em saúde, e reduz os custos em saúde (Melnyk, Gallagher-Ford, Long, & Fineout-Overholt, 2014). Destarte, a implementação da PBE nas organizações de saúde torna-se cada vez mais importante.

Especificamente, no âmbito da prática de enfermagem, uma cultura de PBE é crucial para que os enfermeiros sejam proactivos na procura da melhor evidência disponível, com o objetivo de minimizar a lacuna existente entre a teoria e a prática clínica (Mackey & Bassendowski, 2017). De acordo com o *International Council of Nurses* (2012), a PBE em enfermagem é caracterizada como uma abordagem à resolução de problemas através da tomada de decisão informada pela melhor e mais recente evidência, tendo em consideração o juízo crítico e a experiência do enfermeiro, e as preferências da pessoa cuidada. Em 2006, a Ordem dos Enfermeiros (OE), numa tomada de posição sobre a investigação em enfermagem, afirmou que a PBE é um pressuposto para a excelência dos cuidados de

enfermagem, para a segurança da pessoa cuidada, bem como para a promoção de melhores resultados da prática de enfermagem.

No entanto, a implementação da PBE nas organizações de saúde é considerada um desafio para os gestores, sendo a liderança reconhecida como um apoio à mudança organizacional e, conseqüentemente ao processo de implementação da PBE (Aarons, Ehrhart, Farahnak, & Sklar, 2014; Stetler et al., 2014). A liderança pode ser definida como formal e informal: a liderança formal é aquela que é exercida por um indivíduo que assume um cargo de chefia e apresenta responsabilidades inerentes a esse papel; a liderança informal diz respeito ao papel ativo na organização, independentemente do papel que desempenha (Weaver et al., 2018; Zhuravsky, 2015).

No âmbito da PBE, a liderança pode ser caracterizada como um processo multidimensional, onde se perspectiva a influência do líder sobre os profissionais de saúde na implementação da mesma. Este processo inclui comportamentos e atividades dos gestores com vista a promover uma atitude positiva perante a PBE, através da influência sobre os indivíduos e o ambiente organizacional envolvente (Aarons, 2006).

Essa influência, exercida através da liderança, é considerada um apoio à mudança organizacional. A liderança facilita o processo de implementação da PBE, nomeadamente impulsiona a adoção de atitudes positivas em relação à PBE, gera um ambiente saudável para a mudança, e facilita o compromisso entre os clínicos e a mudança organizacional (Aarons et al., 2014). Os comportamentos de liderança formal (adotados pelos gestores em saúde) têm sido considerados importantes para apoiar e implementar a PBE, através da promoção da consciencialização dos clínicos referente aos contributos da PBE, das respostas positivas à mudança organizacional, e da aceitação de inovações (Shuman et al., 2018; Stetler et al., 2014).

Na prática de enfermagem, segundo o Diário da República, 1.ª série, N.º 101, de 27 de maio de 2019, a carreira de enfermagem é constituída por três níveis de gestão, os Enfermeiros Gestores, os Enfermeiros Gestores com Funções de Direção e os Enfermeiros Diretores. Os enfermeiros com estas categorias, funções ou cargos apresentam um papel de liderança formal, e conseqüentemente têm a responsabilidade de motivar para a implementação da PBE na prática clínica pelos enfermeiros da organização, especificamente segundo o decreto-lei supracitado, no Artigo 10.º B, o enfermeiro gestor, apresenta a competência de:

“d) Garantir uma prática de enfermagem na unidade ou serviço baseada em normas de boas práticas e na melhor evidência disponível” (p. 2636).

No entanto, existem poucos estudos que relatem a influência da liderança na implementação da PBE em enfermagem (Sandstrom, Borglin, Nilsson, & Willman, 2011) e não foram identificados estudos que abordassem esta problemática em contexto português até à data. Desta forma, pouco se conhece sobre o papel dos líderes formais na implementação da PBE (Stetler et al., 2014). Torna-se, por isso, essencial conhecer as perceções de líderes formais de enfermagem (Enfermeiros Gestores, Enfermeiros Gestores com Funções de Direção e Enfermeiros Diretores) sobre a PBE e as ações que empreendem para a implementar e sustentar, em instituições de cuidados de saúde portuguesas, pretendendo-se dar resposta às seguintes questões de investigação:

- Quais são as perceções de líderes formais de enfermagem sobre a PBE e o seu impacto nos resultados em saúde?
- Quais são os recursos necessários e as estratégias utilizadas pelos líderes formais de enfermagem para a implementação da PBE?
- Quais são as barreiras e os facilitadores à implementação da PBE identificadas pelos líderes formais de enfermagem?
- Quais são as perceções de líderes formais sobre o seu conhecimento e o seu papel na implementação e sustentação da PBE?

Tendo em conta o objetivo/questões de investigação, foi desenvolvido um estudo qualitativo descritivo exploratório, tendo em vista o desenvolvimento de conhecimento através da descrição e interpretação dos fenómenos em estudo (Chesnay, 2015; Fortin, 2009). Este estudo qualitativo tem por base o paradigma interpretativista, o qual se caracteriza pela ênfase dos pontos de vista dos participantes na compreensão dos fenómenos (Brink, Walt, & Rensburg, 2018).

A amostra foi estabelecida por conveniência relacionada com a proximidade das organizações e facilidade de acesso aos informantes (Brink et al., 2018), com os seguintes critérios de elegibilidade:

- Líderes formais de enfermagem (Enfermeiros Gestores, Enfermeiros Gestores com Funções de Direção, Enfermeiros Diretores, segundo a carreira de enfermagem descrita no Diário da República, 1.^a série, N.º 101, de 27 de maio de 2019, ou

categoria/função/cargo equivalente no setor privado), de diferentes instituições de cuidados saúde, independentemente do tempo que desempenham as suas funções.

Considerando o tipo de amostra, os sujeitos foram contactados por facilidade de acesso, através do seu contacto institucional. O tamanho da amostra foi determinado com base no princípio da saturação dos dados, isto é, quando um novo informante não produz nenhuma informação nova, categoria ou tema e apenas se resume à redundância dos dados já colhidos (Breakwell, Hammond, & Fife-Schaw, 2000; Polit & Beck, 2017). Desta forma, o processo de análise de dados decorreu em simultâneo à colheita de dados, tal como referido por Loureiro (2006).

A amostra foi constituída por 17 líderes formais (**Apêndice I**). Dos 17 participantes, 52,9% (n=9) eram do sexo feminino e 47,1% (n=8) do sexo masculino. A idade variou entre os 40 e os 63 anos, com média de idades de 54,76 anos. Quanto às habilitações académicas, 64,71% (n=11) apresentavam grau de Licenciado e 35,29% (n=6) grau de Mestre. Referente às especialidades reconhecidas pela Ordem dos Enfermeiros eram heterogéneas entre os enfermeiros, tal como evidencia a **Figura 1**.

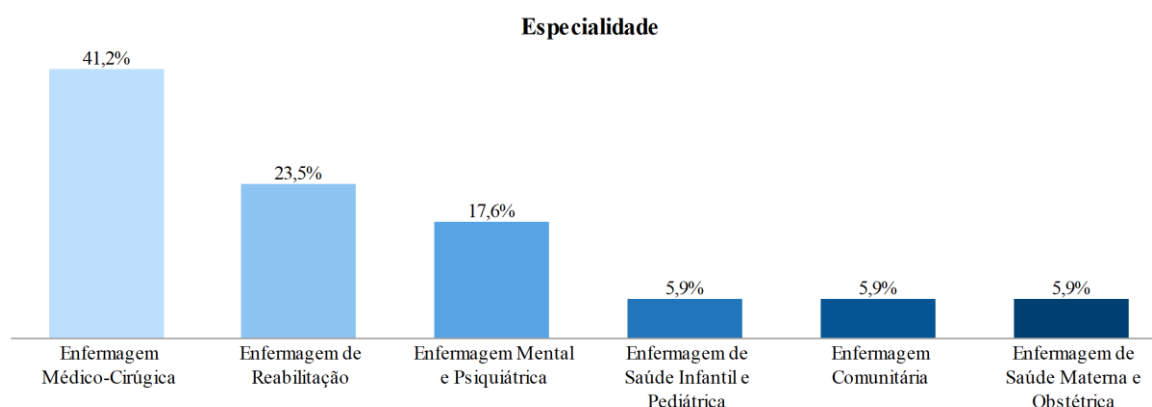


Figura 1. Especialidade dos líderes formais de enfermagem

Onze líderes formais apresentavam formação em gestão (64,71%) e os restantes apenas tinham a formação de gestão incluída no curso de pós-licenciatura de especialização (n=6, 35,29%).

Os 17 líderes formais de enfermagem (12 Enfermeiros Gestores, dois Enfermeiros Gestores com Funções de Direção, três Enfermeiros Diretores) eram provenientes de três instituições de cuidados de saúde da região centro de Portugal (Hospital Privado, Hospital Público – Entidade Pública Empresarial [HP-EPE] e Hospital Público – Sector Público Administrativo [HP-SPA]), tal como especificado na **Figura 2**.

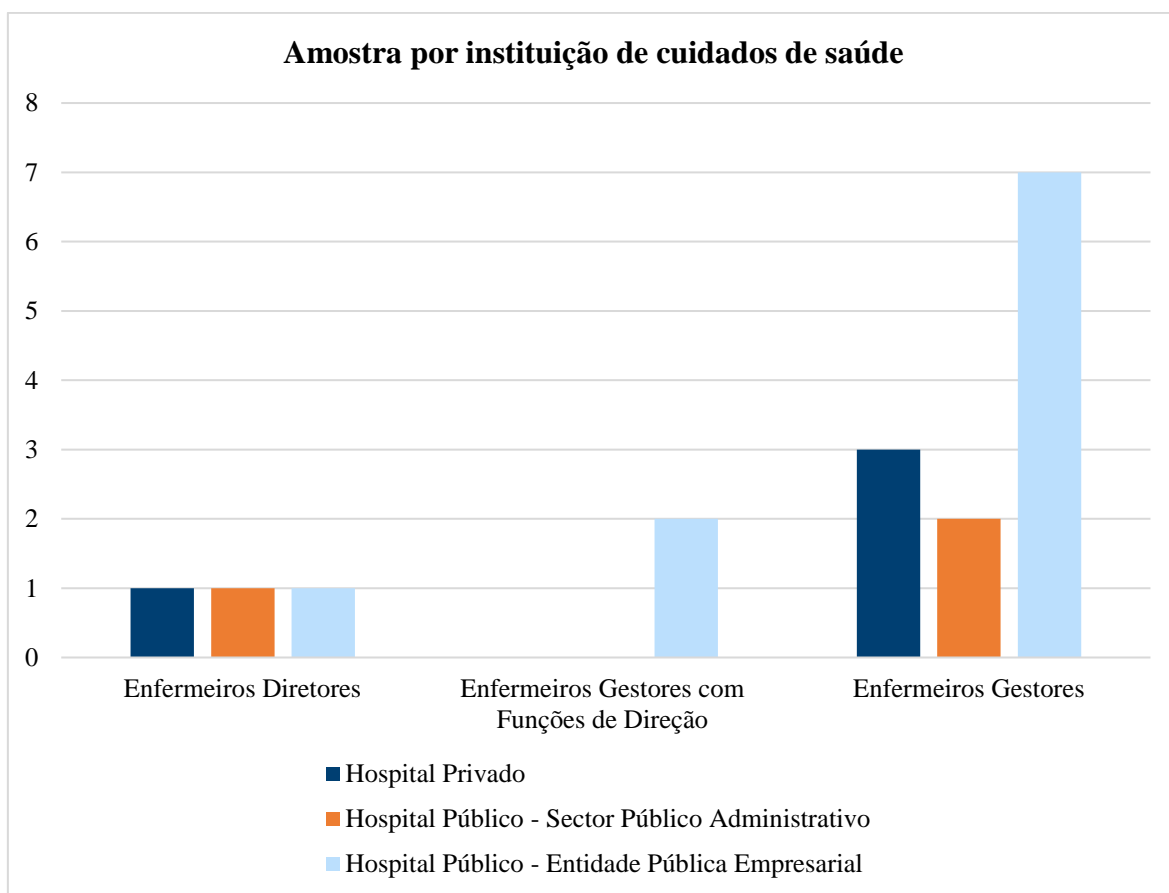


Figura 2. Amostra por instituição de cuidados de saúde

A média de tempo na categoria, função ou cargo foi de 14,41 anos, variando entre dois e cinco anos no cargo de Enfermeiros Diretores, entre 17 e 20 anos na função/categoria de Enfermeiros Gestores com Funções de Direção e entre um e 29 anos na função/categoria de Enfermeiros Gestores.

A colheita de dados foi realizada através de uma entrevista semiestruturada, técnica utilizada para a recolha de dados em investigação qualitativa segundo Fortin (2009), seguindo o guião de entrevista apresentado no **Apêndice II**. Neste guião encontram-se também incluídas questões que permitiram identificar os atributos dos participantes (idade, sexo, habilitações académicas, especialidade, formação em gestão, categoria/função/cargo, tempo na categoria/função/cargo mencionada).

Este guião foi validado por três peritos (um da área de gestão, um da área de investigação qualitativa e um líder formal de enfermagem que não constituiu a amostra), através do painel de peritos (painel Delphi) (McPherson, Reese, & Wendler, 2018). Esta validação contribuiu para a adequação e inteligibilidade das questões, e para dar resposta ao critério de

credibilidade da investigação qualitativa. Após analisadas as sugestões dos peritos, estas foram consideradas para a melhoria do guião de entrevista. Antes de iniciar a colheita de dados, o guião foi, ainda, testado em dois sujeitos que cumpriam os critérios de elegibilidade, de modo a compreender o seu tempo de desenvolvimento, a inteligibilidade e a adequação das questões (Loureiro, 2006).

As entrevistas decorreram entre os dias 15 de novembro de 2021 e 7 de abril de 2022, e tiveram uma duração média de 36,29 minutos, mínima de 24 minutos e máxima de 70 minutos. Das 17 entrevistas, 16 entrevistas decorreram em formato presencial num ambiente seguro, de modo a assegurar a confidencialidade e o anonimato dos dados colhidos. Uma entrevista decorreu em formato online, através da plataforma Zoom, de forma a garantir a segurança dos sujeitos, derivado da situação pandémica.

As entrevistas iniciaram-se com um enquadramento ao tema e com a apresentação do consentimento informado (**Apêndice III**). Aquando da realização da entrevista em formato online, o consentimento informado foi enviado por e-mail, e foi solicitado o seu envio assinado anteriormente à realização da entrevista.

De forma a assegurar os critérios de rigor da investigação qualitativa, especificamente a credibilidade (Loureiro, 2006), o áudio das entrevistas foi gravado, após o consentimento informado, e transcrito, posteriormente.

A transcrição das entrevistas procedeu-se em seis etapas, segundo o proposto pelos autores Azevedo et al. (2017):

- (1) Preparar: Atribuição de um código à entrevista (por exemplo: E1, E2...); Realização de duas cópias de segurança das gravações em dois dispositivos diferentes, onde apenas o investigador principal teve acesso; Ferramentas utilizadas: *Word* “Ditar” e o *software* MAXQDA Analytic Pro 2022 (Release 22.0.1); Construção da folha de rosto com o local e data da entrevista, bem como com os atributos dos participantes; Identificação do entrevistador e entrevistado: **Entrevistador** e Entrevistado; Esquema de transcrição: Linear; Tipo de transcrição: Abordagem naturalista/transcrição integral. Esta abordagem é caracterizada pela transcrição pormenorizada do que é referido e do modo como é dito pelo participante, tendo em consideração o conteúdo verbal e não-verbal (Oliver, Serovich, & Mason, 2005), assegurando assim o critério de rigor, transferibilidade. Definição do *codebook* (**Tabela 1**).

Tabela 1

Codebook

Gravação	Transcrição
Pausa	...
O que a pessoa diz não se ouve	(<i>palavras não audíveis</i>)
Interrupção da entrevista	(<i>entrevista interrompida</i>)
Interjeições	Ah, hum
Linguagem não verbal	(<i>riso</i>); (<i>suspiro</i>)
Nomes que identifiquem instituições ou pessoas	[<i>substituição/omissão de nome original...</i>]

- (2) Conhecer: Organização das notas colhidas ao longo da entrevista; Audição da gravação de forma repetitiva (duas vezes).
- (3) Escrever: Transcrição do áudio para texto (sem a colocação de pontuação e da linguagem não-verbal); Remoção de dados/informações ou codificação dos mesmos, aquando da sua solicitação (pessoa entrevistada) ou quando evidencia a identidade de alguém, respetivamente; Criação de uma versão primária através da utilização da ferramenta do *Word* “Ditar” e verificação da mesma através do *software* MAXQDA Analytic Pro 2022 (Release 22.0.1).
- (4) Editar: Repetição da audição da entrevista; colocação da pontuação e linguagem não verbal (aspetos emocionais).
- (5) Rever: Comparação do áudio da entrevista com a transcrição.
- (6) Finalizar: Destruição do áudio das entrevistas.

Para o processo de análise de dados recorreu-se à análise de conteúdo segundo Bardin (2020), e ao *software* de suporte à análise qualitativa MAXQDA Analytic Pro 2022 (Release 22.0.1). Durante o processo de análise, primeiramente, realizaram-se observações reflexivas e uma análise preliminar. Sucessivamente, através de um raciocínio indutivo, foi realizada a codificação e categorização dos dados em segmentos.

A análise dos dados decorreu simultaneamente ao processo de colheita de dados, de modo a identificar o ponto de saturação, como anteriormente referido, e foi realizada por um investigador e confirmada, posteriormente, por dois. De forma a evidenciar os critérios de rigor dos estudos de desenho qualitativo, dependência e confirmabilidade, um perito deste desenho de estudo analisou/auditou a qualidade metodológica do mesmo (Loureiro, 2006).

O presente projeto foi submetido à comissão de ética da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (Parecer

n.º P802/08-2021), foram realizados os pedidos de autorização aos responsáveis das três instituições (HP-EPE, HP-SPA e Hospital Privado) e solicitado parecer à comissão de ética das respectivas instituições clínicas, quando o exigiram (**Anexo I**).

Este estudo cumpriu os princípios estabelecidos na Declaração de Helsínquia (Associação Médica Mundial, 2013). A confidencialidade e anonimato foram mantidos ao longo de todo o estudo, desde a colheita de dados até à publicação dos resultados.

Do ponto de vista estrutural, esta Dissertação é constituída pela presente *Introdução* e por cinco capítulos, especificamente o Capítulo 1 “*Prática Baseada na Evidência*”, onde são descritos e analisados os modelos conceptuais da PBE que permitiram analisar e refletir os resultados obtidos. Sequentemente, o Capítulo 2 “*Conhecimento dos Líderes Formais de Enfermagem sobre a Prática Baseada na Evidência*”, o Capítulo 3 “*Estratégias para a Implementação da Prática Baseada na Evidência*”, o Capítulo 4 “*Barreira e Facilitadores à Implementação da Prática Baseada na Evidência*” e o Capítulo 5 “*Papel dos Líderes Formais de Enfermagem na Implementação e Sustentação da Prática Baseada na Evidência*” representam os domínios dos resultados obtidos, nos quais são apresentados e discutidos os mesmos. Por fim, na *Conclusão* encontram-se as principais conclusões do estudo, limitações, implicações para a prática e para a investigação.

1. PRÁTICA BASEADA NA EVIDÊNCIA

A implementação da PBE é suportada por diferentes modelos conceituais que são essenciais para apoiar líderes, professores e clínicos neste processo (Melnik, 2017):

- *JBI Model of Evidence-Based Healthcare;*
- *Promoting Action on Research Implementation in Health Services (PARiHS) Model;*
- *Advancing Research and Clinical Practice through Close Collaboration (ARCCC) Model;*
- *Stetler Model of Evidence-Based Practice;*
- *Iowa Model of Evidence-Based Practice to Promote Quality Care;*
- *Johns Hopkins Nursing Evidence-Based Practice Model.*

JBI Model of Evidence-Based Healthcare

O *JBI Model of Evidence-Based Healthcare* foi conceptualizado em 2005 (Pearson et al., 2005) e, posteriormente, atualizado por Jordan et al. (2019). Os cuidados de saúde informados pela evidência, segundo Pearson et al. (2005), baseiam-se na visão de que as decisões em saúde devem ser informadas pelas melhores evidências científicas disponíveis, tendo em consideração as preferências da pessoa, o contexto da prestação de cuidados de saúde e o juízo crítico do profissional de saúde.

O *JBI Model of Evidence-Based Healthcare* visa a tomada de decisão que considera a aplicabilidade (*Feasibility*), a adequação ao contexto (*Appropriateness*), o significado para as pessoas (*Meaningfulness*) e a efetividade das intervenções (*Effectiveness*). Esta descrição é conhecida pelo quadro FAME: *Feasibility* significa até que ponto uma dada intervenção é fisicamente, culturalmente ou financeiramente praticável/aplicável num dado contexto ou situação, incluído a dimensão custo-efetividade; *Appropriateness* corresponde à adequação da intervenção a um determinado contexto ou situação; *Meaningfulness* refere-se à experiência do indivíduo ou grupo e aos significados atribuídos à mesma, pelo que tem em consideração a experiência pessoal, as opiniões, os valores, os pensamentos, as crenças e as interpretações da pessoa; *Effectiveness* diz respeito à relação entre a intervenção e os resultados atingidos como efeito da intervenção (Jordan et al., 2019; Pearson et al., 2005).

Como princípios gerais, constam no presente modelo, a cultura, a capacidade, a comunicação e a colaboração. Estas dimensões surgem inerentes à complexidade da prestação de cuidados e à ausência de uma abordagem única e linear para dar resposta às suas exigências, onde as

recomendações descritas na evidência podem não ser sempre aplicáveis, adequadas, significativas e efetivas. Desta forma, são também reconhecidos o envolvimento dos *stakeholders*, a localização do conhecimento, a capacidade de resposta à necessidade do conhecimento local e a tomada de decisão partilhada e sustentável (Jordan et al., 2019).

Este modelo descreve, ainda, quatro componentes principais dos cuidados de saúde baseados em evidência: a saúde global; a criação/geração da evidência; a síntese da evidência; a transferência da evidência; e a implementação da evidência. Na componente da saúde global é integrado o impacto sustentável, o envolvimento e a necessidade de conhecimento. No que concerne à criação/geração da evidência, esta componente alicerça-se na investigação, na *expertise* e na experiência, e no discurso. A síntese da evidência diz respeito às revisões sistemáticas, aos sumários de evidência e às *Guidelines*. A transferência da evidência integra a disseminação ativa, a integração de sistemas e a educação. Por fim, a implementação da evidência inclui a análise do contexto, a facilitação da mudança e a avaliação do processo e dos resultados (Jordan et al., 2019).

PARIHS Model

O *PARIHS Model* centra-se na implementação da PBE e nos múltiplos fatores que influenciam o sucesso da integração de evidência na prática clínica. Este modelo integra três componentes principais: a evidência; o contexto; e a facilitação. A evidência alicerça-se na investigação, na experiência dos clínicos, na experiência do utente e na informação do contexto local. O contexto integra a sua receptividade, a cultura, a liderança e a avaliação. A facilitação é considerada a forma pela qual a implementação da PBE é facilitada, integrando o papel dos facilitadores e os seus respetivos atributos e habilidades. A implementação bem-sucedida é alicerçada na relação entre as três componentes do presente modelo (Kitson, Harvey, & McCormack, 1998; Rycroft-Malone et al., 2004).

ARCCC Model

O *ARCCC model* consiste numa estrutura conceptual organizada que permite orientar a implementação e a sustentabilidade da PBE, com vista a alcançar melhores resultados em saúde para a pessoa cuidada, tendo sido originalmente desenvolvido em 1999. Este modelo assenta, primeiramente, na avaliação organizacional que tem como objetivo a identificação dos potenciais pontos fortes e das barreiras à implementação da PBE. Após este processo, o envolvimento dos mentores (indivíduos que apresentam conhecimento e competências no âmbito do processo da implementação da PBE) é fulcral para que ocorra uma mudança

organizacional à luz da PBE. Estes mentores têm como função apoiar a mudança de paradigma, conduzir projetos de implementação da PBE, e gerar e integrar dados para melhorar a qualidade dos cuidados, bem como os resultados para os utentes e organizações (Melnyk, 2012; Melnyk & Fineout-Overholt, 2015; Melnyk, 2017).

Stetler Model of Evidence-Based Practice

O *Stetler Model of Evidence-Based Practice* foi desenvolvido em 1976 e atualizado em 1994. Este modelo foca-se no pensamento crítico aquando da utilização da evidência e é composto pelas seguintes fases: a preparação; a validação; a avaliação comparativa e a tomada de decisão; a translação e a aplicação; e a avaliação. Na primeira fase (a preparação) é identificada a problemática, definidos os objetivos e realizada pesquisa de evidência. Na segunda fase (a validação) é efetuada uma avaliação crítica da evidência. A terceira fase (a avaliação comparativa e a tomada de decisão) consiste na síntese da evidência identificada e avaliada, e na tomada de decisão segundo a mesma. Na quarta fase (a translação e a aplicação) é disseminada a evidência e realizada a mudança na prática clínica, segundo a tomada de decisão anterior. Por fim, na quinta fase (avaliação), é procedida à avaliação dos resultados. O presente modelo permite, assim, a utilização objetiva, adequada e efetiva dos resultados da investigação (Stetler, 2001).

Iowa Model of Evidence-Based Practice to Promote Quality Care

O *Iowa Model of Evidence-Based Practice to Promote Quality Care* permite aos clínicos implementar os resultados da investigação na prática clínica. A mudança pode ser desencadeada pela identificação de um problema clínico ou pela existência de conhecimento. Sequentemente a este pressuposto, este modelo propõe a pesquisa e a avaliação crítica da evidência existente e, posteriormente, a sua integração na prática clínica e a avaliação dos resultados em saúde obtidos. Aquando da inexistência de evidência suficiente para orientar a prática, este modelo sugere a produção de investigação ou a utilização de outro tipo de evidência (por exemplo, a opinião de peritos) (Titler et al., 2001).

Johns Hopkins Nursing Evidence-Based Practice Model

Segundo o *Johns Hopkins Nursing Evidence-Based Practice Model*, a PBE é considerada uma abordagem à resolução de problemas para a tomada de decisão, que integra a melhor evidência científica e a melhor evidência experimental disponíveis (utente e profissional de saúde), considerando as influências internas e externas da prática, e o pensamento crítico (Dearholt & Dang, 2012).

Este modelo é implementado por três fases: a questão clínica; a evidência e a translação. A primeira fase (questão clínica) foca-se no processo de recrutamento da equipa e de desenvolvimento de uma questão clínica. A segunda fase (evidência) consiste na pesquisa, avaliação crítica e síntese da evidência. Por fim, a terceira fase (translação) corresponde ao processo pelo qual a evidência é integrada na prática clínica, à avaliação dos resultados e à sua divulgação (Dearholt & Dang, 2012).

Os presentes modelos da PBE permitirão uma análise e reflexão aprofundada dos resultados obtidos através das 17 entrevistas aos líderes formais de enfermagem.

2. CONHECIMENTO DOS LÍDERES FORMAIS DE ENFERMAGEM SOBRE A PRÁTICA BASEADA NA EVIDÊNCIA

No que concerne ao domínio *Conhecimento dos Líderes Formais sobre a PBE* através da análise de conteúdo das 17 entrevistas, definiram-se as seguintes categorias: o *Conceito de PBE*; o *Impacto da PBE nos Resultados em Saúde*; e a *Autopercepção do Conhecimento sobre PBE* (**Apêndice IV – Tabela 1**).

2.1. CONCEITO DE PBE

Na perspectiva dos líderes formais de enfermagem, o conceito de PBE alicerça-se na *Utilização do Conhecimento Científico* (14 participantes), no *Envolvimento da Pessoa e da Família nos Cuidados de Saúde* (oito participantes), na *Consideração da Experiência Profissional* (dois participantes) e na *Consideração do Contexto* (um participante), sendo estas as subcategorias.

Estes achados vão ao encontro do conceito de PBE proposto por diferentes autores, nomeadamente por Pearson et al. (2005), como acima descrito: a PBE é considerada a tomada de decisão baseada nas melhores evidências científicas disponíveis, tendo em consideração as preferências da pessoa, o contexto da prestação de cuidados de saúde e o juízo crítico do profissional de saúde.

Cada líder formal apenas mencionou um a dois pressupostos do conceito de PBE. Especificamente, 14 líderes formais referiram a *Utilização do Conhecimento Científico*, a qual se refere à implementação do melhor conhecimento científico, dos resultados de investigação e dos referências teóricos na prática clínica (E1, E2, E5, E6, E7, E8, E9, E10, E11, E12, E13, E14, E16 e E17), como evidenciado nas seguintes unidades de significado:

- “*É a prática sistematizada de implementarmos naquilo que é a prestação de cuidados, nomeadamente na área de enfermagem, naquilo que nos estamos a cingir, daquilo que são as evidências das melhores práticas clínicas para os domínios de atuação da área da enfermagem.*” (E1);
- “*É irmos à procura do que temos em termos de fundamentação científica... que tenha... onde se tenham obtido os melhores resultados e no fundo utilizarmos estes resultados, que foram obtidos naquela investigação e para aquela situação em concreto.*” (E5);
- “*É trazer o melhor conhecimento científico para os contextos da prática... terminando com a decalagem que o conhecimento produzido e a sua utilização*

quotidianamente como rotina, isto é, a possibilidade de realizarmos melhores práticas, efetivamente, no contexto diário... que obviamente têm inúmeros benefícios.” (E6);

- *“A prática, para mim, baseada na evidência é aquela que se alicerça em trabalhos de investigação atuais, que nos dão resultados e que vêm, no fundo, fundamentar aquilo que é feito, mas se não houver dados e se nós não fizermos esse percurso, estamos no mundo da teoria. Não é da teoria, é da experiência, mas sem fundamentação científica face ao contexto que estamos atualmente, século 21, e ao contexto em que está a enfermagem.” (E7);*
- *“Para mim o conhecimento baseado na evidência, digamos que é o elo de ligação entre o conhecimento teórico e científico e a prática de cuidados de enfermagem... digamos que é o conhecimento que se deve aplicar à prática, ou seja, a utilização da evidência científica à prática dos cuidados...” (E10);*
- *“Eu considero que a prática baseada na evidência é nós sabermos o que é que os estudos... o que é que a investigação nos prova em relação a determinados assuntos da nossa prática de cuidados... e depois aplicar esses resultados à nossa prática clínica...” (E13);*
- *“Tendo por base os melhores referenciais teóricos em relação às práticas também.” (E17).*

Sugere-se, assim, que existe uma evidente associação exclusiva da PBE à *Utilização do Conhecimento Científico*, em detrimento das restantes subcategorias, na perceção dos líderes formais de enfermagem incluídos (*Envolvimento da Pessoa e da Família nos Cuidados, Consideração da Experiência Profissional e Consideração do Contexto*).

Em 1996, Sackett, Rosenberg, Gray, Haynes e Richardson definiram a PBE como a utilização das melhores evidências atuais na tomada de decisões em saúde, integrando também o juízo crítico dos clínicos. No entanto, em 2000, os valores dos utentes foram integrados na definição (Sackett, Straus, Richardson, Rosenberg, & Haynes, 2000), definição que se manteve até à atualidade. Assim, a lacuna evidente na opinião do entrevistador poderá estar correlacionada com os atributos dos participantes, nomeadamente a sua idade e, conseqüentemente o ano da sua formação.

A subcategoria *Envolvimento da Pessoa e Família nos Cuidados* foi identificada em oito entrevistas, a qual diz respeito à integração das preferências das pessoas nos cuidados, à adequação dos cuidados à individualidade da pessoa e ao envolvimento ativo da pessoa e

família na tomada de decisão em saúde (E1, E3, E4, E6, E10, E11, E13 e E17). Tal como supracitado, a PBE tem em consideração as preferências da pessoa cuidada (Pearson et al., 2005) e a experiência do utente (Dearholt & Dang, 2012; Kitson et al., 1998; Rycroft-Malone et al., 2004). As seguintes unidades de significado vão ao encontro desse pressuposto:

- *“No fundo assegurar a evidência da prática baseada na evidência, mas ao mesmo tempo absorver aquilo que é a perspetiva de cada um dos doentes e dos utentes nessa tomada de decisão final...” (E1);*
- *“Depois é claro que existem aqui outras questões associadas, nomeadamente a aceitabilidade para o principal interessado, que é o cidadão, não é? Porque a melhor prática se não for devidamente enquadrada e explicitada pode ser algo particularmente exigente ou não reconhecido como adequado aos contextos culturais e sociais e neste sentido há que prevenir que o principal interessado esteja devidamente envolvido e tenha manifestado a aceitação, relativamente à boa prática.” (E6);*
- *“Melhorar as experiências e envolver os doentes na prática, na tomada de decisão... envolver sempre o doente, porque se nós não envolvermos o doente, podemos estar a pensar que lhe estamos a prestar um cuidado de excelência, e não estamos, porque não é aquilo que o doente pretende, não é? [...] Pode ser melhor no nosso ponto de vista e na nossa perspetiva, mas não é na perspetiva do utente...” (E10);*
- *“E que logicamente que... as... a minha tomada de decisão... para além de ser sustentada em conhecimento científico tem que ser sustentada naquilo que é o interesse do doente, não é? [...] Naquilo que são as preferências do doente, porque é com ele que temos que construir todo o processo de cuidados e, portanto, temos que o ter sempre presente na tomada de decisão... Eu digo muitas vezes que... nós temos que ser merecedores da confiança que os doentes depositam em nós... nós temos... eles colocam, muitas vezes, nas nossas mãos a decisão sobre a sua saúde... [...] A decisão sobre a sua vida, muitas vezes... porque dessa... dessa saúde depende também a sua vida... e nós temos que ser merecedores dessa confiança... e, portanto, temos que fazer o melhor por eles, não é? Mas tendo-os sempre presente na decisão, porque... porque eu tenho que ir ao encontro daquilo que... não é? Que eles gostam... que, muitas vezes, é diferente daquilo que eu gosto... não é? Da forma como eles vivem as coisas que é diferente da forma como eu as vivo... Portanto, e a minha tomada de decisão, para além de ter... de ter... de ter que ser sustentada...*

não é? Naquilo que é a boa prática... A boa prática tem implícito o doente, porque os cuidados são para ele... Portanto, tentem procurar saber... Portanto, é procurar ter sempre o doente... o doente, não é? No centro... [...] das nossas decisões e dos cuidados que lhes vamos prestar...” (E11);

- *“E ir ao encontro um pouco... ao perfil do cliente, do utente que temos à nossa frente, tendo em conta também as suas crenças, quer culturais, quer religiosas... será em parte por aí...” (E17).*

Os achados referentes à subcategoria *Envolvimento da Pessoa e da Família nos Cuidados de Saúde* vão ao encontro da importância de existir uma tomada de decisão partilhada em saúde. Segundo o *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE, 2021), a tomada de decisão partilhada é um processo pelo qual o profissional tem em consideração as preferências e opiniões da pessoa cuidada na sua tomada de decisão, garantindo que a mesma conheça os possíveis riscos e benefícios das opções a tomar no âmbito da sua saúde.

A tomada de decisão partilhada encontra-se integrada na abordagem inerente aos cuidados de saúde centrados na pessoa. Este processo integra as preferências/perspetivas das pessoas, cuidadores, famílias e comunidades, de forma a responder às suas necessidades numa visão holística. O seu contributo para a tomada de decisão e o seu envolvimento nos cuidados implica educação e apoio, pelo que os cuidados se organizam em torno das necessidades e expectativas da pessoa (World Health Organization [WHO], 2015). Também segundo Santana et al. (2018), os cuidados centrados na pessoa são considerados como uma forma de parceria de cuidados entre o profissional de saúde e a pessoa cuidada, com o objetivo de prestar cuidados individualizados, de alta qualidade e que melhorem a eficiência e efetividade dos cuidados de saúde.

O profissional de saúde deve, assim, reconhecer as preferências e dar resposta às necessidades da pessoa cuidada, assim como fornecer toda a informação sobre a doença e possíveis opções, permitindo à mesma ter um papel ativo na tomada de decisão (Gawande como referido por Gluyas, 2015). Na presente unidade de significado de um participante, é evidenciada a importância dos cuidados centrados na pessoa e família aquando da implementação do melhor conhecimento científico:

- *“Essa prática depois deveria traduzir-se em cuidados de saúde centrados no cliente e na família com uma qualidade muito superior, se calhar, ao que temos na realidade. É assim... o âmbito do nosso trabalho é o utente e a sua família e os*

nossos cuidados devem ser centrado nele e, portanto, nós devemos ter conhecimentos científicos sólidos para podermos praticar esses cuidados de enfermagem.” (E3).

No entanto, a adoção dos cuidados centrados na pessoa apresenta-se como um desafio para as organizações, uma vez que implica uma mudança na prestação dos cuidados e na relação estabelecida entre o profissional de saúde e a pessoa cuidada (Santana et al., 2018). Esta dificuldade é evidenciada na seguinte unidade de significado:

- *“Como é que nós conseguimos aliar aquilo que é a evidência que vamos... que se vai produzindo, e fazer articular isso com a perspetiva individual de cada um que está nas nossas mãos... Atendendo àquilo que é o sistema de crenças de cada um, àquilo que é espiritualidade de cada um, àquilo que é o contexto sociofamiliar, e sociocultural de cada um... E eu penso muito sinceramente e olhando para as minhas equipas, que nós temos um longo caminho a fazer, que é esta capacidade de nos moldarmos e fazemos chegar aquilo que são as melhores evidências e, portanto, essa partilha de conhecimento à característica individual intrínseca de cada um... Eu acho que há um grande trabalho a fazer-se nessa área e, nomeadamente aqui, internamente, temos muito essa dificuldade, até porque depois temos todo um conjunto de fatores que de alguma forma também nos fazem menosprezar essa... essa área, esta lógica de... a tal uniformização daquilo que é a entrega da prestação de cuidados, muitas vezes, pode ter um lado obscuro que é a incapacidade que nós temos de fazer essa entrega de cuidados, olhando para a individualidade de quem está do lado de lá, portanto, com tanto referencial, com tanta obrigação de atender a determinados princípios, muitas vezes, fica para segundo plano as particularidades individuais e as características de cada um...” (E1).*

Num estudo desenvolvido em Portugal, os participantes (amostra de pessoas portuguesas com idade superior a 20 anos) assumiram um papel passivo na tomada de decisão em saúde em condições clínicas com risco de vida (66,1%), em condições clínicas sem risco de vida (64,4%) e em situações que interferem com a qualidade de vida (55,4%). Atribuíram, assim, ao médico a decisão autónoma sobre a sua saúde, excluindo a existência de um papel compartilhado ou a sua autonomia na tomada de decisão (Gregório et al., 2021). Assim sendo, o presente estudo corrobora a necessidade de um trabalho multidisciplinar nesta área.

A entrega da tomada de decisão ao médico pelo utente é relatada também numa unidade de significado do presente estudo:

- *“As pessoas continuam a sentir-se muito isoladas naquilo que é o suporte para a tomada de decisão, não é? E muitas vezes, o que é que dizem? Entregam, neste caso, na maior parte das vezes ao médico, esta lógica de... se entende que é o melhor para mim, eu vou aceitar, não é? E, portanto, porquê? Porque de facto não há aqui a capacidade e o sistema não está desenhado para suportar a decisão também do próprio utilizador do serviço e garantindo que alguém está ali para o apoiar e, portanto, ele poder recorrer a outras, no fundo, vias para esclarecer-se, não é? E enquadrar aquilo que será a melhor decisão para ele próprio, mas eu penso que isso é um problema cultural e tem muito a ver com o percurso que nós fazemos, quer dizer...”* (E1).

Posto isto, as equipas de saúde devem ser capacitadas para potenciar a tomada de decisão partilhada nos cuidados de saúde. As organizações de saúde devem promover o papel ativo da pessoa na sua saúde, estimulando a mesma à realização de questões: Quais as opções existentes? Quais os benefícios e riscos dessas opções? Como se pode tomar uma decisão compartilhada que seja a mais adequada? (NICE, 2021).

A subcategoria *Consideração da Experiência Profissional* foi sustentada em duas unidades de significado, as quais se referem à valorização do juízo crítico do profissional subjacente à sua experiência na prestação de cuidados (E4 e E15). Tal como mencionado anteriormente, a PBE tem em consideração o juízo crítico do profissional e a experiência dos clínicos (Dearholt & Dang, 2012; Kitson et al., 1998; Pearson et al., 2005; Rycroft-Malone et al., 2004).

Também segundo Melnyk e Fineout-Overholt (2015), na tomada de decisão em saúde, o profissional deve ter em consideração a própria experiência clínica, que inclui: o juízo crítico – capacidade de pensar, compreender e utilizar a evidência científica e a capacidade de avaliar a condição da pessoa cuidada; a evidência desenvolvida internamente – projetos de melhoria contínua da qualidade; o raciocínio clínico – capacidade de aplicar o conhecimento numa dada problemática; e a avaliação e uso dos recursos disponíveis e necessários. Assim, as habilidades do clínico, a sua experiência e a sua interpretação sobre a PBE deverão ser consideradas aquando da tomada de decisão em saúde.

As seguintes unidades de significado vão ao encontro desse pressuposto:

- *“E toda a informação, todo o conhecimento que adquirimos na escola, claro, que depois o vamos pôr em prática e... vamos pôr em prática e adaptar às situações e a cada doente... mesmo, às vezes, temos vários estudos que são feitos e que dizemos que algum tratamento, por exemplo, dando um exemplo... que algum tratamento é adequado a determinado doente, nós temos sempre que adequar à pessoa que temos à nossa frente, pode claro ser um tratamento adequado para um doente e não para o outro e essa prática que temos todos os dias vamos sempre afinando... A experiência diz-nos muito e vão sempre surgindo situações novas e que temos de procurar cada vez mais conhecimento e que algumas situações até pode haver, que sejam praticáveis num doente e noutro não... com os mesmos... temos sempre de saber gerir as situações que temos à frente e pode... algumas... a mesma situação pode dar para um doente e não para outro... Dependendo, e essas avaliações, daí tiramos a prática baseada na evidência, ou seja, até podemos... estudar que algo deve ser feito de determinada maneira, mas quando temos a experiência conseguimos perceber que, se calhar, não é bem daquela forma e adquirir esse conhecimento através da nossa prática diária... eu acho que é esse sentido que... depois até podemos sempre aplicar determinados conhecimentos e estudos que fazemos... a nossa prática vai-nos sempre... acrescentar mais valor ao conhecimento que já temos e complementar...” (E4);*
- *“A prática baseada na evidência é, no fundo, a construção... de melhores cuidados de enfermagem com aquilo que se vai vivenciando no dia-a-dia. As nossas próprias experiências é que permitirão depois desenvolver a capacidade de prestar melhores cuidados... eu acho que também é muito influenciada pela capacidade de cada um de nós...” (E15).*

Relativamente à subcategoria *Consideração do Contexto* foi identificada em, apenas, uma entrevista:

- *“Mas também pelo contexto externo... não é... mesmo... na construção da prática baseada na evidência não é a mesma coisa que trabalhar no HP-EPE ou no HP-SPA [substituídos nomes originais dos hospitais]... não é? Porque temos influências externas... Essa construção tem fatores de influência... fatores internos, externos, naturalmente, em relação ao coletivo... depois toda a envolvente ambiental também interfere muito.” (E15).*

Apesar de se apresentar como um dado não saturado, este achado encontra-se de acordo com a definição proposta por Pearson et al. (2005). Também segundo Melnyk e Fineout-Overholt (2015), a implementação da PBE é influenciada pelo contexto clínico e cultura organizacional. Assim como, no *PARIHS Model*, o contexto é parte integrante (Kitson et al., 1998; Rycroft-Malone et al., 2004). As “*influências externas*” mencionadas na unidade de significado supracitada também se encontra mencionada por Dearholt e Dang (2012) no *Johns Hopkins Nursing Evidence-Based Practice Model*.

2.2. IMPACTO DA PBE NOS RESULTADOS EM SAÚDE

A *Efetividade dos Cuidados de Enfermagem* (13 participantes), o *Valor Positivo* (nove participantes), a *Segurança dos Cuidados de Saúde* (sete participantes), a *Satisfação e Valorização Profissional* (quatro participantes) e a *Satisfação da Pessoa Cuidada* (três participantes) foram as subcategorias que emergiram associadas à categoria Impacto da PBE nos Resultados em Saúde.

Desta forma, estes achados visam o descrito no *JBI Model of Evidence-Based Healthcare*: a tomada de decisão que considera a aplicabilidade (*Feasibility*), a adequação ao contexto (*Appropriateness*), o significado para as pessoas (*Meaningfulness*) e a efetividade das intervenções (*Effectiveness*) (Jordan et al., 2019; Pearson et al., 2005).

A *Efetividade dos Cuidados de Enfermagem* foi identificada em 13 entrevistas (E1, E3, E6, E7, E8, E9, E10, E11, E12, E13, E14, E16 e E17), onde os líderes formais evidenciam que a implementação da PBE melhora os resultados em saúde, a qualidade dos cuidados e reduz os custos para as instituições de saúde.

Segundo *Productivity Commission of Australian Government* (2013), a efetividade é a medida em que os objetivos definidos são alcançados e os resultados esperados são obtidos. Referente à efetividade dos cuidados de enfermagem, em 1998 foi desenvolvido o Modelo de Efetividade dos Cuidados de Enfermagem. Este modelo analisa o contributo dos enfermeiros nos cuidados de saúde, descrevendo o processo complexo entre as intervenções de enfermagem e a obtenção dos resultados sensíveis às mesmas, evidenciando o valor e a efetividade dos cuidados de enfermagem. Este processo é influenciado pelas variáveis descritas pelos autores do modelo: estrutura (enfermeiro, utente e organização), processo (intervenções de enfermagem no domínio autónomo, interdependente e dependente) e resultado (resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem) (Sidani & Irvine, 1999).

A obtenção de melhores resultados é uma componente da definição de qualidade em saúde. Cuidados de saúde com qualidade são baseados na evidência disponível, efetivos, seguros, centrados nas pessoas, pontuais, equitativos, integrados e eficientes. Assim, qualidade em saúde implica a implementação de cuidados adequados, à hora certa e de forma sistematizada, dando resposta às necessidades das pessoas cuidadas, tendo em consideração as suas preferências e minimizando os danos e o desperdício dos recursos (WHO, 2018; WHO, n.d.).

Donabedian (1988), pioneiro na definição de qualidade em saúde, refere que os cuidados de saúde com qualidade têm por base três domínios: a estrutura (ambiente de prestação de cuidados, recursos materiais e humanos), o processo (atividade de prestação de cuidados) e o resultado (efeito dos cuidados de saúde nas condições da pessoa e população, incluindo a satisfação da pessoa cuidada).

Posto isto, os líderes formais referiram que a PBE contribui para a efetividade dos cuidados de enfermagem, através da obtenção de melhores resultados em saúde/ganhos positivos para a pessoa cuidada (E3, E6, E7, E8, E13 e E17), tal como inframencionado nas seguintes unidades de significado:

- *“É assim, se nós levarmos o conhecimento científico para a prática clínica vamos ter sempre melhores resultados... Por exemplo, eu acho que quando implementamos uma medida, por exemplo, vamos fazer só lavagem com água e sabão neutro, e não fazer a desinfeção com iodopovidona. Vamos ter melhores resultados.”* (E3);
- *“Os benefícios para o cidadão, em termos de ser melhor cuidado, para obter os melhores resultados e ser melhor cuidado significa desde logo...”* (E6);
- *“É esperar que aquilo que os estudos apontam e aquilo que os estudos nos dizem depois de aplicado à prática clínica... produza melhores resultados a nível da saúde do utente...”* (E13);
- *“Por exemplo, de um... casos muito, muito concretos... e aqui na unidade... que houve ganhos brutais em termos de... de ganhos em saúde”* (E17).

Ao encontro da obtenção de melhores resultados em saúde, alguns participantes mencionaram que a implementação da PBE contribui para a qualidade em saúde, especificamente para a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados (E1, E6, E8, E9, E10, E11, E12, E14 e E16). As seguintes unidades de significado evidenciam o descrito:

- *“Desde logo tenderá a ter um impacto naquilo que é a qualidade da prestação de cuidados per si e depois também é de alguma forma... a uniformização de práticas alinhadas por aquilo que é o melhor conhecimento disponível à data para essa prestação de cuidados.” (E1);*
- *“Se acreditamos na ciência, isto significa que praticar de acordo com a melhor evidência é uma melhoria significativa da qualidade de cuidados... e, portanto, se os cuidados são realizados de acordo com o melhor conhecimento existente, isso quer dizer que não de ser os mais eficazes para resolver os problemas das pessoas, não de ser os mais efetivos para gastar, desperdiçar os recursos e não de ser os mais adequados também para os profissionais que os prestam, não só em termos de autoconsciência de eficácia, mas também em termos de até minorar riscos para os profissionais do exercício quotidiano... e, portanto, para mim a prática baseada na evidência é sobretudo esta possibilidade de trazer o conhecimento... o melhor conhecimento para os contextos... melhorar a qualidade dos cuidados.” (E6);*
- *“Melhora a qualidade, melhora os cuidados aos doentes, acho que... em todos os sentidos, acho que é muito bom.” (E9);*
- *“Melhora a qualidade dos cuidados... penso que sim, porque o objetivo sempre é melhorar as práticas e nós enquanto... profissionais, queremos cada vez mais... é melhorar a nossa prática e se há um conhecimento prévio que nos diz que já é válido e que já há uma garantia de melhoria, tudo leva... para mim é... é fundamental para a prática dos cuidados, mas também para o próprio profissional, porque o próprio profissional também tem mais valias em conhecer essas... essas... essa evidência também já, não é?” (E12);*
- *“Melhora sempre a qualidade, porque tendo um bom conhecimento científico temos muito mais bagagem para atuarmos na prática...” (E16).*

Ainda, no que concerne à subcategoria *Efetividade dos Cuidados de Enfermagem*, alguns líderes formais referenciaram que a PBE reduz os custos para as instituições, contribuindo para a eficiência dos cuidados de saúde (E3, E10, E16 e E17). As seguintes unidades de significado evidenciam o pressuposto:

- *“Vamos ter menos custos... Vamos reduzir o custo do... quanto poupamos em antibióticos? Tudo isto seria importante... termos uma maior evidência, eu sei que ela há, porque as coisas são feitas, mas, se calhar, serem publicitadas. Vamos conseguir disponibilizar mais tempo para os cuidados de saúde. Porquê? Porque*

conseguimos ser mais eficientes na nossa gestão de trabalho diária. Ou seja, não perdemos tempo no que é supérfluo e centramo-nos no que é de facto importante para os cuidados.” (E3);

- *“Do lado das organizações, também as questões dos desperdícios, porque muitas vezes a inexistência de conhecimento sobre qual é a melhor prática perpetua práticas que não só são erróneas, e podem provocar maus resultados para os cidadãos e má imagem para as organizações, por consequência... mas também, muitas vezes, o estar-se a gastar, a investir, a desperdiçar tempo e recursos, muitas vezes, muito caros, que se fossem feitos de modo distinto de acordo com a boa prática, esse desperdício não ocorreria, não é? [...] Portanto, há aqui as questões dos custos...” (E6).*

Corroborando estes resultados, Melnyk et al. (2014), e Melnyk e Fineout-Overholt (2015) mencionam que a PBE melhora a qualidade dos cuidados em saúde e os resultados para a pessoa cuidada, bem como reduz os custos para as instituições de saúde.

Os custos em saúde impulsionam a implementação de estratégias para melhorar a eficiência e a efetividade dos cuidados, através da implementação da PBE (Cullen & Hanrahan, 2018). Estes autores descrevem que os cuidados de saúde baseados em evidência abordam seis componentes: a efetividade, a eficiência, a equidade, a segurança, os cuidados centrados na pessoa e a pontualidade dos cuidados. Indo, assim, ao encontro das definições de qualidade em saúde supracitadas e aos achados deste estudo.

A subcategoria *Valor Positivo* foi identificada em entrevistas de nove participantes. O valor nos cuidados de saúde é avaliado pela melhoria dos resultados em saúde da pessoa cuidada tendo por base o custo desse resultado (Porter & Teisberg, 2006). Os cuidados baseados no valor focam-se na melhoria dos resultados em saúde da pessoa (Teisberg, Wallace, & O'Hara, 2020). Estes autores sugerem que os profissionais de saúde implementem os seus cuidados baseados na evidência disponível, dando ênfase aos resultados em saúde.

Os líderes formais atribuem um valor positivo à PBE, considerando assim que a PBE promove resultados superiores aos gastos em saúde (E8, E9, E10, E11, E12, E13, E15, E16 e E17). Como é demonstrado nas seguintes unidades de significado:

- *“O valor é sobretudo positivo, porque se os enfermeiros... digamos, prestam os cuidados por repetição, sem terem profundamente um juízo crítico do que é a*

evidência científica para aquela prestação de cuidados, podem estar a prestar um mau cuidado, sem terem consciência disso.” (E10);

- *“Acho que tem um valor positivo... acho que não tem ainda... não lhe é dada a devida importância, no fundo por todos nós, porque entramos, muitas vezes, numa rotina que não nos permite refletir sobre as nossas práticas.” (E15);*
- *“Um valor muito positivo. Muito honestamente, só assim é que consegues mudar... também, muitas vezes, práticas implementadas há muitos anos nos serviços e com ganhos evidentes.” (E17).*

Relativamente à subcategoria *Segurança dos Cuidados de Saúde*, sete líderes formais referem como resultado da implementação da PBE a diminuição dos eventos adversos, como por exemplo a diminuição das infeções associadas aos cuidados de saúde e a diminuição dos reinternamentos, a promoção da segurança dos cuidados e a prevenção de danos na sua globalidade (E3, E6, E7, E8, E11, E16 e E17).

- *“Vamos diminuir o número de doentes que vão ficar infetados na pós-algaliação.” (E3);*
- *“... o risco de prevenir danos, mas não só o risco de prevenir danos, do lado negativo... do lado positivo, o potencial para obter os maiores benefícios dos cuidados que recebe...” (E6);*
- *“A colocação da sonda, pronto... habitualmente, faz-se um Raio-X ou nem isso... é mais, por auscultação... acrescentou-se-lhe a questão da avaliação do pH, portanto, mais uma questão de segurança, portanto, há... há aqui questões fundamentais... de qualidade e segurança nos procedimentos que estamos a utilizar...” (E8);*
- *“Se eu não tiver... se a... se a boa prática me diz que esta é a melhor forma de resolver a situação... é esta a boa prática que eu tenho que adotar, porque se eu não a adotar, eu posso estar a comprometer os cuidados ao doente...” (E11).*

A segurança é definida pela redução dos riscos e da ocorrência de danos evitáveis, de forma a tornar os erros improváveis e a reduzir o impacto dos danos quando o mesmo sucede. Este processo decorre através da cultura, comportamentos, tecnologias e ambientes de saúde que potenciem a segurança da pessoa cuidada (WHO, 2021).

A WHO (2021) descreve sete princípios que visam a implementação de um plano de ação que fomenta a segurança dos utentes, sendo de salientar a transferência/implementação de evidências aplicáveis e mensuráveis para a prática clínica. Evidencia também que apesar

deste processo potenciar a segurança da pessoa, é considerado lento, uma vez que todos os dias cerca de 7000 estudos são publicados nas bases de dados das ciências da saúde, sendo dificultador para os clínicos acompanharem o avanço da ciência.

Deste modo, autores sugerem que em média são necessários 17 anos para que novas evidências cheguem à prática clínica (Balas & Boren, 2000). Consequentemente, esta demora na integração da evidência na prática clínica, poderá expor as pessoas a riscos desnecessários e produzir aumentos nas despesas em saúde (Grimshaw, Eccles, Lavis, Hill, & Squires, 2012). Especificamente, segundo Schuster, McGlynn, e Brook (1998), cerca de 50% dos indivíduos receberam os cuidados recomendados, no que diz respeito a cuidados preventivos. Estima-se, também, que 70% e 60% das pessoas usufruíram de cuidados recomendados, e 30% e 20% receberam cuidados contraindicados, no que concerne a cuidados a pessoas com doença aguda e doença crónica, respetivamente. No estudo de McGlynn et al. (2003), globalmente, os participantes receberam 54,9% dos cuidados recomendados, nomeadamente 54,9% dos cuidados preventivos, 53,5% dos cuidados agudos e 56,1% dos cuidados recomendados em condições de doença crónica. Os adultos australianos da amostra do estudo de Runciman et al. (2012) receberam cuidados apropriados em 57% de 35573 cuidados de saúde elegíveis.

O descrito pela WHO (2021), nomeadamente o contributo da translação da evidência para os contextos clínicos corroboram os achados acima citados, onde os enfermeiros referem os benefícios da PBE na segurança das pessoas cuidadas. Também a OE (2006) numa tomada decisão menciona a PBE como um pressuposto de excelência para a segurança da pessoa. Assim, como refere Silva et al. (2021), utilizar adequadamente os resultados da investigação em enfermagem contribui para a implementação da PBE e, consequentemente para a segurança da pessoa cuidada.

Referente à *Satisfação e Valorização Profissional*, quatro líderes pronunciaram que a implementação da PBE nas instituições de saúde promove um sentimento de realização dos enfermeiros e a valorização da profissão, tendo também impacto na imagem organizacional (E1, E5, E6 e E17). Tal como se pode verificar nas seguintes unidades de significado:

- *“Vendo isto, há muitos resultados que se conseguem, desde logo... para já, o sentimento que eu penso... que é fácil de recolher nas equipas que é o sentimento de atualidade... que eu penso que é muito importante nas equipas, ou seja, as equipas terem a noção de que, de facto, estão... atualizados, não é? Atualizados, como pontas*

de lança, de facto, daquilo que são os cuidados que se entregam... e esse sentimento, penso que é um dos sentimentos mais nobres que... no âmbito enfermagem, podemos ter...” (E1);

- *“É assim, o impacto que tem... tem de ter um impacto significativo forçosamente, porque se nós utilizamos as práticas que são fundamentadas e baseadas nos melhores resultados que temos publicados, se os enfermeiros tiverem disponíveis para apreender este conhecimento, vá lá... porque também têm de apreender este conhecimento, e se cumprirem as diretivas, as orientações, e a boa prática, não é? E se, se integrarem, se vincularem à instituição e nomeadamente àquilo que é a sua missão e a visão, estou a falar aqui relativamente à... direção de enfermagem... para os enfermeiros só pode ter bom resultado em termos de satisfação profissional e se os enfermeiros tiverem uma boa satisfação profissional, normalmente, isto repercute-se numa melhor qualidade dos cuidados, numa maior satisfação dos utentes, numa maior eficiência da... eficiência, eficácia na gestão dos recursos quer materiais, quer humanos e, portanto tem tudo a ganhar.” (E5);*
- *“Também as questões da imagem organizacional, não é? Porque quando os resultados não são os melhores, os cidadãos também veiculam uma imagem das organizações, que lhes é perniciosa, que se descola indelevelmente e que faz com que quem está de fora a olhar para as organizações tenha uma má imagem delas, não é? Também podem ocorrer ganhos adicionais, que é os profissionais tornarem-se mais proficientes, mais competentes, e também mais realizados no próprio processo de prestação dos cuidados... Portanto, as vantagens e os ganhos são diversificados...” (E6).*

Apesar dos presentes achados, um estudo desenvolvido por Kang (2016), com o objetivo de correlacionar a PBE com a satisfação dos enfermeiros, evidenciou que não existiu correlação estatisticamente significativa entre as duas variáveis de interesse. No entanto, o autor concluiu, ainda, que diminuir as barreiras associadas à utilização da evidência pode aumentar os níveis de satisfação dos enfermeiros, uma vez que a perceção de menos barreiras foi associada a níveis de satisfação mais elevados.

Num estudo desenvolvido por Melnyk, Fineout-Overholt, Giggelman, e Cruz (2010), os resultados também não evidenciaram uma relação estatisticamente significativa entre a implementação da PBE e a satisfação no trabalho, apesar de ter existido uma relação positiva (quanto maior foi a implementação da PBE, maior foi a satisfação no trabalho). Contudo,

num outro estudo mais recente, desenvolvido por Melnyk, Tan, Hsieh, e Gallagher-Ford (2021), os resultados demonstraram que a PBE impacta diretamente a satisfação na prática clínica. Corroborando, assim, os achados do presente estudo qualitativo.

No que concerne à subcategoria *Satisfação da Pessoa Cuidada*, três participantes referem a satisfação dos utilizadores de saúde como um resultado da implementação da PBE (E1, E3 e E6). Tal como referido em:

- “Melhores níveis de satisfação do utente.” (E3);
- “Outcomes muito mais significativos e se for bem feito não são só outcomes de melhor saúde, mas são também outcomes em termos de melhor satisfação... e havendo melhor satisfação, melhor aceitação, também melhor adesão ao regime terapêutico que lhe está a ser proposto e, por consequência mais garantia de incorporação nos projetos de saúde, nos projetos de vida e de saúde da própria pessoa, garantindo que ela vai seguir as indicações, garantindo que ela vai ter melhor saúde, também porque estes fenómenos da aceitação, da adesão, da satisfação voltam a entrar como novos inputs e voltam a potenciar ciclos quase viciosos de melhores resultados...” (E6).

Segundo o Conselho de Enfermagem (2001), o enfermeiro na sua prática clínica deve ter em vista o alcance de elevados níveis de satisfação dos clientes. Implementar a PBE promove resultados de satisfação da pessoa cuidada positivos (Melnyk & Fineout-Overholt, 2015; Skaggs, Daniels, Hodge, & DeCamp, 2018), corroborando os resultados apresentados. Já em 1990, Lang e Marek, refletiam que a perceção da pessoa sobre os cuidados que lhe são prestados são resultados primordiais, pelo que a investigação deve continuar a desenvolver-se neste âmbito.

2.3. AUTOPERCEÇÃO DO CONHECIMENTO SOBRE PBE

No que concerne à categoria *Autoperceção do Conhecimento sobre PBE*, a *Autoperceção sobre a Necessidade de Conhecimento* (oito participantes) e a *Autoperceção sobre o Investimento Formativo* (cinco participantes) foram as subcategorias que emergiram neste âmbito.

No que diz respeito à *Autoperceção Sobre a Necessidade de Conhecimento*, os líderes formais referiram a necessidade que sentem em atualizar os seus conhecimentos diariamente, de forma a dar resposta às problemáticas que emergem nos contextos clínicos na sua globalidade (E2, E3, E4, E7, E10 e E12). Dois mencionaram a necessidade de atualização

contínua no âmbito da PBE, bem como a necessidade de planeamento e sistematização para a implementar (E1 e E6).

As seguintes unidades de significado dão resposta ao pressuposto:

- *“O que é que eu preciso de aprofundar para dar robusteza a esta questão da prática baseada na evidência? Bom, desde logo, planeamento... e aí, eu faço uma autorreflexão, eu e nós, talvez, ainda fruto do pequeno percurso que estamos a desenvolver, temos grandes lacunas naquilo que é o planeamento e sistematização daquilo que é a estratégia da direção de enfermagem... isto vai-se ganhando com o tempo, vai-se encontrando espaço também para isso. As organizações, provavelmente, nunca estiveram habituadas ou nunca tiveram tempo para pensar que as diferentes áreas que a compõem devem ter um posicionamento estratégico... obviamente alinhados com aquilo que é o objetivo e a missão e os valores da organização, mas que cada área deve ter uma estratégia definida que ajude a alavancar aquilo que são os objetivos e a missão da casa... E, portanto, há um grande trabalho que eu tenho que fazer, eu e a nossa direção de enfermagem que é... planear, estruturar, sistematizar, definição de metas, definição de estratégias com objetivos que possam ser mensuráveis e os resultados a atingir... Portanto, há aqui de facto um trabalho a ser feito... ora, consolidando isto, um dos domínios, de facto, pode e deve ser a prática baseada na evidência e de que forma é que nós damos ainda mais robustez para que isto aconteça no dia a dia, ou seja,... há muitos domínios na área de enfermagem que têm que ser deixados... temos que deixar de olhar para eles como eventos esporádicos... tem que ser filosofia do dia a dia, quando nós conseguimos colocar isso na filosofia do dia a dia... então, nós temos o percurso a ser feito e a ser verdadeiramente consolidado...” (E1);*
- *“Há coisas que lá está, eu não sei tudo, não é? O que desconheço procuro fazer o meu trabalho de casa, vá digamos... para depois lhes apresentar, apresentar à equipa.” (E4);*
- *“E, portanto, é aprofundar os conhecimentos, solidificá-los, dominá-los melhor no uso... E, sobretudo treinar... E como isto nos abre portas de estarmos em contacto permanente com o JBI, recebermos as atualizações, participarmos de webinars e reuniões alargadas... Eu penso que é um processo um pouco natural, não é? É um desenvolvimento contínuo que se perspectiva natural... está na calha, está no caminho...” (E6);*

- *“Olha eu gostava de voltar... eu gostava muito... eu considero que é muito importante para quem está na liderança e na chefia de vez em quando voltar aos bancos da escola, à comunidade académica, nem que seja por pouco tempo... para mim ir beber aos bancos da escola ou trabalhar fora, noutras... quando eu fiz os cursos que fiz, que passei fins de semana inteiros a fazê-los, quando eu antes da pandemia fui voluntariamente dar a colaboração nalguns cursos... isso ajuda-nos a abrir horizontes também, a perceber outras... isso também é muito importante para nós e, às vezes, porque depois tirar o curso de gestão...” (E7).*

Os líderes formais relataram também a necessidade de investimento na sua formação, a participação em grupos de trabalho no âmbito da prática clínica e da PBE, emergindo assim a subcategoria *Autoperceção sobre o Investimento Formativo* (E6, E7, E12, E13 e E15). As seguintes unidades de significado evidenciam este fenómeno de interesse:

- *“É sobretudo... a próxima etapa é continuar a investir no sentido de solidificar conhecimentos mais diferenciados de pormenor, porque eu acabei de fazer o train the trainer do JBI... E, portanto, fiz formação avançada...” (E6);*
- *“Eu fiz uma pós-graduação em gestão... porque achava que precisava de ter mais conhecimentos sobre a área da gestão e fiz uma pós-graduação... mas mesmo assim, mesmo assim, foi muito importante fazer essa pós-graduação, mas às vezes... há coisas na prática que a gente, às vezes, tem sempre dificuldade em gerir melhor...” (E12);*
- *“Tenho vontade e tento arranjar disponibilidade também para a construção de conhecimento científico... faço, inclusive, parte de um grupo de melhoria das condições para a prática do tratamento de feridas.” (E15).*

No que concerne à perceção dos líderes sobre o seu próprio conhecimento acerca da PBE, mencionam apenas a necessidade de atualização contínua e o investimento formativo até à data. Trata-se, portanto, de uma limitação.

Os líderes formais de enfermagem influenciam a implementação da PBE, pelo que é primordial terem conhecimento sobre esta temática, bem como estarem conscientes das barreiras e das estratégias promotoras de um ambiente favorável à implementação da PBE (Bianchi et al., 2018). Também um estudo desenvolvido por Chen, Wu, Zhou, Li e Zhao (2020) evidenciou que os líderes formais de enfermagem incluídos na amostra apresentam

atitudes positivas em relação à PBE, mas têm limitações no conhecimento e, conseqüentemente, na sua implementação.

Os líderes incluídos no presente estudo têm conhecimento sobre uma a duas componentes do conceito de PBE e sobre o impacto da PBE nos resultados em saúde. No entanto, apresentam dificuldade em relatar a sua percepção sobre o seu conhecimento nesta problemática. Sugere-se, assim, a necessidade de educar e apoiar os líderes formais, de forma a aumentar os seus conhecimentos sobre a PBE e, conseqüentemente, promover a sua implementação na prática clínica.

3. ESTRATÉGIAS PARA A IMPLEMENTAÇÃO DA PRÁTICA BASEADA NA EVIDÊNCIA

Referente ao domínio *Estratégias para a Implementação da PBE*, definiram-se as seguintes categorias: a *Divulgação e Disponibilização de Recursos* (14 participantes); a *Reflexão sobre a Prática Clínica* (14 participantes); o *Envolvimento dos Enfermeiros em Grupos de Trabalho de Apoio à Tomada de Decisão* (seis participantes); a *Monitorização e Divulgação dos Resultados do Impacto da PBE* (cinco participantes); a *Divulgação e Implementação dos Projetos dos Enfermeiros* (três participantes); a *Ligação entre a Academia e a Clínica* (três participantes); as *Reuniões de Apoio à Tomada de Decisão Partilhada* (um participante); e a *Rotatividade dos Enfermeiros* (um participante) (**Apêndice IV – Tabela 2**).

As presentes categorias refletem as estratégias para a implementação da PBE mencionadas. Apenas um participante não referiu as estratégias utilizadas, devido à presença de barreiras no seu contexto. Os restantes líderes formais referiram uma a seis estratégias.

3.1. DIVULGAÇÃO E DISPONIBILIZAÇÃO DE RECURSOS

A categoria *Divulgação e Disponibilização de Recursos* diz respeito às estratégias utilizadas nesse âmbito, nomeadamente à divulgação/disponibilização de normas/diretrizes organizacionais, de formações, de estudos, de guias de boas práticas, de bases de dados, bem como à atribuição de tempo e de recursos financeiros para apoio à participação em eventos científicos. Esta descrição teve por base o referido por 14 líderes formais (E1, E2, E4, E5, E6, E7, E8, E9, E10, E11, E13, E15, E16 e E17).

O desenvolvimento de diretrizes/ normas escritas são estratégias que poderão incentivar a adoção da melhor evidência na prática clínica (Melnik & Fineout-Overholt, 2015). Esta estratégia é descrita nas seguintes unidades de significado:

- “A construção de referenciais na própria instituição, com a disseminação de políticas de prestação de cuidados, de orientações técnicas baseadas naquilo que é a melhor evidência disponível e obviamente a discussão dessas práticas no seio da equipa e de partilha entre os diferentes elementos...” (E1);
- “E damos-lhe uma matriz para o qual eles têm que orientar o seu desempenho, nunca perdendo de vista a capacidade de decisão, não é? Porque cada enfermeiro... cada doente é um doente, cada situação é uma situação, as situações são todas diferentes, e portanto, a tomada de decisão do enfermeiro perante uma situação, não é a tomada

de decisão... ou melhor, a tomada de decisão do enfermeiro perante a mesma situação com um doente, pode não ser a mesma tomada de decisão perante um outro doente com a mesma situação... [...] Porque os doentes são diferentes... ” (E5).

Segundo os autores supracitados, a PBE enquadrada na missão e visão organizacional é considerada uma estratégia que potencia a implementação e a sustentabilidade da PBE. Esta estratégia contribui para uma cultura de PBE nas instituições. Como referido por Stetler et al. (2014), valores e normas relacionadas com a PBE, que refletem uma cultura que fomenta este processo nas instituições necessitam de ser transponíveis para os comportamentos dos colaboradores. Os mesmos autores referem, ainda, que os líderes influenciam este processo através dos seus comportamentos de liderança.

A literatura científica descreve que os líderes das organizações devem disponibilizar recursos aos colaboradores para a implementação e sustentabilidade da PBE, nomeadamente a atribuição de tempo para atividades neste domínio (Melnik & Fineout-Overholt, 2015). A disponibilização de tempo é uma estratégia evidenciada pelos líderes formais deste estudo:

- *“No horário de novembro, tive a ver os dias que eu dei às pessoas para comissões gratuitas de serviço, grupos de trabalho, etc... correspondia, exatamente, ao número de horas extraordinárias que eu paguei ao pessoal...” (E7);*
- *“Dou tempo para as pessoas se organizarem, falarmos de temas que sejam importantes, que eu acho que tenham aplicação prática, que tenham evidência, que tenham aplicação prática...” (E9).*

Corroborando esta estratégia mencionada pelos líderes formais incluídos, no estudo desenvolvido por Renolen, Hjälmhult, Høye, Danbolt, e Kirkevold (2020), os autores referiram que a principal estratégia para a implementação da PBE mencionada pelos líderes formais e pelos enfermeiros da prestação direta de cuidados era “Criar espaço para a PBE”. Esta estratégia consistia na disponibilidade estratégica para integrar a PBE na dinâmica dos cuidados (atribuição de tempo para a PBE).

Também a disponibilização de recursos para a pesquisa de evidência, nomeadamente a disponibilização de bases de dados científicas, torna-se fundamental no processo de implementação da PBE, tal como descrito na seguinte unidade de significado:

- *“Periodicamente, eu não consigo dizer que não é algo formal que tenho, mas periodicamente... eu preparo a informação que liberto para todos os profissionais sobretudo o que são referenciais de conhecimento promovidos pela ordem dos*

enfermeiros. Portanto, tudo o que são ou guias de boas práticas ou inclusivamente a disponibilização das bases de dados que existem... [...] Via ordem dos enfermeiros, ciclicamente, eu lanço em jeito de lembrete, estas metodologias, estas bases... [...] Obviamente que, se calhar, não tenho isto formalmente documentado, enquanto estratégico, plano de atividades da direção de enfermagem, mas tenho como uma prática quase informal de disseminação daquilo que poderão ser as melhores práticas, portanto, tudo o que são cadernos de boas práticas que vão sendo produzidos pela ordem dos enfermeiros, aquilo que são a disponibilização das bases de dados. Ciclicamente, envio para todos os enfermeiros da minha instituição estas... estes lembretes de ferramentas que temos ao nossos dispor.” (E1).

Os autores, Melnyk e Fineout-Overholt (2015), referem que os recursos disponibilizados pelos gestores das organizações têm como finalidade a formulação de questões clínicas, a pesquisa, a avaliação e análise crítica da melhor evidência disponível, o desenvolvimento de recomendações práticas, o planeamento e a implementação de mudanças à luz da PBE. Neste processo é essencial o apoio e a colaboração de mentores da PBE nas instituições de cuidados de saúde (como referido no *ARCCC Model* [Melnyk, 2012; Melnyk & Fineout-Overholt, 2015; Melnyk, 2017]).

Sugere-se, assim, que a capacitação de profissionais no contexto da prática clínica no âmbito da PBE é considerada primordial, de forma a tornarem-se mentores deste processo, e a potenciarem a implementação e a sustentabilidade da PBE nas instituições de cuidados de saúde.

Um dos líderes formais referiu também a disponibilização de literatura sintetizada para os enfermeiros da instituição, especificamente de revisões sistemáticas da literatura:

- *“Também são nossas estratégias, a promoção e a disponibilização de algumas revisões sistemáticas...” (E6).*

As revisões sistemáticas são integradas na componente da síntese de evidência do *JBI Model of Evidence-Based Healthcare* (Jordan et al., 2019). A síntese de evidência, segundo Pearson et al. (2005), é definida como a avaliação e a análise da evidência, com a finalidade de apoiar a tomada de decisão em saúde. As revisões sistemáticas integram a investigação secundária e, segundo o JBI (2020), existem 11 tipos de revisões sistemáticas: revisão sistemática de experiências ou significados; revisão sistemática de efetividade; revisão sistemática de texto e opinião/política; revisão sistemática de prevalência e incidência; revisão sistemática de

custos de uma determinada intervenção, processo ou procedimento; revisão sistemática de etiologia e risco; revisão sistemática de métodos mistos; revisão sistemática de precisão de testes de diagnóstico; revisão *umbrela* (revisão de revisões); revisão *scoping*; e revisão sistemática de propriedades de medida. Tendo em consideração a produção crescente de conhecimento na última década, as revisões sistemáticas permitem aos clínicos e decisores em saúde a atualização de conhecimento de forma facilitada, através de uma síntese global e imparcial de estudos relevantes num único documento, tornando-se essenciais para informar a prática clínica e as políticas em saúde (JBI, 2020).

A divulgação de materiais educativos foi uma estratégia considerada de importância de 3,50 (0–sem importância, 5-extrema importância) e fiabilidade de 4,77 (0–não viável, 5-extremamente viável) por peritos à implementação de mudança nos contextos clínicos (Waltz et al., 2015).

O mesmo líder formal de enfermagem mencionou também o desenvolvimento de projetos de implementação de evidência planeados nos serviços, através dos recursos institucionais:

- *“E, ainda, sobretudo agora estas formas deliberadas, intencionais, estruturadas, programadas de fazer implementação e nesse sentido, não só, produzimos implementação própria, com autoria e iniciativa... como acolhemos e sobremaneira bem todas as intencionalidades de implementação que venham de fora...”* (E6).

A implementação da evidência é uma componente do *JBI Model of Evidence-Based Healthcare* que consiste na integração da evidência na tomada de decisão dos profissionais de saúde, potenciando melhorias na qualidade dos cuidados de saúde. Este processo integra a análise do contexto, a facilitação da mudança e a avaliação do processo e dos resultados (Jordan et al., 2019).

A utilização de lembretes é considerada importante para a implementação e sustentação da PBE (Melnyk & Fineout-Overholt, 2015). Um líder formal referiu a criação de grupos no *WhatsApp* no seio da equipa e o envio de lembretes por essa via, por e-mail ou através dos momentos de transição dos cuidados, com o objetivo de disseminar conhecimento:

- *“Aquilo que se faz e se produz no serviço vai chegando a todos... [...] que estejam todos envolvidos da mesma forma com certeza que não estarão, mas que... acho que genericamente... genericamente chega, genericamente implica as pessoas... os lembretes por... por... neste... nestas... grupos de WhatsApp ou... ou por mail ou nas passagens de turno... nas passagens de turno...”* (E8).

O apoio dos enfermeiros com recursos financeiros para a participação em eventos científicos é evidenciado pelos líderes formais da instituição HP-SPA:

- *“Eu levei uma proposta a conselho que foi aprovada que diz o seguinte, que eu não conheço nenhum outro hospital que faça isto... qualquer enfermeiro que queira ter um papel ativo num evento científico, o hospital comparticipa ou colabora naquilo que sejam despesas de inscrição, despesas de deslocamento e atribuição de tempo efetivo para a realização desse trabalho...”* (E15);
- *“Atribuimos sempre tempo, quer aos grupos de trabalho, quer... e é um incentivo muito grande para a parte da formação, nomeadamente sempre que o enfermeiro que... o estatuto trabalhador-estudante damos a todos os que querem fazer formação, incentivamos as pessoas a participarem em congressos e eventos científicos também com trabalhos que têm por base a unidade, o próprio hospital incentivar as pessoas a fazer, comparticipa em termos de ajudas de custo, há um grande incentivo à formação deste...”* (E17).

Segundo Waltz et al. (2015), as estratégias financeiras para a implementação da evidência são consideradas de importância 2,86 (0–sem importância, 5-extrema importância) com fiabilidade de 2,09 (0–não viável, 5-extremamente viável) por peritos.

3.2. REFLEXÃO SOBRE A PRÁTICA CLÍNICA

A *Reflexão sobre a Prática Clínica* foi identificada em 14 entrevistas (E1, E2, E3, E4, E6, E7, E8, E9, E10, E11, E12, E13, E15 e E17), nas quais os líderes formais de enfermagem relataram a implementação de momentos de formação formais e de momentos de formação informais (por exemplo, momentos de incentivo ao pensamento crítico dos enfermeiros e partilha de conhecimento no decurso da transição de cuidados de enfermagem).

Os líderes formais evidenciaram, nas entrevistas realizadas, a promoção de momentos informais para a partilha de conhecimento e reflexão sobre a prática clínica:

- *“Mas depois encontrar espaço naquilo que são os momentos de passagem de turno ou formação em serviço para disseminarem, sistematizar essas orientações... e promover a discussão e obviamente se há aspetos que entendemos que do ponto de vista até da evidência, já temos outros entendimentos, então fazer subir esse esse... essas sugestões e esses comentários então aos grupos, que para alguma forma sistematizam esse... esse trabalho...”* (E1);

- *“Um exemplo... neste serviço... se não diariamente, dois em dois dias ou três em três dias... fazem-se discussão de casos clínicos... o momento da passagem de turno é um momento que nós... é um momento para passar a informação necessária para a continuidade de cuidados, mas é essencialmente um momento formativo nesta... nesta equipa... um momento formativo que promove o desenvolvimento das pessoas, mas que garante também uma melhor qualidade de cuidados, porque... na medida em que eu questiono, não é? Sobre os melhores cuidados àquele doente, eu estou a proporcionar a oportunidade deles serem prestados, não é? [...] Porque muitas vezes as pessoas nem se lembram, não é? Nem olharam para as coisas nesta perspetiva... nem... Pois, tem razão... olhe, eu já vou questioná-lo sobre isso... não é? Já vou questionar o doente sobre isto... olhe, pois, não tinha pensado e não tenho esses dados para poder... não é? E ao discutir a situação daquele doente e naquilo que à partida será o melhor para ele... não é? Nós estamos a tê-lo nas nossa... a valorizá-lo na nossa tomada de decisão... Sim... Não é? E a fazer com que... com que o enfermeiro quando parte para os cuidados, não é? [...] Já... já os planeia, não é? Tendo em atenção, o doente, as suas características, porque isso é muitas vezes questionado... que é... Ah, mas o doente faz assim... Porquê? Já pensaram? Terão eles aí... haverá aí alguns significados que eles possam... que ele possa atribuir a alguma coisa que condiciona o seu processo... terão eles aí crenças que... poderá... não poderá haver aí alguma experiência anterior que esteja a condicionar isto... Portanto, é ao questionar todos estes aspetos que faz com que os enfermeiros quando se dirigem ao doente, não é? Já olhem para ele com outros olhos, já questionem coisas que até aqui não questionariam, não é?” (E11);*
- *Lá está, muitas vezes, na passagem de turno... eu, muitas vezes vou lá, transmito certas coisas, outras vezes digo aos chefes, aos gestores para usarem esses momentos, mas é difícil...” (E15).*

Como referido por Avis e Freshwater (2006), a reflexão crítica sobre a evidência científica e a prática clínica de enfermagem fornece uma base sólida para o conhecimento. Assim como Beck, Simonj, Bergholtz, e Klausen (2020) concluem que práticas reflexivas fomentam os cuidados de saúde baseados na evidência e aumentam a consciência dos enfermeiros. Estes momentos consistem em experiências educativas, nos quais os enfermeiros refletem sobre as suas experiências e questões clínicas. Estes autores defendem também o apoio

destes profissionais na implementação da PBE através das suas narrativas potencia o seu envolvimento na reflexão sobre os seus cuidados diariamente.

O incentivo ao pensamento crítico nos enfermeiros também foi considerado pelos líderes formais de enfermagem:

- *“Eu costumo dizer que promovo a distribuição de pontos de interrogação na cabeça das pessoas.”; “Levar as pessoas a pensar... eu costumo dizer que quero profissionais que pensem, que têm um cérebro que é para pensar, para questionar, se for necessário... e terem capacidade sustentada de argumentação, por isso é que são licenciados, senão não precisam de tirar uma licenciatura para fazer o que os outros mandam só por fazer, não precisam de ir estudar para a escola.”; “E muitas das vezes, no gabinete quando eu falo com as pessoas individualmente ou em pequenos grupos ou informalmente, eu estou sempre: então e o que é que você fez? Então e o que é que você acrescentou? Então e o que é que, então e? Aí, é porque a chefe disse. Não é porque a chefe disse! [...] E pronto, não é?”; “A partir do momento que nós conseguimos ter algumas pessoas na equipa, já com esse pensamento crítico, e eu costumo dizer que têm que questionar, e questionarem-se uns aos outros, e questionarem-me a mim também. Não têm que concordar com tudo o que eu digo, porque eu já começo a ser velha. [...] Pronto, mas é, e, portanto, eu... é uma aprendizagem constante com os novos que eu faço, é uma troca de conhecimentos.” (E7).*

O pensamento crítico é considerado fundamental para a prática de enfermagem, no que concerne à responsabilidade profissional e à qualidade dos cuidados. Este processo integra competências de análise, de aplicação de padrões, de discernimento, de pesquisa de informação, de raciocínio lógico, de predição e de transformação de conhecimento (Lunney, 2004). Também um estudo que considerou os terapeutas ocupacionais na sua amostra, indicou que o pensamento reflexivo promove o uso da PBE e a correção da prática clínica, demonstrando assim que comportamentos reflexivos são um suporte à implementação da PBE (Krueger, Sweetman, Martin, & Cappaert, 2020).

Segundo Melnyk e Fineout-Overholt (2015), a educação deve ser planeada, de forma a superar lacunas no conhecimento. Este processo de aprendizagem deve disseminar quais as mudanças a realizar, os benefícios e o impacto dessa mesma mudança na qualidade dos

cuidados, bem como a evidência científica que a fundamenta. A presente unidade de significado evidencia o planejamento e a implementação de formações formais em serviço:

- *“Vamos fazendo formações naquelas áreas que eu acho que são mais necessitadas para o serviço...”* (E9);
- *“Depois fazemos formação a toda a equipa... eu divido a equipa em três partes, geralmente... e faz-se formação a toda a equipa e depois faz-se o acompanhamento... definem-se procedimentos, define-se o que é que há a melhorar”* (E11).

Formações focadas no processo da PBE são fundamentais para dar conhecimento e atribuir competências aos profissionais de saúde (Melnik & Fineout-Overholt, 2015). Também Steler et al. (2014) referem que a educação e o processo de moldar comportamentos ajudam as pessoas a adquirir conhecimentos sobre a PBE e como alcançar a sua implementação.

Um dos entrevistados referiu a realização de formações no âmbito do processo da PBE, especificamente sobre a implementação da evidência:

- *“Fizemos agora além de um simpósio, dois webinars antes... foi um conjunto de atividades que pretendiam exatamente fazer com que os enfermeiros sejam mais conscientes da importância da implementação, para ficarem mais sensíveis...”; “Estes eventos, onde não só falamos da importância da implementação, como mostramos o que está acontecer com as implementações realizadas, apresentando os resultados, e não foi só no simpósio, até nos encontros partilhar investigação, também já mostramos resultados de implementação... as pessoas começarem a ver: ah isto funciona mesmo, entre uma auditoria de baseline e uma auditoria de follow up, há aqui uma melhoria fantástica... isto pode ser útil para nós... Este tipo de disseminação sobre a própria implementação também é uma estratégia que nos parece importante...”* (E6).

As atividades descritas na presente categoria, *Reflexão sobre a Prática Clínica*, são evidentes na componente transferência da evidência do *JBI Model of Evidence-Based Healthcare*. Esta componente consiste nas atividades de disseminação da evidência para os profissionais de saúde, através do desenvolvimento de mensagens compreensíveis, da alocação do conhecimento às necessidades de um dado contexto e da divulgação do conhecimento de forma custo-efetiva (Jordan et al., 2019; Pearson et al., 2005). A educação integra esta componente e refere-se aos programas educacionais, à formação e ao

desenvolvimento contínuo do profissional de saúde (Jordan et al., 2019). Desta forma, as estratégias referenciadas nesta categoria vão ao encontro e potenciam esta componente do modelo. No entanto, sugere-se que estas atividades se encontram transponíveis ao longo de todo o ciclo proposto pelo JBI, desde a saúde global até à implementação da evidência. Especificamente, na saúde global a identificação da necessidade de conhecimento, possivelmente através de atividades reflexivas, permite avançar para a criação/geração da evidência. Também no âmbito da síntese de evidência, as questões clínicas surgidas no âmbito da nossa prática e, conseqüente reflexão crítica, implicam a realização de uma pesquisa de evidência sintetizada ou a produção da mesma. E, por fim, a implementação da evidência, através da análise do contexto, da facilitação da mudança e da avaliação do processo e dos resultados, exige uma reflexão contínua sobre a prática clínica, de forma a potenciar e a consolidar a mudança.

Também o treino e educação das pessoas envolvidas no processo de implementação de boas práticas foi considerado pelos peritos incluídos no estudo de Waltz et al. (2015), como uma estratégia de importância estimada de cerca de 3,43 (0–sem importância, 5-extrema importância) e de fiabilidade de 3,93 (0–não viável, 5-extremamente viável).

3.3. ENVOLVIMENTO DOS ENFERMEIROS EM GRUPOS DE TRABALHO DE APOIO À TOMADA DE DECISÃO

A categoria *Envolvimento dos Enfermeiros em Grupos de Trabalho de Apoio à Tomada de Decisão* integra unidades de significado de seis participantes (E1, E9, E11, E12, E15 e E17), as quais se referem à criação de grupos de trabalho na instituição e no seio das equipas, e à nomeação de elos dinamizadores de áreas de interesse na prática clínica.

O envolvimento dos profissionais de saúde no processo de implementação de PBE é considerado fulcral (Melnik & Fineout-Overholt, 2015).

Os líderes formais de enfermagem referem o envolvimento das suas equipas através da criação de grupos de trabalho:

- *“Dizia eu há bocado dos elos dinamizadores, os meus elos, geralmente, são escolhidos em função também das suas áreas de interesse... em função do seu perfil, não é? Mas também das suas áreas de interesse, porque é facilitador... [...] Sim, da sua formação, mas muito das suas áreas de interesse... Porque é facilitador, não é? Que é assim, eu se gosto muito de tratamento de feridas e de úlceras por pressão e de não sei quê, faço mais facilmente pesquisa sobre o assunto, porque é uma área*

que me interessa, não é? Partilho mais facilmente com os colegas, envolvo-me mais facilmente nisto, porque é uma área do meu interesse, porque eu gosto, não é? [...] Se me derem uma área que eu não gosto nada, mas pronto, está bem... eu hei de fazer tudo mal... Isto tudo para dizer o quê? É escolher... é sem dúvida, ter em conta o potencial da pessoa, não é? A formação das pessoas, e, portanto, por norma são enfermeiros especialistas... Mas muito, depois dentro daquilo que é a sua área de interesse...” (E11);

- *“É tentar envolver as pessoas o mais possível na construção ou na contribuição para a construção do conhecimento científico, nós temos... eu posso lhe dizer temos vários grupos de trabalho... temos o grupo de trabalho na prevenção de quedas, temos o grupo de trabalho na prevenção das úlceras de pressão, temos um grupo de trabalho... um grupo de trabalho que deu seguimento que na altura, esse até fui eu que construí, na identificação inequívoca dos utentes.” (E15);*
- *“Tinha um grupo de peritos do tratamento de feridas, definiram procedimentos... e são colegas que habitualmente também estão no turno da manhã e que monitorizam todas as feridas. E a tomada de decisão envolve... eu costumo dizer uma coisa... para a mudança de um tratamento, tem que haver obrigatoriamente uma referência que um dos peritos esteve presente, e foi entre o enfermeiro que está com o doente, a fazer o procedimento que foi consensual com aquele perito, alterar o tratamento. Tem que haver sempre essa evidência em termos de registo e de SClínico... ou seja... tirando situações de... ocasionais e de emergência... nenhum enfermeiro pode alterar um tratamento sem haver um acordo...” (E17).*

3.4. MONITORIZAÇÃO E DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS DO IMPACTO DA PBE

A *Monitorização e Divulgação dos Resultados do Impacto da PBE* foi uma estratégia de implementação da PBE identificada em cinco entrevistas (E1, E8, E9, E10 e E11), a qual se refere à avaliação dos resultados da implementação da melhor evidência disponível e, posteriormente à sua divulgação no seio da equipa e na instituição:

- *“No fundo medir o valor acrescentado que tudo isto vai trazendo... desde indicadores de prevenção e controlo de infeção, desde indicadores de resultado e outcomes dos doentes, quer dizer todo um conjunto de medições que, de facto, poderiam ou podem ajudar a sistematizarem e a dar a evidência de que esta prática, de facto, traz mais valias...” (E1);*

- *“E depois há o acompanhamento do... da... desse processo de melhoria, não é? E esse acompanhamento é feito com grelhas de observação, com auditorias com... porque é isso que nos vai permitir ver até que ponto é que está ou não está a ser cumprida determinada prática... certo? Que foi aquela que nós definimos como sendo uma boa prática... [...] E essa boa prática baseada e sustentada na evidência que há, não é? De mais atual e mais... e depois vamos vendo se estamos a fazer esse percurso... e nós temos auditorias feitas na área da gestão de risco, na área da prevenção de... de úlceras, na área dos sistemas de... de... de informação e documentação, na área do planeamento da alta, na área... em todas essas áreas, nós temos auditorias... [...] Temos os elos que dinamizam, não é? Todo este processo que eu vou acompanhando e monitorizando... [...] Precisamente, precisamente... sim...” (E11).*

A avaliação dos resultados em saúde é utilizada para avaliar e analisar as mudanças na prática clínica, para apoiar tomadas de decisão em saúde e, conseqüentemente, estabelecer novas políticas de saúde. Indicadores da melhoria de qualidade dos cuidados são usados para demonstrar a efetividade das intervenções planeadas, podendo evidenciar a implementação bem-sucedida da melhor evidência disponível (Melnik & Fineout-Overholt, 2015). Também segundo Lang e Marek (1990), a avaliação dos resultados das intervenções de enfermagem reflete a efetividade em solucionar ou melhorar os fenômenos de interesse.

A avaliação da mudança à luz da PBE é considerada fundamental, especificamente antes da mudança, imediatamente após e, posteriormente, passado um período de tempo considerado suficiente (Melnik & Fineout-Overholt, 2015).

Também Waltz et al. (2015), no seu estudo evidenciou que a auditoria e o *feedback* são estratégias de importância estimada de 4,40 (0–sem importância, 5-extrema importância) com fiabilidade de 4,13 (0–não viável, 5-extremamente viável), bem como desenvolver e implementar ferramentas para monitorizar a qualidade dos cuidados apresenta uma importância de 4,37 (0–sem importância, 5-extrema importância) com fiabilidade de 3,63 (0–não viável, 5-extremamente viável).

Torna-se importante salientar também que os indicadores dos resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem evidenciam os resultados na pessoa a partir das intervenções de enfermagem. Estes indicadores permitem salientar e atribuir visibilidade ao papel dos enfermeiros no sistema de saúde (International Council of Nurses, 2012). Salienta-se, assim,

que esta estratégia para além de contribuir para a implementação da PBE, também apresenta especial importância na valorização da profissão e na demonstração dos resultados em saúde à luz da implementação da PBE pelos enfermeiros.

3.5. DIVULGAÇÃO E IMPLEMENTAÇÃO DOS PROJETOS DOS ENFERMEIROS

A *Divulgação e Implementação dos Projetos dos Enfermeiros* é identificada por três participantes (E1, E5 e E11) como uma estratégia para a implementação da PBE, a qual se caracteriza pela divulgação dos trabalhos/projetos desenvolvidos pelos enfermeiros e pela implementação da produção científica desenvolvida, no âmbito académico, pelos enfermeiros na prática clínica.

- *“Sempre que tenho algum colaborador, algum colega que participa na realização de um estudo, mesmo que seja de âmbito académico e que produza esse... esse estudo, sou sempre o primeiro a colocar no portal interno da instituição, a dar visibilidade do trabalho que foi feito e disseminar via e-mail como uma informação geral... e, portanto, demos nota disso, divulgámos, até para mostrar que vale a pena...”* (E1);
- *“Eu ultimamente tenho pedido muito aos colegas. [...] Para que sempre que façam trabalhos de investigação no âmbito académico que tenham, pelo menos tenham o cuidado de perguntar ou pode ser ao enfermeiro chefe ou mim ou quem, mas perguntar alguém na instituição, o que é que era importante estudar para que depois possa ser implementado na prática...”; “Na parte de direção de enfermagem... já temos aí dois, duas situações que vão ser implementadas decorrentes, efetivamente, de trabalhos de investigação que foram feitos. [...] Eram duas situações que me preocupavam e que efetivamente foi... as pessoas vieram ter comigo e perguntaram-me o que é que era relevante para a instituição fazer... eu disse-lhes e eles agarram...”; “Nós implementámos, há cerca de 2 anos... uma revista em formato digital... E claro, como em tudo temos vindo a melhorar... e uma das rúbricas que introduzimos foi efetivamente isso... foi a divulgação de... dos trabalhos produzidos pelos enfermeiros da instituição.”; “Nós temos aí uma colega que fez um trabalho de investigação que... que eu, que ela sabia que era um problema que eu já tinha há muito tempo e neste momento está a coordenar um grupo de trabalho para implementar, exatamente, o que ela desenvolveu no trabalho de investigação...”* (E5).

Na perspectiva dos líderes formais, esta estratégia permite não só a disseminação dos trabalhos académicos desenvolvidos pelos enfermeiros, como a sua implementação nos seus contextos clínicos, dando voz à PBE nas instituições de cuidados de saúde. Não foram identificados estudos que corroborassem estes achados.

3.6. LIGAÇÃO ENTRE A ACADEMIA E A CLÍNICA

A *Ligação entre a Academia e a Clínica* é uma categoria que se baseou nas unidades de significados dos três Enfermeiros Diretores (E1, E5 e E15), as quais consistem na fomentação da ligação entre as escolas de enfermagem e as instituições de cuidados de saúde, como uma estratégia à implementação da PBE. As unidades de significado infracitadas demonstram o descrito:

- *“Fomentar a participação em ligação das nossas equipas com a academia e, portanto, fomentar esta ligação e estimular a que eles de facto integrem grupos de investigação na academia, participem ativamente e obviamente disponibilizar aquilo que poderão dentro das possíveis soluções, disponibilizar uma manancial de horas, horário, para que as pessoas façam, de facto, essa colaboração. Outra estratégia também é abrir as portas àquilo que é a academia, ou seja, as organizações fomentarem e a estarem disponíveis neste caso, o Hospital Privado [substituído nome original do hospital], trabalhar de forma ativa, serem parceiros, naquilo que são linhas de investigação... concreto, com unidades, com escolas, com tudo aquilo que efetivamente possa nesta relação trazer benefícios para ambas as partes, para a academia poder utilizar os contextos clínicos como áreas de intervenção de estudos e, obviamente dar a possibilidade dos nossos enfermeiros... Trabalhem... [...] E articularem-se com, nomeadamente, com estas entidades parceiras que, de facto, ajudam a trazer novo conhecimento para a organização...” (E1);*
- *“E, portanto, nós pretendemos criar o nosso hospital, como sendo um hospital de referência no... digamos amigo dos mais velhos e precisamos da nossa prática... daquilo que nós percebemos ali, quais são as barreiras que o idoso encontra, quais são as dificuldades que têm... mas precisamos também, estamos a fazer esse caminho junto da escola, de formação teórica... [...] Que não seja as tais teses, pós-graduações e afins... [...] E, portanto, nós queremos agora é... imagine isto em termos operacionais, figurativamente, não é? Pegar num autocarro, levar 30 enfermeiros à escola e fazer dois dias de formação nesta área específica com pessoas que têm o conhecimento teórico muito profundo na área do envelhecimento...”*

portanto, eu quero capacitar os meus enfermeiros com a componente teórica, mas também quero que esses enfermeiros levem à escola e que também partilhem e digam duas ou três coisas para que as pessoas também percebam do lado de lá... que a construção do conhecimento científico... Desta componente da prática, é um caminho que estamos a tentar construir com a escola de Coimbra e com a escola de Aveiro e que se Deus quiser, vai chegar a bom porto e vamos conseguir fazer essa partilha... acho muito muito importante...” (E15).

Sugere-se que para o envolvimento dos mentores da PBE nos contextos da prática clínica, tal como anteriormente mencionada a sua importância, sejam proporcionadas ligações efetivas das escolas de enfermagem às instituições de cuidados de saúde, conforme se verifica com o trabalho desenvolvido pelos Enfermeiros Diretores das três instituições de cuidados de saúde incluídas no presente estudo.

No estudo qualitativo desenvolvido por Renolen et al. (2020), os participantes (líderes formais e enfermeiros da prestação direta de cuidados) evidenciaram a ligação destes profissionais de saúde aos docentes de enfermagem. Referindo a consideração da opinião dos docentes de enfermagem para a tomada de decisão em saúde, por exemplo, os docentes de enfermagem contribuíam com apoio, conhecimento e tempo, incentivando a integração da PBE nos contextos clínicos. Também como referido por Fineout-Overholt, Melnyk, e Schultz (2005), estabelecer parcerias entre as academias e a clínica são considerados elementos chave para a PBE.

Segundo os autores Walt et al. (2015), o desenvolvimento de parcerias académicas e o trabalho com instituições de ensino são estratégias consideradas com um nível de importância de 2,83 e 2,73 (0–sem importância, 5-extrema importância) e com fiabilidade de 3,40 e 3,30 (0–não viável, 5-extremamente viável), respetivamente.

3.7. REUNIÕES DE APOIO À TOMADA DE DECISÃO PARTILHADA

A categoria *Reuniões de Apoio à Tomada de Decisão Partilhada* apenas foi identificada por um líder formal (E17), o qual evidenciou a realização de reuniões entre o utente, família e equipa multidisciplinar, de forma a envolver os utentes na tomada de decisão em saúde.

- *“Envolver o utente também na tomada de decisão dos cuidados. Nós fazemos uma reunião na primeira semana com o utente... tendo o utente também crítica e capacidade cognitiva para também... para tomar decisões e com a família. [...] Na primeira semana o médico, o enfermeiro, o assistente social, o enfermeiro de*

referência falamos com... uma reunião formal como estamos aqui, com o utente, e com a família e envolvemos o utente... também numa tomada de... de decisões, e temos uma coisa que nós chamamos, o plano individual de cuidados com um técnico de referência. [...] São, porque a filosofia mesmo da unidade dos cuidados continuados é a centralidade...” (E17).

A estratégia referida na presente unidade de significado reflete a integração das preferências da pessoa cuidada e o envolvimento da família nos cuidados de saúde, potenciando a tomada de decisão partilhada, com vista a dar resposta às necessidades da pessoa de forma holística, tendo assim por base os pressupostos da WHO (2015).

Esta filosofia fomenta os cuidados de saúde centrados na pessoa, na qual o utente é parceiro de cuidados. O presente líder formal reconhece a realização de reuniões multidisciplinares que integrem os utentes e sua família como uma estratégia para a implementação e sustentabilidade da PBE. Torna-se relevante evidenciar também que esta estratégia foi referida por um participante do HP-SPA (hospital de pequena dimensão). Posto isto, apesar de não ser um dado saturado e de apenas ter sido referido nesta instituição e, conseqüentemente, apresentar limitações de credibilidade, poderá estar associada à dimensão das restantes instituições incluídas no presente estudo. Como refere Melnyk e Fineout-Overholt (2015), ambientes hospitalares com elevada movimentação poderão dificultar a implementação de estratégias que fomentem o envolvimento da família na tomada de decisão em saúde.

Obter e utilizar a opinião dos utentes/consumidores finais e familiares, envolver os utentes/consumidores finais e familiares, aumentar a adesão aos cuidados dos utentes/consumidores finais, através da realização de intervenções, prepará-los para serem participantes ativos nos cuidados de saúde foram estratégias mencionadas no estudo realizado por Waltz et al. (2015). A importância atribuída pelos peritos e a sua fiabilidade foi a seguinte (0–sem importância/não viável, 5-extrema importância/extremamente viável), respetivamente:

- Obter e utilizar a opinião dos utentes/consumidores finais e familiares (3,67; 3,80);
- Envolver os utentes/consumidores finais e familiares (3,87; 3,63);
- Aumentar a adesão aos cuidados dos utentes/ consumidores finais, através da realização de intervenções (3,50; 3,07);
- Prepará-los para serem participantes ativos nos cuidados de saúde (3,40; 3,03).

3.8. ROTATIVIDADE DOS ENFERMEIROS

A categoria *Rotatividade dos Enfermeiros* foi mencionada por um participante (E15) e consiste na rotatividade dos enfermeiros entre serviços, de forma a adquirirem conhecimento de diferentes áreas.

- *“Tenho tentado muito... fazer uma rotatividade de serviços... [...] Para as pessoas irem conhecer outras realidades, portanto, eu pego... [...] Nos colegas do bloco e vêm prestar cuidados ao internamento e isso muitas vezes leva a um choque, não é? (riso) Leva a um choque de práticas, mas acho que é assim que também se constrói muitas das... das práticas que depois desenvolvemos... peguei nos enfermeiros de reabilitação, por acaso, o mês passado, não é? Estamos em janeiro... foi o mês passado... e coloquei dois enfermeiros na unidade de paliativos, porque os enfermeiros de reabilitação estavam na unidade convalescença... Com aquela prática habitual e, portanto, aquilo que eu fiz foi... coloquei-os na unidade de paliativos durante um mês e disse: vocês vão lá este mês para perceber as práticas e para perceber qual é o papel do enfermeiro de reabilitação naquela unidade, e se faz sentido ou não faz.” (E15).*

Não foi identificada evidência para corroborar esta unidade de significado. No entanto, a categoria *Escassez e Gestão de Recursos Ineficiente*, a qual integra a subcategoria *Recursos Humanos* e, por conseguinte, onde é descrita a rotatividade dos enfermeiros, foi considerada uma barreira à implementação da PBE por outros líderes formais (abordado no próximo capítulo). Pelo que a presente estratégia poderá ser pouco efetiva e pouco utilizada para potenciar este processo, no entanto, outros estudos deveriam ser realizados para analisar estes achados.

4. BARREIRAS E FACILITADORES À IMPLEMENTAÇÃO DA PRÁTICA BASEADA NA EVIDÊNCIA

A análise das entrevistas permitiu identificar inúmeras barreiras e facilitadores à implementação da PBE consideradas pelos líderes formais de enfermagem das três instituições de cuidados de saúde incluídos neste estudo (**Tabela 2**).

Relativamente ao domínio das *Barreiras à Implementação da PBE*, emergiram da análise de conteúdo as seguintes categorias e respetivas subcategorias mencionadas entre parênteses: a *Escassez e Gestão de Recursos Ineficiente* (o *Tempo* [11 participantes], os *Recursos Humanos* [nove participantes], o *Conhecimento* [sete participantes], os *Recursos Materiais e Digitais* [cinco participantes] e as *Modalidades de Contratos de Trabalho* [cinco participantes]); a *Cultura organizacional* (12 participantes); o *Afastamento entre a Academia e a Clínica* (oito participantes); a *Desmotivação* (oito participantes); e a *Resistência à mudança* (oito participantes). Referente ao domínio dos *Facilitadores à Implementação da PBE*, foram definidas as seguintes categorias e respetivas subcategorias descritas entre parênteses: a *Existência e Gestão de Recursos Eficiente* (o *Conhecimento* [11 participantes], os *Peritos* [nove participantes], o *Tempo* [quatro participantes], os *Recursos Humanos* [quatro participantes], os *Recursos Materiais e Digitais* [dois participantes]); a *Cultura Organizacional* (10 participantes); a *Ligação da Academia à Clínica* (10 participantes); a *Motivação e Comprometimento* (sete participantes); a *Liderança* (três participantes); a *Organização que Regula o Exercício da Profissão* (dois participantes); e as *Reuniões Multidisciplinares* (dois participantes) (**Apêndice IV – Tabelas 3 e 4**).

Tabela 2

Barreiras e Facilitadores à Implementação da PBE

Barreiras à Implementação da PBE	Facilitadores à Implementação da PBE
<u>Escassez e Gestão de Recursos Ineficiente</u> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Tempo ▪ Recursos Humanos ▪ Conhecimento ▪ Recursos Materiais e Digitais ▪ Modalidades de Contratos de Trabalho 	<u>Existência e Gestão de Recursos Eficiente</u> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Conhecimento ▪ Peritos ▪ Tempo ▪ Recursos Humanos ▪ Recursos Materiais e Digitais
<u>Cultura organizacional</u>	<u>Cultura Organizacional</u>
<u>Afastamento entre a Academia e a Clínica</u>	<u>Ligação da Academia à Clínica</u>
<u>Desmotivação</u>	<u>Motivação e Comprometimento</u>
<u>Resistência à mudança</u>	<u>Liderança</u>
	<u>Organização que Regula o Exercício da Profissão</u>
	<u>Reuniões Multidisciplinares</u>

4.1. ESCASSEZ E GESTÃO DE RECURSOS INEFICIENTE VERSUS EXISTÊNCIA E GESTÃO DE RECURSOS EFICIENTE

A *Escassez e Gestão de Recursos Ineficiente* foi considerada uma barreira à implementação e sustentabilidade da PBE pelos líderes formais de enfermagem, especificamente nos seguintes recursos (subcategorias): o *Tempo*; os *Recursos Humanos*; o *Conhecimento*; os *Recursos Materiais e Digitais*; e as *Modalidades de Contratos de Trabalho*. Sob outro enfoque, a *Existência e Gestão de Recursos Eficiente* foi mencionada como um facilitador neste processo, nomeadamente nos seguintes recursos (subcategorias): o *Conhecimento*; os *Peritos*; o *Tempo*; os *Recursos Humanos*; e os *Recursos Materiais*.

Relativamente ao *Tempo* como subcategoria da *Escassez e Gestão de Recursos Ineficiente*, a ausência deste recurso e a ineficiente gestão do mesmo foi considerada uma barreira por 11 participantes (E1, E3, E5, E7, E8, E9, E10, E11, E12, E14 e E16). Especificamente, a dinâmica dos cuidados e a pressão existente para a prestação de cuidados de enfermagem, a ausência de tempo para pesquisar evidência e a acumulação do tempo em banco de horas foram fenómenos referidos. As seguintes unidades de significado evidenciam o descrito:

- *“Porque muitas vezes também a dinâmica do dia a dia, a pressão existente para a prestação direta de cuidados, e olhar isto numa lógica de pura execução de intervenções técnicas, muitas vezes, virtua esta lógica de implementar aquilo que é um espaço de reflexão, um espaço de partilha de conhecimento.”* (E1);
- *“Era ter mais tempo para reunir mais com as pessoas, para estar mais com os enfermeiros da prestação de cuidados, para os incentivar a estas coisas.”* (E5);
- *“Os enfermeiros têm muitos conhecimentos, mas depois têm alguma dificuldade em aplicar esses conhecimentos na prática... pela pressão do trabalho, pela falta de tempo em pesquisar.”* (E10);
- *“Portanto, quer dizer, eles acabam por ficar, para fazer esses projetos... ficam com banco de horas que depois é difícil compensá-las.”* (E16).

Estudos na literatura corroboram que a falta de tempo é considerada uma barreira à implementação da PBE (Azmoude, Aradmehr, & Dehghani, 2018; Melnyk & Fineout-Overholt, 2015; Pereira, Cardoso, & Martins, 2012; Solomons & Spross, 2011). A gestão de tempo foi também identificada como uma barreira pelo estudo de Tacia, Biskupski, Pheley, & Lehto (2015). Os autores Jordan, Bowers, e Morton (2016), e Shayan, Kiwanuka, e Nakaye (2019) evidenciaram nos seus estudos que a escassez de tempo para implementar

mudanças na prática clínica é considerada uma barreira à PBE. No estudo de Melnyk, Fineout-Overholt, Gallagher-Ford, e Kaplan (2012), o tempo foi a resposta mais citada como o único aspeto que impedia os participantes de implementar a PBE na prática clínica diária. Sob outro ponto de vista, a atribuição de tempo para a implementação de mudanças na prática clínica é considerada um facilitador à PBE (Solomons & Spross, 2011). Também segundo Melnyk et al. (2012), os participantes referiram que o tempo os ajudaria a implementar a PBE na sua prática clínica diária.

Assim sendo, o *Tempo* como subcategoria da *Existência e Gestão de Recursos Eficiente* foi identificado como um recurso facilitador por quatro participantes (E1, E2, E7 e E12), especificamente nas seguintes unidades de significado:

- *“Essa disponibilidade estratégica conseguir criar no seio da equipa a disponibilidade em termos da atividade do dia a dia.”* (E1);
- *“O facto de nós conseguirmos que o tempo seja contabilizado e que o tempo além das 35 horas em bolsa sejam contabilizados em horas extraordinárias, caso os recursos não permitam, também são determinantes... Porque durante muitos anos, os enfermeiros trabalharam horas a fio nesta instituição, sem que ninguém lhes pagasse. Eu... eu e outros colegas fizemos trabalhos para apresentar em congressos... viemos trabalhar e fizemos por gosto à camisola, que era assim que nós dizíamos. Só que hoje em dia, o tempo, o mundo mudou, os contextos mudaram, e, portanto...”* (E7).

Indo ao encontro do referido anteriormente, a atribuição de tempo foi uma das estratégias mencionadas pelos líderes deste estudo integrada na categoria *Divulgação e Disponibilização de Recursos* (achados referenciados no capítulo anterior).

Sugere-se, assim, que a disponibilização de tempo aos enfermeiros pelos líderes formais de enfermagem potenciará a implementação da PBE nas instituições de cuidados de saúde.

Os *Recursos Humanos* como subcategoria da *Escassez e Gestão de Recursos Ineficiente*, especificamente a sua redução e rotatividade foi considerada uma barreira por nove participantes (E1, E5, E8, E9, E10, E13, E14, E15 e E16):

- *“No setor privado tem a ver com a pressão que é... exercida para focar ou alocar tudo o que são recursos para a linha de produção imediata assistencial... [...] E isto pode trazer, de facto, várias dificuldades... a escassez de recursos é evidente em muitas áreas.”* (E1);

- *“Embora os recursos tenham aumentado, se calhar, ainda não são os suficientes, mas isso nunca vamos... eu isso, eu acho que nós nunca vamos ter recursos suficientes, face às situações dos doentes que temos à frente.” (E5);*
- *“É assim, as equipas de medicina como... como... ainda não tem muita experiência, mas... são equipas que têm uma mobilidade extrema... faz-se um percurso de 10/15 anos ou menos, eventualmente, as pessoas têm tendência a fazer uma... uma... uma pós-licenciatura, uma especialização... e depois, querem envergar por outras... por outras áreas, pronto... e portanto, em termos de núcleo duro, digamos assim, da equipa ficam 10/15 pessoas... o resto é sempre mobilidade... [...] Mobilidade constante...” (E8);*
- *“Agora, uma coisa que eu acho que é uma barreira é às vezes mudarmos frequentemente de área. Como mudamos frequentemente de área, temos sempre que estar a ampliar o conhecimento em determinada... em determinada área, não sei se me estou a fazer explicar muito bem... [...] E vamos perdendo... acabamos por não aprofundar aquilo naquela área, porque estamos sempre a mudar e... [...] Sim, a rotatividade é grande, e depois não permite, às vezes, esse aprofundar de conhecimentos e depois acabam também por... é assim uma pessoa também...” (E10);*
- *“E pronto, no fundo é isso, para podermos avançar com projetos e formações, e para melhorar as práticas e chegarmos à excelência dos cuidados que é o que se pretende é difícil, por vezes, por falta de meios humanos.” (E16).*

Assim sendo, a escassez de recursos humanos evidenciada pela sobrecarga de trabalho (rácios enfermeiros-doentes) foi considerada uma barreira à PBE por Melnyk e Fineout-Overholt (2015) e por Melnyk et al. (2012). Também Solomons e Spross (2011) descrevem a dificuldade em recrutar e reter os recursos humanos como uma barreira à PBE. Esta dificuldade é evidenciada também por um líder formal do Hospital Privado:

- *“A dificuldade de segurar equipas é difícil, também muito fruto do enquadramento...” (E1).*

Particularmente, no HP-SPA a falta de Enfermeiros Gestores com Funções de Direção foi considerada uma barreira:

- *“Sim... eu tenho essa dificuldade enorme de não ter chefias intermédias, não é? [...] Tenho... a própria legislação... não abriram ainda concurso para enfermeiros*

gestores e, portanto, eu não posso... [...] Tenho pessoas, digamos assim, responsáveis nos serviços que articulam diretamente comigo...” (E15).

No entanto, não foi identificada evidência científica sobre este achado.

Sob outro ponde de vista, os *Recursos Humanos* como subcategoria *Existência e Gestão de Recursos Eficiente* foram considerados facilitadores por quatro participantes (E6, E8, E11 e E17), especificamente, nas seguintes unidades de significado:

- *“Os recursos... obviamente que são... são importantes, mas... eu não acho que haja falta de recursos que impeçam... ou melhor que justifiquem tudo... a falta de recurso não justifica tudo... muitas vezes, nós dizemos... aí não tenho recurso para isto, não tenho recurso para aquilo... é uma questão, muitas vezes, de gestão... adequada daquilo que aqui temos ao nosso dispor... e às vezes fazer um esforço também para procurar melhorar um bocadinho dentro do que é possível, o recurso... nomeadamente, se são recursos humanos, nós gerimos em função, de facto, da... da... de cada situação... e muitas vezes aproveitando o tempo, sensibilizando as pessoas para... não há digamos um custo, em termos de consumo de horas que seja... tenha um impacto em termos institucionais... de... de... é uma questão mesmo de... acho de gestão e motivação das pessoas...” (E8);*
- *“Nós estamos numa rede de cuidados continuados, eu na minha unidade tenho o dobro dos recursos que têm a maior parte das unidades entregues ao privado, às IPSS, às misericórdias... [...] Alguma coisa fazemos diferente e temos que ter essa evidência do que fazemos diferente. Eu tenho quatro enfermeiros de reabilitação, uma das coisas que os pressiono e que os questiono... eu quero evidências, no final do ano, de ganhos em termos de autonomia e funcionalidade dos doentes decorrentes dos cuidados do enfermeiro de reabilitação.”; “Eu neste momento, tenho os recursos humanos adequados às minhas necessidades... neste momento não devo... não devo horas, não há bolsa de horas dos enfermeiros... os enfermeiros fazem, neste momento, na... no horário de fevereiro devo ter 10 ou 15 horas no somatório de todos os enfermeiros de horas positivas, ou seja, a equipa tem uma dotação adequada.” (E17).*

Estes achados são corroborados por Melnyk et al. (2012), os quais referem a existência de recursos humanos como uma condição facilitadora à PBE.

A gestão dos recursos humanos através da implementação de uma metodologia de trabalho adequada foi considerada facilitadora, tal como evidenciado na seguinte unidade de significado:

- *“A relação que se constrói com estas pessoas com a metodologia de trabalho... que facilita muito a implementação da boa prática, mas tendo em atenção... [...] Do doente... da pessoa...”* (E11).

A revisão *scoping* dos autores Ventura-Silva, Martins, Trindade, Ribeiro, e Cardoso (2021) identificou diferentes metodologias de trabalho na prática de enfermagem: o Método Funcional; o Método Individual; o Método de Equipa; e o Método *Primary Nursing Care*. A unidade de significado supracitada refere que a gestão dos recursos humanos, segundo a adoção da metodologia de trabalho do enfermeiro de referência (Método *Primary Nursing Care*) se torna facilitadora à implementação da PBE. No entanto, não foi encontrada evidência sobre qual o método de trabalho que se constitui uma condição facilitadora para a implementação da PBE pelos enfermeiros, pelo que se sugere a realização de estudos para dar resposta a esta problemática.

O *Conhecimento* como subcategoria da *Escassez e Gestão de Recursos Ineficiente* foi identificada como uma barreira à implementação da PBE por sete participantes (E1, E2, E3, E6, E7, E10 e E12). As unidades de significado integradas na presente subcategoria referem-se a limitações no conhecimento, no juízo crítico, na pesquisa e na análise de evidência científica, bem como à sobrevalorização da experiência profissional em detrimento da evidência científica.

As lacunas no conhecimento foram identificadas como barreiras à implementação da PBE por diferentes autores na literatura científica (Khammarnia, Haj Mohammadi, Amani, Rezaeian, & Setoodehzadeh, 2015; Melnyk et al., 2012; Melnyk & Fineout-Overholt, 2015; Shayan et al., 2019; Tacia et al., 2015). Tal como evidenciam as seguintes unidades de significado:

- *“Se calhar o que nós estamos mais apostados, ao longo dos anos e pela tradição, é na experiência do profissional, acho que estamos mais nesse ponto, ou seja, há aqui um certo desequilíbrio.”* (E2);
- *“É que se fazem muitas coisas por repetição, muitas vezes o que está mal e não fomos habituados a questionar, será que estamos a fazer bem? Será que não estamos a fazer bem? O que é que dizem os estudos sobre o que é que estamos a fazer?”; “Tu*

para teres juízo crítico também tens de ter conhecimentos. O que é que acontece muitas vezes e o que é que eu me deparo? Muitas vezes as pessoas cometem falhas na sua prática diária de enfermagem, porque não têm conhecimentos. Não tendo conhecimentos, não conseguem incorporar o juízo crítico. Quando é que entra o juízo crítico? Quando nós vamos e perguntamos, porque é que fizeste assim? Só nessa parte é que entra. Porque, o que é que acontece? Muitas vezes as más práticas não geram juízo crítico.” (E3);

- *“Sim... são muitas... uma das mais comuns é a falta de conhecimento... parece que não, mas é verdadeira... Por exemplo... tivemos uma... realizámos uma implementação num contexto onde as pessoas saibam imenso daquilo que estavam a realizar no quotidiano... são alvo de formação, são formadores, vendem daquilo... publicam artigos, apresentam trabalhos em congressos... mas não tinham conhecimento específico que era preciso para a implementação que estava em causa, por exemplo, promoção da mudança de comportamento nos utentes, não tinham formação nenhuma sobre isso...” (E6);*
- *“É assim... o que dificulta muitas das vezes é não estar trabalhado no espírito dos enfermeiros que eles tiram um curso e que têm que continuar a estudar e a trabalhar o resto da vida... e que tem que se ter conhecimento sobre aquilo que estão a fazer e ter capacidade de decisão autónoma sustentada e interdisciplinar... saber qual é o seu limite e, portanto... aliás foi uma coisa que me surpreendeu, que sou enfermeira há muitos anos, foi encontrar alguma juventude que acha que tirou o curso e a partir daí, pronto, faz o que o mandam e não está para se chatear... Isto, para mim, não faz... para mim, não faz sentido...” (E7).*

A falta de competências de pesquisa bibliográfica (Solomons & Spross, 2011) e a incapacidade de avaliar a qualidade da investigação (Shayan et al., 2019) foram consideradas barreiras à implementação da PBE. Tal como evidencia as seguintes unidades de significado:

- *“Eu sinto que, por vezes, temos alguma dificuldade na enfermagem em... conseguir aquilo que é... evidência robusta, evidência típica robusta... muitas vezes tem... tem a ver com as deficiências que temos até na própria formação... na busca dessa evidência, não é? Portanto, noto que, às vezes, vem para os contextos, evidência que nos deixa a questionar até que ponto é que isto é suficientemente robusto ou não, ok?... E, portanto, lá está, esta ligação, às vezes, do contexto clínico com a academia, poderia ajudar a fortalecer este aspeto, não é?... Porque nós sabemos*

que há investigação que é muito frágil do ponto de visto de evidência e dessa robustez e... às vezes isso...” (E1);

- *“Pelo manancial de informação que existe e que têm dificuldade de pesquisa...”* (E10).

Sugere-se, assim, que o desenvolvimento de competências relacionadas com a PBE, nomeadamente competências de pesquisa bibliográfica e de avaliação crítica de estudos, em enfermeiros é primordial para a implementação da PBE nas instituições de cuidados de saúde.

De outro modo, o *Conhecimento* como subcategoria da *Existência e Gestão de Recursos Eficiente* foi considerado um facilitador à implementação da PBE por 11 participantes (E1, E2, E5, E6, E7, E8, E9, E10, E14, E15 e E17). Os participantes referem a gestão do conhecimento, a formação pós-graduada das equipas e a presença do juízo crítico como condições facilitadoras para a implementação e sustentabilidade da PBE:

- *“Na nossa instituição, todos os dias temos atualizações daquilo que são orientações técnicas da prestação de cuidados, que muitas vezes estão ou são promovidas pelos grupos centrais de prestação de cuidados, que têm colegas de diferentes unidades, que no fundo recolhem aquilo que são as melhores evidências e plasmam em referenciais técnicos.”* (E1);
- *“São os recursos do conhecimento.”* (E6);
- *“O que eu costumo fazer à medida que tenho passado pelas equipas é identificar o potencial, e vou sempre problematizando... Numa primeira fase, faço um acompanhamento muito de perto dos profissionais, todos eles e dos doentes e, portanto, perceber quem é que tenho nas equipas, identificar as pessoas, e depois em função daquilo que eu identifico, é a cultura emergente, eu vou trabalhando a par com eles...”* (E7);
- *“Eu digo sempre, os enfermeiros são pessoas licenciadas, ou seja, têm uma formação que lhes permite pensar por eles próprios... têm que ter conhecimentos... que lhes permitam tomar as decisões mais adequadas, para além de que trabalham em equipa e, portanto, têm sempre recursos disponíveis com pessoas mais experientes para partilhar... [...] Algumas dificuldades...”* (E8);
- *“Tenho neste momento duas colegas a fazer a especialidade... mudou o discurso, mudou as práticas, muitas delas... mudou muita coisa... por isso é que eu acho que era fundamental a construção ou a eliminação de barreiras da prática para o ensino,*

de forma a que os próprios enfermeiros da prática também tivessem essa capacidade de assimilar o novo conhecimento científico...” (E15);

- *“Ter uma equipa com formação. Acho que a formação, porque os colegas com formação, acabam sempre por mobilizarem os outros colegas para... para as boas práticas. E... a formação pós-graduada dos colegas, por exemplo...” (E17).*

A *American Productivity & Quality Center* (n.d.) define gestão do conhecimento como um processo sistemático de fluxo contínuo de conhecimento entre as pessoas. Segundo Guptill (2005), a gestão de conhecimento tem um valor significativo para a saúde, podendo a longo prazo tornar os cuidados de saúde mais colaborativos, transparentes e proativos. Assim sendo, sugere-se que este processo poderá facilitar a implementação e sustentabilidade da PBE nos cuidados de saúde.

Corroborando também os achados acima citados, o conhecimento é considerado um facilitador à implementação da PBE, segundo Duncombe (2018) e Melnyk et al. (2012).

Relativamente aos *Recursos Materiais e Digitais* como subcategoria da *Escassez e Gestão de Recursos Ineficiente*, cinco líderes (E6, E8, E14, E15 e E16) referem que a sua ausência e gestão ineficiente é uma barreira.

Os participantes referem a escassez de recursos materiais:

- *“Em termos de recursos materiais... depois aquilo é... é... enfim, às vezes há mais limitações... nós não vivemos num país rico...” (E8);*
- *“Há algumas barreiras, e eu já referi algumas que é o... às... falta do material adequado...” (E16).*

Shayan et al. (2019) corroboram estes achados, referindo que recursos materiais insuficientes condicionam a implementação da PBE.

Os líderes formais mencionam também limitações no âmbito dos recursos digitais para a documentação dos cuidados de enfermagem:

- *“E nós tínhamos... tínhamos o SClínico quando houve a migração do SClínico para a plataforma a nível nacional, nós deixamos de ter... e neste momento, voltámos a ter registos parecidos com o que tínhamos há 20 anos e isso entristece-me...” (E14);*
- *“Nós hoje em dia... se trabalhar neste hospital, tem que ter acesso a 3 ou 4 ou 5 aplicações informáticas distintas para as quais precisa de uma password de acesso, para as quais precisa... portanto. Temos que muitas vezes duplicar registos. Nós*

enfermeiros, neste momento, na convalescença, trabalhamos com o SClínico, trabalhamos com a plataforma da rede nacional de cuidados continuados... [...] Que muitas vezes, temos que introduzir a mesma informação de um lado e do outro... duas vezes... quando isto podia tudo comunicar... temos outro aplicativo na farmácia, onde se faz os registos da terapêutica administrada... portanto, é outra aplicação... conseguimos linkar ao SClínico, mas também não é fácil... ou seja, falta aqui uma normalização em termos informáticos que poderia poupar muito tempo de trabalho e não é de todo facilitador... as coisas no nível em que estão... [...] Não é... o SClínico não interage com a maior parte das outras aplicações e, portanto, nós temos que andar abrir uma série de...” (E15).

Os sistemas de informação permitem aos gestores uma melhor tomada de decisão (Laudon & Laudon, 2014). No âmbito da saúde, os sistemas de informação em saúde contribuem para cuidados de saúde com qualidade e eficiência (Haux, 2006). Posto isto, os sistemas de informação, nos quais se inserem os *softwares* de suporte à tomada de decisão, suportam a PBE (Rodrigues, 2000), pelo que a sua ausência ou gestão ineficiente, tal como mencionado pelos líderes formais, poderá constituir uma barreira.

Sob outro prisma, os *Recursos Materiais e Digitais* como subcategoria da *Existência e Gestão de Recursos Eficiente* foram considerados facilitadores por dois líderes formais (E3 e E14), especificamente nas presentes unidades de significado:

- *“Se tu depois se chamares atenção, e disseres que tens o recurso e que podíamos fazer assim. Eles também são os primeiros a aceitar...” (E3);*
- *“Olhe, por exemplo, nós temos uns monitores que foram adquiridos... agora na época de COVID foi mais fácil adquiri-los que têm a possibilidade de ter dois módulos de SpO2... facilita-nos imenso, em vez de termos dois monitores e de ter a preocupação de saber onde é que os vamos buscar, porque tem de ter um SpO2 só... que existiam, que agora já não tenho, porque eram muito velhos... e esse monitor, agora, com dois módulos, o mesmo monitor já nos permite ter saturações pré e pós ductais das crianças cardíacas, que é muito importante e reduz-nos... o tempo que a gente precisa de ter dois sensores... dois sensores é preciso à mesma, mas os dois aparelhos, os dois monitores... o espaço em si, facilita muito isso... os ventiladores novos também têm, também permitem flexibilidade, porque já são híbridos, permite fazer ventilação invasiva e não invasiva, mas eu só tenho um para fazer isso... também facilita muito o trabalho dos enfermeiros...” (E14).*

Destaca-se que os Recursos Materiais e Digitais como subcategoria da Escassez e Gestão de Recursos Ineficiente não foram uma das barreiras identificadas pelos líderes do Hospital Privado, e sob outro enfoque os Recursos Materiais e Digitais como subcategoria da Existência e Gestão de Recursos Eficiente foram um dos facilitadores identificados por um dos líderes dessa mesma instituição. Pelo que se pode verificar que nesta tipologia de instituição a presença de recursos para a implementação da PBE é evidente, na perspectiva dos líderes formais.

As *Modalidades de Trabalho* como subcategoria da *Escassez e Gestão de Recursos Ineficiente*, especificamente os contratos de trabalho precários e de prestação de serviços foram considerados uma barreira à implementação da PBE por cinco participantes (E1, E2, E3, E15 e E17):

- *“Outra questão é também, no setor privado, nós temos um grande manancial de pessoas que não estão fidelizadas à casa, ou seja, não fazem parte do quadro interno da casa, e isso é uma dificuldade.”; “Nós, hoje, temos, todas as equipas, grande parte das horas de enfermagem são do quadro, mas mesmo assim, temos um volume significativo de prestações de serviços e, portanto, com todo o respeito pelos colegas que fazem prestação de serviços, mas o nível de comprometimento e de disponibilidade para trabalho em determinadas áreas é diferente...” (E1);*
- *“Nós somos um SPA, somos um setor público administrativo, só há cinco hospitais a nível do país com essa característica... nós não podemos fazer contratos individuais de trabalho, a única forma que nós temos de contratar enfermeiros de uma forma mais célebre e eficaz é através da prestação de serviços... [...] O vulgo a recibo... a recibo verde, porque repara se eu tenho uma enfermeira que engravida, se eu só posso a substituir eventualmente... nem é uma substituição, mas se identifico uma necessidade, tenho que abrir um concurso, entre abrir o concurso e ter cá um enfermeiro demora um ano e meio a dois anos... entretanto, já voltou a colega...”; “É horroroso é do ponto de vista do trabalhador... tem um vínculo precário, nunca tem... nunca veste a camisola, nós tivemos um projeto “veste a camisola” ... (riso) [...] Estava agora a ver ali os casacos, nunca veste verdadeiramente a camisola, porque sente-se sempre muito a saber que para o mês que vem, pode ir embora, não é?”; “Mas é, é, mas os recibos verdes podem ser um problema sim... a instabilidade...” (E15).*

Esta barreira apenas foi identificada no Hospital Privado e no HP-SPA. Sugere-se, assim, que as características jurídicas destas instituições de cuidados de saúde influenciam as modalidades de contratos de trabalho estabelecidas com os enfermeiros e, por sua vez, a implementação da PBE. A contratualização no setor público difere do modelo jurídico em questão: Entidade Pública Empresarial; e Setor Público Administrativo. Os HP-SPA regem-se pelas regras da Administração Pública e os HP-EPE apresentam regras mais flexíveis (Matos, Ferreira, Lourenço, & Escoval, 2010). Contudo, não foi identificada evidência para corroborar estes achados.

Os *Peritos* como subcategoria da *Existência e Gestão de Recursos Eficiente* foram considerados facilitadores por nove participantes (E1, E2, E3, E7, E8, E9, E10, E11 e E17). As unidades de significado das quais emerge esta subcategoria descrevem a presença de mentores, elos de ligação e peritos nos contextos clínicos:

- *“Um mentor, exatamente, se conseguíssemos identificar à semelhança... nós temos hoje nas equipas quase de forma disseminada aquela coisa dos elos... elos para isto, elos para aquilo... Um elo para o conhecimento, ou seja, alguém na equipa a quem reconhecamos, de facto, competências, que ajude os outros a crescer nesse domínio...”; “A lógica é essa... é ser o mentor, ou seja, eu tenho alguém na minha equipa que vai ajudar a procurar informação específica sobre isto, ou seja, eu quero melhorar neste domínio...”; “Portanto, temos alguém que seja devidamente treinado ou minimamente treinado para ajudar os outros na equipa a fazer essa procura de conhecimento, não é? Portanto, é o meu elemento, é o meu mentor de referência... olha, preciso de encontrar alguma coisa sobre isto... acho que não está a correr bem, olha ajuda-me, como é que eu procuro...” (E1);*
- *“Identificar as pessoas certas e trabalhá-las, básicos, coisas básicas, a partir daí... é empoderá-las, no sentido delas se sentirem uma mais-valia dentro da equipa e, portanto, é para andar. [...] Disseminar e depois também há os níveis de comunicação e de intervenção em função da... [...] Tenho especialistas ou não tenho especialistas, tenho alguém que é perito numa área em que não há especialidade e não posso eliminar... porque há aí áreas no hospital onde há peritos, enfermeiros peritos, nalguns contextos, e que não... e que não há ninguém especialista que consiga chegar ao nível deles e essas pessoas a gente não as pode perder também.” (E7);*

- *“Uma pessoa sozinha não consegue fazer tudo... não consegue fazer tudo... faz alguma coisa, não consegue fazer tudo... isto, vamos nós... vamos, depois, munir-nos de elos de ligação, que são pessoas que estão motivadas também para estas temáticas e que depois eles próprios... e que estão mais no terreno, no dia a dia, porque eu não estou... a avaliar, por regra, enfim... por exemplo, neste caso a avaliação... o procedimento da... da... da colocação e da manutenção da sonda nasogástrica... e esses colegas que estão no terreno e vão dizendo... olha, esqueceste-te disto... [...] olha, para a próxima não te esqueças... olha, que assim... olha, que assado...”*; *“Há de haver uma coisa ou outra que passa e, portanto, estes elos do terreno, depois têm a função de uma forma pedagógica...”* (E8);
- *“Depois, tenho elos dinamizadores como há em todos os serviços... ou na maioria dos serviços, mas uma coisa é... é termos a designação do elo... outra coisa, é o papel, o trabalho que pode fazer na equipa... e para mim não é só ter o nome... é construir alguma coisa, é fazer alguma coisa... E, portanto, o elo tem... neste serviço, faz o diagnóstico da situação, vê como é que está... vamos falar, por exemplo, de... gestão de risco... [...] vamos falar sobre prevenção de quedas, de... de úlceras, por exemplo, não é? [...] Portanto, eles fazem o diagnóstico da situação e depois definimos áreas de melhoria... e essas áreas de melhoria são sempre sustentáveis, eles têm que ver, não é? Têm que fazer uma pesquisa, ver o que é que há de mais atual sobre... para nós fazermos esse percurso melhoria, sim...”* (E11).

Estes achados são corroborados pelo ARCCC *model*, o qual evidencia que o envolvimento dos mentores é considerado fundamental para a implementação e sustentabilidade da PBE (Melnyk, 2012; Melnyk & Fineout-Overholt, 2015; Melnyk, 2017). Assim sendo, a presença de mentores é considerada uma estratégia chave para a implementação e sustentabilidade da PBE nas instituições de cuidados de saúde (Melnyk, 2007).

Segundo os autores supracitados (Melnyk, 2012; Melnyk & Fineout-Overholt, 2015; Melnyk, 2017) e como anteriormente referido, os mentores são indivíduos que possuem conhecimento e competências no âmbito da PBE e da mudança organizacional, e que têm como função apoiar os clínicos na aquisição de conhecimentos e competências neste âmbito, desenvolver projetos de implementação, e gerar e integrar dados para melhorar a qualidade dos cuidados, bem como os resultados para os utentes e organizações e, por fim, avaliar esses mesmos resultados.

Segundo Melnyk e Fineout-Overholt (2015), a presença de mentores permite trabalhar com a equipa e desenvolver evidências internas, através de projetos de melhoria contínua da qualidade, bem como envolver a equipa na investigação, de modo a desenvolver evidências externas. Estes facilitadores potenciam também a utilização dessas mesmas evidências para promover melhores cuidados em saúde.

Também o *PARIHS Model* integra o papel dos facilitadores e os seus respetivos atributos e habilidades como uma das três componentes essenciais à implementação da PBE (Kitson et al., 1998; Rycroft-Malone et al., 2004).

Sugere-se, assim, que os elos de ligação mencionados pelos líderes formais como dinamizadores de grupos de trabalho e de projetos de melhoria contínua da qualidade, poderão ser considerados os facilitadores da PBE nos seus contextos clínicos. No entanto, para tal deverão apresentar conhecimentos e competências sobre este processo. Assim sendo, estudos de investigação futuros deverão avaliar o conhecimento e as competências no âmbito da PBE destes membros das equipas de enfermagem e, se necessário, implementar programas educativos sobre a implementação da PBE.

4.2. CULTURA ORGANIZACIONAL

O ambiente da saúde é altamente complexo pelo que as recomendações da evidência poderão não ser sempre aplicáveis, adequadas, significativas e efetivas num determinado contexto de prestação de cuidados (Jordan et al., 2019). Assim, a *Cultura Organizacional* foi uma categoria que emergiu como facilitadora e como barreira à implementação da PBE. Este achado é corroborado por um estudo de Hosseini-Moghaddam, Mohamadpour, Bahri, e Mojalli (2021), com 277 participantes (enfermeiros gestores), no qual os fatores organizacionais foram considerados como o domínio mais importante tanto como facilitador como barreira à PBE.

Especificamente, 12 participantes mencionaram aspetos da cultura organizacional que contribuía como barreira, nomeadamente a cultura organizacional na sua globalidade, a dificuldade do trabalho em equipas multidisciplinares e a comunicação nas organizações (E1, E2, E3, E5, E6, E7, E10, E11, E13, E14, E15 e E16). As seguintes unidades de significado evidenciam o descrito:

- *“Não apenas salarial, mas das dinâmicas, ou seja, eu tenho a perfeita noção que a exigência que é colocada, nomeadamente, na enfermagem no setor privado é diferente, não vou dizer que é maior ou menor, mas é diferente, daquela que é*

alocada no setor público... E isto traz muita inconstância daquilo que é a constituição das equipas e, portanto, eu costumo dizer que há um trabalho que vai muito para além daquilo que é o enquadramento salarial que é feito nas instituições privadas... há um trabalho de permanente apoio, de permanente disponibilidade...”;
“Na enfermagem muitas vezes ainda vivemos o drama de... temos que segurar as pontas todas de uma organização, em todo o lado é assim... e, portanto, muitas vezes, quando alguém não faz o seu trabalho lá tem que vir a enfermagem, dar o apoio, e, portanto, muitas vezes, focamos e perdemos grande parte da nossa energia no fundo nestas... amenidades, com todo o respeito, e fazem-nos perder um bocadinho foco daquilo que é a nossa missão aqui dentro...” (E1);

- *“Eu faço reuniões com a direção de enfermagem e que depois... tem aqui... que a direção de enfermagem é composta por todos os enfermeiros, os chefes e pelos enfermeiros supervisores, os gestores com funções de direção e os enfermeiros adjuntos... é claro que se a informação for bem difundida, ela chega a todos os enfermeiros. [...] Pronto, mas às vezes não é fácil, não é assim tão fácil quanto isso, não é? Porque todos nós sabemos...” (E5);*
- *“Há as barreiras culturais, não é? Porque há equipas muito mais predispostas para querer fazer mais e melhor, sempre... têm uma dinâmica de melhoria contínua, têm uma cultura implementada... depende sempre muito do líder, não é? O líder, não é por acaso que é crucial em todos os contextos... às vezes, o gestor formal não é líder e muitas vezes equipas habituaram-se a andar anos e anos sem desenvolver ações de melhoria e nesses contextos o arranque... tem tendência a ter mais resistências e vem de energia zero... se a máquina estiver a rolar e já houver uma cultura de contexto, que é promotora da mudança, que gosta de fazer bem, que promove um sentimento de realização profissional pelos resultados junto dos doentes... aí, o contexto cultural é muito mais fácil... portanto, a cultura, a predisposição... ou ser ou não ser uma organização aprendente, um serviço aprendente, um serviço que gosta de mudar...”;*
“Muitas vezes, a cultura é uma barreira gravíssima, gravíssima... eu conheço pessoas nesta casa que não fazem nem deixam fazer... e têm raiva a quem queira fazer o quer que seja de bom... [...] Porque como não sabem, não são capazes, detestam aqueles que querem fazê-lo... E, portanto, criaram nos seus contextos culturas de verdadeira circunscrição à mediocridade... Pronto, não querem que aconteça ali nada... querem paz e sossego e os que quiserem melhorar são mal vindos, não é? São mal recebidos...” (E6);

- *“Isso tem que... isso parte muito das equipas e muitas vezes também é cultural... tem que vir de cima essa disseminação e essas orientações. E quando não vem de cima essas orientações depois é mais difícil, portanto, isto em termos culturais é mais difícil. [...] Sim, tem de vir do topo, que as coisas têm de funcionar dessa forma em termos de equipa.”; “É a cultura. A cultura é a barreira.” (E10);*
- *“Eu costumo dizer muitas vezes aos... aos colegas que é assim... eu só consigo resolver aquilo que tiver conhecimento e nós temos, ainda,... hoje em dia... muita falta de comunicação... entre pares e interdisciplinar, acho eu... que há muita falta de comunicação, não é? Muitas vezes com motivos que podem ser, como é que eu hei de dizer (riso)... compreensíveis e outras vezes nem por isso...” (E15).*

Segundo o estudo supracitado Hosseini-Moghaddam et al. (2021), uma das barreiras identificadas foi a falta de cooperação entre médicos e enfermeiros na implementação da evidência. As seguintes unidades de significado evidenciam este resultado:

- *“Pronto, às vezes, às vezes... as barreiras, aquilo... as dificuldades que nós encontramos não são... ou as dificuldades que eu tenho encontrado não são, propriamente, dentro do seio da enfermagem, não são, não são de todo... são na própria, no próprio funcionamento da organização, e na forma como as coisas estão organizadas...”; “Um bocadinho da cultura institucional, também... porque nós ainda não conseguimos... eu acho que nós ainda não conseguimos dar o salto para a importância que é... para a importância que deve ser atribuída à equipa de saúde, nós temos que pensar que nós somos enfermeiros, temos um corpo de conhecimentos próprio, temos as nossas intervenções autónomas e que se foca... que está focada no cuidar e nas... e nas necessidades das pessoas, mas também temos intervenções interdependentes e trabalhamos com outros grupos profissionais, não é? Médicos, técnicos de diagnóstico de terapêutica, psicólogos... [...] E nós temos que ter a noção e hoje eu fico muito triste, porque ainda ouço muito discurso nós que... pá somos enfermeiros, somos... não, nós somos enfermeiros com corpo de conhecimentos próprios com as nossas intervenções autónomas que contribuem para os ganhos em saúde do doente, mas contribuem os nossos e contribuem o dos outros grupos profissionais. [...] Porque só os nossos não contribuem para nada. [...] não é? [...] Pronto, e por isso é que são tão tão importantes as intervenções autónomas como as intervenções interdependentes...” (E5);*

- *“Às vezes, encontro algumas barreiras, como por exemplo, os enfermeiros serem apelidados... ai você aqui não sabe, eu é que tenho de saber..., ou porque é cultura que ainda está um bocadinho despartilhada, não há ainda aquela cultura de nós numa equipa de vários profissionais, nós respeitarmos as nossas áreas de competência e há áreas que são comuns e que a gente tem que trabalhar... Eu assisti... eu considero que se assistiu a um retrocesso na área de enfermagem em que, hoje em dia, acham mais que os enfermeiros é para fazer os que lhe mandam e que não têm de pensar... ”; “Há enfermeiros jovens com medo de... de não fazer o que outros os profissionais lhe mandam e com receio de se... de terem capacidade de argumentar.” (E7);*
- *“E a discussão multidisciplinar que também é importante, mas que é difícil na instituição... a prática multidisciplinar é muito difícil... E, portanto, tem que ser mesmo os próprios profissionais... ”; “É a cultura institucional, porque os médicos... a cultura médica é muito fechada, e não permite muita abertura em termos de... há serviços que até permitem... também não posso generalizar, há serviços que envolvem as equipas de enfermagem no conhecimento, na investigação... dão muita autonomia aos enfermeiros. E é equipas muito boas nisso, mas a maioria, digamos que limita um bocadinho em termos de... do juízo do enfermeiro... Não permite, não permite muito essa interdisciplinaridade... Exato... mas penso que há equipas... e há equipas que já fazem isso... já têm essa multidisciplinaridade, já envolvem os enfermeiros, já discutem os assuntos clínicos, já respeitam a decisão clínica dos enfermeiros...” (E10).*

Sob outro ponto de vista, dez participantes referiram condições facilitadoras da cultura organizacional (E1, E2, E3, E5, E6, E8, E9, E12, E13 e E15). A implementação da PBE é influenciada pelo contexto de prestação de cuidados e pela cultura das organizações, sendo que uma cultura à luz dos pressupostos da PBE é considerada facilitadora (Melnyk & Fineout-Overholt, 2015). As seguintes unidades de evidenciam este pressuposto:

- *“Estrategicamente as instituições assumirem e, portanto, os líderes assumirem isso como fundamental.” (E1);*
- *“Tenho/dão-me todas as condições para eu desenvolver este tipo de projetos, obviamente que, pronto, isto são coisas que... e é preciso algum tempo ainda para nós chegarmos lá, mas há essa disponibilidade.” (E2);*

- *“O melhor recurso que nós temos para fazer isto é a comunicação... É uma boa estratégia de comunicação... É utilizar uma boa estratégia, porque se nós utilizarmos uma boa estratégia de comunicação... eu, ainda assim, acho que nós temos muito a melhorar, temos muito a melhorar, mas que já melhorámos, mas temos muito a melhorar... Se a informação chegar às pessoas... as pessoas, se quiserem agarrar a oportunidade, agarram... se não quiserem agarrar, também, se a informação não lhes chegar, também não a agarram... mas nunca poderão dizer, não, eu se tivesse tido esta informação tinha-me direcionado desta forma, ou tinha-me posicionado desta forma, e é isso, que eu não quero que aconteça, se estou a conseguir ou não? Pronto, o tempo o dirá, mas estou-me a esforçar para isso...”* (E5);
- *“Acho que a instituição também tem feito esse esforço... pronto, há todos os anos formação... pelo serviço de formação sobre áreas diversas... que não só, relativamente à enfermagem, mas também, relativamente... a... enfim, a coisas transversais a toda a instituição... E, portanto, ontem... ou anteontem... saiu o plano estratégico para a formação para 2022... E, portanto, temos ali um conjunto vastíssimo de temas... de temas... que ajudam-nos... é evidente que não pode ir toda a gente... mas, depois é sempre esta questão, a pessoa vai a um congresso, a pessoa vai a uma formação... façam um resumo, façam... tirem o sumo daquilo e transmitam-no à equipa... e transmitam... de facto, porque senão, aquilo fica muito limitado à pessoa... e limitado à pessoa... vai embora... eu costumo dizer, eu quando estou a replicar alguma coisa que aprendi, ou melhor... que esteja eu a tentar transmitir aquilo que eu aprendi num congresso eu próprio... o esforço que eu estou a fazer de... de constituir um raciocínio para transmitir... eu próprio já estou a interiorizar mais aquilo... se eu não voltar a falar naquilo... aquilo vai-se... apaga-se... mas se eu tivesse feito... tivesse feito este trabalho... de disseminar... eu próprio vou ficar com esse conhecimento muito mais sedimentado... do que se não o fizer... e, portanto, é importante que as pessoas...”* (E8);
- *“Eu acho que, presentemente, a cultura institucional tem uma grande preocupação em projetos, em... em estarmos no topo daquilo que é a atualidade...”* (E13);
- *“Tanto com o enfermeiro gestor, como com o enfermeiro que presta cuidados gerais, como o especialista, como assistente operacional, como o assistente técnico, todos eles sabem que normalmente tenho uma filosofia porta-aberta, digamos assim... e se a Enfermeira [omissão de nome original] que está ali hoje, se quiser vir falar*

comigo sabe tem 90% de probabilidades de chegar ali... olhe, posso falar com o Enfermeiro Diretor e vem falar...”; “Nós a cultura organizacional nesta dimensão é muito diferente daquilo que são os hospitais grandes... aqui as pessoas, muito facilmente, interiorizam aquilo que é esta... esta filosofia do próprio hospital... e, portanto, eu acho que isso é sempre um aspeto facilitador.” (E15).

A cultura é uma dimensão comum em alguns modelos da PBE, nomeadamente o *ARCCC Model* incorpora a cultura, na medida em que aquando do início do processo de implementação da PBE, a avaliação da cultura organizacional deverá ser realizada (Melnyk, 2012; Melnyk & Fineout-Overholt, 2015; Melnyk, 2017). No *JBI Model of Evidence-Based Healthcare* a cultura consta como um princípio geral (Jordan et al., 2019). O *PARIHS Model* descreve que o contexto, no qual se insere a cultura, influencia o sucesso da implementação da PBE (Kitson et al., 1998; Rycroft-Malone et al., 2004). Rycroft-Malone et al. (2004) destacaram também a dependência da implementação da PBE ao contexto envolvente, não implicando apenas a identificação da melhor evidência. Também o *Johns Hopkins Nursing Evidence-Based Practice Model* identifica a cultura como um fator organizacional interno que influencia a implementação da PBE (Dearholt & Dang, 2012). Assim sendo, os presentes modelos corroboram os achados apresentados, nos quais se evidencia a influência da cultura organizacional na PBE.

4.3. AFASTAMENTO ENTRE A ACADEMIA E A CLÍNICA VERSUS LIGAÇÃO DA ACADEMIA À CLÍNICA

O *Afastamento entre a Academia e a Clínica* foi mencionada como uma barreira à implementação da PBE por oito líderes formais de enfermagem (E1, E2, E3, E6, E7, E11, E15 e E17). Os informantes referem que a ligação entre as escolas e os serviços de saúde necessitam de ser mais consistentes, o horário dos enfermeiros da prestação de cuidados/líderes formais deveria contemplar tempo útil para a colaboração com as escolas, bem como os serviços de saúde deveriam estar envolvidos no desenvolvimento dos planos curriculares:

- *“Para ser muito honesto, eu penso que não, eu entendo que, apesar de nos últimos anos, se ter verificado uma maior aproximação... Eu penso que isso é notório, eu julgo que deveria de haver, nomeadamente, na área da enfermagem uma ainda maior proximidade e... e de alguma forma institucionalizarmos essa via de partilha de conhecimento...”; “Eu continuo sem perceber, porque é que... isto tem muito a*

ver com, nomeadamente, administração do sistema de saúde, porque é que profissionais de enfermagem que estão na prática não podem estar verdadeiramente ligados e com tempo disponível para estar ligados à academia... [...] E, portanto, facilitarmos ainda mais estes canais de partilha de conhecimento... Se eu tiver um enfermeiro chefe, que ao mesmo tempo é enfermeiro chefe num determinado serviço e ao mesmo tempo é professor na escola... [...] ok? E que isto seja viável do ponto de vista profissional... Portanto, esta ligação... [...] Porque é que não o é? Porque é que alguém tem que fazer isto para além do seu tempo? [...] De trabalho semanal, ainda tem...”; “Porque não havendo esta ligação, de facto, de muitas vezes dos líderes à própria academia, não é? Que eu julgo que é um passo que tem de se dar... Tem de se dar... Mais tarde ou mais cedo, formalmente, não pode ficar só à mercê daquilo que é a disponibilidade de alguém de fora do seu horário de trabalho, poder colaborar, sabemos que isso é frágil do ponto de vista de...” (E1);

- *“Eu acho que as escolas quando têm parceiros avançados como o HP-EPE [substituído nome original do hospital] deviam ouvir mais os parceiros... porque eles formam enfermeiros para trabalhar aqui... a maioria dos enfermeiros que eles formam vêm trabalhar para aqui... E, portanto, nós somos os primeiros... os principais clientes... não somos só o principal local de estágio como somos os principais clientes dos diplomados... portanto, nós deveríamos ter muito mais participação, muito mais influência no desenho dos curricula... sempre que há uma revisão curricular devíamos ser chamados e não somos... isto é um olhar de si para si em vez de um olhar para os stakeholders... Quem são os stakeholders da escola? Somos nós... são muitos, mas nós, HP-EPE [substituído nome original do hospital], somos o principal... e não somos chamados a opinar sobre essa matéria... E, portanto, perpetuamos estudantes biomédicos por séculos, por séculos, amém... esta é a verdade, não é? E precisávamos dessa visão, mas também precisamos dessa visão no HP-EPE [substituído nome original do hospital]... ou seja, o HP-EPE [substituído nome original do hospital] também tem perpetuado isto por década e décadas... só agora, de há 10 anos para cá, 11 anos é que isto está a começar a mudar e leva muito tempo, não é? Portanto, eu não creio...” (E6);*
- *“Eu acho que devia haver uma parceria muito maior entre a escola e os serviços...”; “Eu gostava que fossem feitos... mais trabalhos aqui no meu serviço também, no sentido de... de coisas de investigação, investigações realizadas, não é? [...] No sentido de podermos melhorar, de poderem dar o contributo para uma melhoria da*

prática, não é? Devia ser feito mais vezes isso... isso devia ser feito mais vezes... muitas vezes, nós temos dificuldade em iniciar... os processos são dificultados, a gente quer fazer qualquer coisa e são trinta mil problemas.... E nós desistimos e já não fazemos...” (E11);

- *“Os enfermeiros da prática também estão muito desligados da escola...”; “É isso que acontece... Tenho agora também um exemplo muito claro... ali a questão do bloco, tenho colegas a trabalhar há 15 anos no bloco e que nunca tiveram nenhuma ligação com a escola... e, portanto... o conhecimento científico para elas era difícil de assimilar...”; “As parcerias e os protocolos que nós fazemos com as escolas de enfermagem incidem muito num só ponto que é a grande dificuldade que eles têm de encontrar locais de estágio para os alunos... pronto, esse é o bolo... [...] Quando eu sou bombardeado quase todos os meses, precisamos de pôr aí alunos para estagiar... para não sei quê... [...] Mas depois, muitas vezes, fica por aí... [...] E não pode ser, não pode ser... aliás tem de ser feito outro caminho que nós vamos tentar construir... [...] Além desse... dos estágios, temos muito gosto em receber alunos e recebemos muitos, mas isso, às vezes, não chega, não é?” (E15).*

Segundo Van Oostveen, Goedhart, Francke, e Vermeulen (2017), num estudo desenvolvido em hospitais universitários holandeses, verificou-se que a cultura, atualmente presente na enfermagem, enfatiza a prestação de cuidados diretos, evidenciando-se lacunas no apoio aos enfermeiros que combinam a prática clínica com a docência (educação em enfermagem), contrariamente ao sucedido na classe médica. O estudo supracitado demonstrou também que os participantes estavam cientes dos contributos positivos destes enfermeiros para os cuidados de enfermagem, pela combinação da sua atividade profissional na prática clínica e na docência. Especificamente, estes profissionais podem contribuir para uma educação clinicamente mais relevante, para estabelecer questões de investigação (questões clínicas) mais pertinentes para a prática clínica e, conseqüentemente, implementar esses mesmos resultados da investigação com maior sucesso. Os participantes deste estudo revelaram também que as combinações da investigação com a prática clínica e da investigação com a educação são mais valorizadas na cultura de enfermagem do que a combinação da prática clínica com a educação.

Também num estudo desenvolvido por DeBruyn, Ochoa-Marín, e Semenic (2014) na Colômbia, o afastamento entre as instituições de ensino e as instituições de cuidados de saúde foi identificada como uma barreira à implementação da evidência. Os participantes

incluídos no presente estudo mencionaram a existência de uma lacuna na comunicação entre as academias e as instituições de cuidados de saúde. Neste estudo, os sujeitos referiram também que os enfermeiros da prática clínica não usufruem das oportunidades de investigação disponíveis e, sob outro enfoque, a investigação em enfermagem realizada pelas instituições de ensino não é vista como pertinente para a prática clínica. A seguinte unidade de significado evidencia a presença desta lacuna:

- *“Eu considero que na área da investigação tem que haver as pessoas teóricas que formulam as suas questões, as questões de investigação que emergem e tem que haver quem na prática também olhe com um olhar diferente e perceba que há ali alguma coisa que se está a fazer na prática, que pode ser alvo de investigação e que não está a ser consolidado. Porque, às vezes, o que acontece nos trabalhos de investigação é que corre-se o risco de quem está na teoria, criar uma questão de investigação, um projeto de investigação que está desenraizada da prática e que não vem responder às necessidades nem dos profissionais, nem dos doentes, nem das destendências em saúde. E por outro lado na prática, as pessoas não estão ainda consciencializadas para a necessidade de investigação e, portanto, não dão o devido valor ao conhecimento que é adquirido, que existe muitas das vezes nos contextos práticos, que é detido por colegas que trabalharam durante muitos anos que têm um saber que não está justificado, porque não houve ninguém da área de investigação que olhasse com outro olhar e dissesse, está aqui matéria para investigar isto, vamos fazer aqui um trabalho e fundamentar esta área. E é essa parte que ainda, século 21, nós ainda não demos este salto e eu considero que tem que se trabalhar, esta é minha opinião por aí.” (E7).*

Indo ao encontro do descrito, Adib-Hajbaghery (2007) sugere no seu estudo que os investigadores de enfermagem em interligação com os enfermeiros devem estabelecer prioridades na investigação, de forma a desenvolver estudos de qualidade pertinentes para a prática clínica.

No entanto, segundo DeBruyn et al. (2014), os participantes incluídos referiram que a investigação em contextos clínicos era dificultada por diferentes fatores, nomeadamente pelos processos de submissão dos projetos às comissões de ética dos hospitais e pela solicitação dos consentimentos informados aos doentes.

Apesar dos presentes estudos terem sido desenvolvidos em países culturalmente diferentes, estes resultados corroboram os achados supracitados nas unidades de significado pelos líderes formais, retratando-se de uma problemática presente.

Sob outro enfoque, 10 participantes referiram a Ligação da Academia à Clínica como um facilitador (E1, E2, E4, E6, E8, E10, E13, E14, E15 e E17). Os líderes formais referem que a ligação dos enfermeiros às escolas pela via formativa pós-graduada e pela via da docência, a presença de alunos nos contextos clínicos, bem como os protocolos estabelecidos entre as instituições de ensino e de saúde são considerados facilitadores na implementação e sustentabilidade da PBE. Estes achados são evidenciados nas seguintes unidades de significado:

- *“A ligação efetiva da academia com os contextos clínicos é fundamental para nós darmos robustez a todo este processo...”; “Eu penso que os serviços de saúde tinham muito a ganhar em ter gente verdadeiramente ligada à academia... [...] Porque é gente que está constantemente a beber conhecimento, a experienciar novas realidades, a partilhar fóruns interpares de diferentes domínios... [...] Exatamente e, portanto, isto ajudaria muito a fortalecer aquilo que são os sistemas de saúde, independentemente, de serem públicos ou privados, é o sistema de saúde per si... portanto, ter esta gente ligada às diferentes áreas...” (E1);*
- *“Olhe, por exemplo, termos alunos, acho que é muito facilitador, porquê? Porque sempre que temos alunos... Ao início, quando comecei a exercer funções nem tínhamos e depois é... houve essa possibilidade que o enfermeiro diretor me colocou e eu agarrei mesmo, pronto, de braços abertos... porque achei sempre que é muito produtivo virem ideias novas...” (E4);*
- *“E isso é facilitador desses processos, não só de virem cá investigar, como também de virem cá fazer implementação da evidência...” (E6);*
- *“A construção de parcerias entre a escola no sentido de, mas isso às vezes também se faz já com algumas áreas... no sentido dos alunos, e os ensinamentos clínicos também são muito isso, facilitam muito, às vezes, a melhoria na... da evidência.”; “O conhecimento que o próprio profissional traz da escola atualizado, não é? Muitas vezes também vem ajudar as próprias equipas... Portanto, são estas parcerias.” (E10);*
- *“Nós... já temos alguns protocolos instituídos, temos situações em que nos dão um acesso facilitado à... ou diminuir a questão das propinas para estimular também a*

ida dos nossos enfermeiros a fazer formação, mas é pouquinho... acho que tem que haver um trabalho de mais proximidade... [...] E nós vamos fazer esse serviço no caminho do envelhecimento... depois há outros que podem também ser feitos, há muitas possibilidades...” (E15).

Como referido por Bvumbwe (2016), o ensino de enfermagem implementado em parceria clínica é fundamental para os cuidados de enfermagem e para o sistema de saúde. Também no estudo desenvolvido por DeBruyn et al. (2014), os participantes identificaram as parcerias entre as academias e as instituições clínicas como um facilitador à PBE, especificamente a presença de professores de enfermagem nos contextos clínicos permite apoiar os enfermeiros a implementar a PBE. Os benefícios dessas parcerias foram também relatados por Fineout-Overholt et al. (2005) e por Renolen et al. (2020).

Além disso, segundo o *International Council of Nurses* (2012), os investigadores devem trabalhar em colaboração com os consumidores dos seus resultados, de modo a estarem todos alinhados/comprometidos com a PBE. É evidente também que este processo é difícil, contudo, a ausência destas parcerias resulta no desperdício de recursos e no *handicap* entre a evidência produzida e a sua implementação na prática clínica.

4.4. DESMOTIVAÇÃO VERSUS MOTIVAÇÃO E COMPROMETIMENTO

A *Desmotivação* foi considerada por oito participantes uma barreira à implementação da PBE (E2, E3, E4, E5, E6, E10, E12 e E13). A presente categoria emergiu pelas seguintes unidades de significado:

- *“Nem os próprios profissionais estão motivados... quem faz a sua... a sua formação especializada, não se sentem motivados para o exercício daquilo que aprenderam, o que é mau.” (E2);*
- *“O profissional quando sai da escola tem muito pouca vontade de procurar os conhecimentos.”; “Eu sinto que as gerações mais novas, tirando raras exceções, porque as há, são um bocadinho desinteressadas.”; “As pessoas não fazem melhor, porque não querem, porque a informação está toda ela acessível. Agora, nós depois vamos a perguntar, quantos de nós chegam a casa e procuram evidência ou fazem uma coisa no dia-a-dia que não ficam confortáveis e depois vão procurar? Não, isso não acontece. Tenho de ser realista. Por muito que eu tente...” (E3);*
- *“As pessoas querem, muitas delas, levar o ordenado ao fim do mês... e ponto... E são mal pagos e na verdade são... mas como a motivação é sobretudo uma motivação*

extrínseca na sociedade pós-moderna, eu faço... eu desenvolvo o meu esforço em função do que tu me dás... o que é que eu ganho com isso? E o que eu ganho com isso é muito extrínseco... é pouco intrínseco e é pouco transcendente, não é? É uma questão cultural global da sociedade...” (E6);

- *“Às vezes, a automotivação... os profissionais, às vezes, também não estão automotivados... e às vezes nem com motivação externa... [...] conseguem fazer essa pesquisa... têm que ter também alguma motivação intrínseca, não é?” (E10).*

Estes achados são corroborados pelo estudo desenvolvido por Tacia et al. (2015), no qual os gestores referiram que os enfermeiros se encontram desmotivados no processo de implementação da PBE.

A disseminação da evidência científica e a justificação da mudança a planear e a implementar aumenta a motivação dos profissionais (Melnyk & Fineout-Overholt, 2015). Indo ao encontro do descrito, a *Motivação e o Comprometimento* foram considerados facilitadores por sete participantes (E1, E6, E8, E11, E12, E16 e E17). Os líderes formais referem que o envolvimento dos enfermeiros no processo de implementação da PBE, bem como a sua motivação e, conseqüentemente, o seu comprometimento são facilitadores:

- *“E o envolvimento das equipas neste... neste... percurso, digamos assim, é... é... fundamental...”; “Motivo-os e é uma equipa motivada e, porque... é fácil de fazer compreender que, se pudermos... se temos ferramentas, se temos orientações, se temos... se há evidência de conhecimento científico mais atualizado, e que o podemos utilizar... só... só... podemos aproveitar... não... não... não podemos continuar a fazer como se fazia...” (E8);*
- *“A disponibilidade também de... da... de... das pessoas, porque a motivação... estou a falar... [...] Estou a falar, em termos de... enquanto nós, cada um de nós, se... se tivermos motivação... [...] Motivados para desenvolver mais e melhor é... é também uma... é uma arma importante... muito importante...” (E12);*
- *“Tendo uma equipa motivada, os cuidados são melhores...” (E16).*

Como referido por Yukl (2013), o comprometimento com uma dada tarefa/ação é considerado um determinante para o desempenho individual, tendo os líderes um papel fundamental na motivação e comprometimento dos seus seguidores.

Vale salientar que não foi identificada nenhuma unidade de significado correspondente à categoria *Desmotivação* nas entrevistas no HP-SPA e, por outro lado, a *Motivação e o*

Comprometimento dos enfermeiros foram identificados como facilitadores neste mesmo contexto.

4.5. RESISTÊNCIA À MUDANÇA

A *Resistência à Mudança* foi considerada uma barreira por oito participantes (E2, E4, E6, E8, E10, E11, E15 e E16):

- *“A barreira está nos transformadores de mudança, aqueles que são velhos do restelo, que não gostam de mudar, têm uma resistência à mudança mais musculada... E como são eles mesmo os influenciadores do grupo tomam aquelas atitudes dissuasoras: ah, não te metas nisso, não faças isso, para quê esse trabalho... este tipo de coisas... [...] Exatamente... sempre fizemos assim, o que é que esses vêm para aqui agora chatear-nos... temos tanto trabalho, falta-nos tanto pessoal... o que é que eles querem agora ainda? [...] Temos de fazer tanta coisa no serviço com tão pouco e ainda querem que façamos mais... Este tipo de... conhecer os fazedores de opinião... eles muitas vezes são obstáculo à mudança, não é?”* (E6);
- *“Fazemos, porque já fazemos assim há muitos anos, e então, porque não muda? Aí, sempre fizemos assim, e as pessoas têm alguma resistência à mudança, e não vão pesquisar...”* (E10);
- *“As pessoas são resistentes à mudança, não é? Não é fácil mudar... [...] Mudar é mudar-nos e nós não gostamos de nos mudar... Eu... eu acho que a resistência à mudança é normal... é um processo normal... eu encaro-a assim... Portanto, eu sei que quando proponho alguma coisa... ou é uma coisa muito muito desejada ou as pessoas resistem... não é? E por isso, eu tenho que... quando faço a proposta, estar preparada para...”; “Sabendo sempre que tenho na minha equipa, como em todas as outras, quase de certeza... aquelas pessoas que aderem muito facilmente e que dizem: Que bom, vamos lá, partimos para essa... e aquelas que nem por isso, não é? Que pois... Olha, mais uma, só faltava mais esta...”* (E11).

Estes achados são corroborados por diferentes estudos, onde referem a resistência à mudança como uma barreira à implementação da PBE (Jordan et al., 2016; Melnyk et al., 2012; Melnyk & Fineout-Overholt, 2015; Shayan et al., 2019; Solomons & Spross, 2011). Especificamente, segundo Jordan et al. (2016), dos enfermeiros incluídos na amostra do estudo citado, 59% referiu resistência à mudança da prática tradicional para a PBE.

4.6. LIDERANÇA

A *Liderança* foi considerada um facilitador à implementação da PBE por três líderes formais de enfermagem (E6, E10 e E14), os quais referem a importância da liderança e dos enfermeiros gestores neste processo. Como referido por Aarons et al. (2014), Shuman et al. (2018) e Stetler et al. (2014), a liderança facilita o processo de implementação da PBE. No entanto, apenas três líderes formais de enfermagem referiram a liderança como um facilitador a este processo, quando questionados sobre os facilitadores à PBE, tal como retratam as seguintes unidades de significado:

- *“São os líderes.”; “Alguns contextos estão condenados ao sucesso e outros estão condenados à perpetuação da mediocridade... consoante os gestores que lá tenham sejam ou não sejam líderes... no verdadeiro sentido da palavra...”* (E6);
- *“A liderança é muito importante.”* (E14).

A liderança é integrada na componente do contexto do *PARIHS Model*, sendo considerada essencial para a implementação da PBE (Kitson et al., 1998; Rycroft-Malone et al., 2004). Também no *JBI Model of Evidence-Based Healthcare*, no que concerne à implementação da evidência e, mais especificamente, à facilitação da mudança, os autores consideram a utilização da liderança para o envolvimento dos *stakeholders*, com vista à alteração das práticas e à abordagem facilitada das barreiras organizacionais reais ou potenciais (Jordan et al., 2019).

Indo ao encontro do descrito, o apoio e o incentivo dos líderes/gestores na promoção de uma cultura de PBE são fundamentais para a sua implementação e sustentabilidade nas instituições de cuidados de saúde, pelo que a sua resistência a este processo poderá tornar-se numa barreira (Melnik et al., 2012; Melnik & Fineout-Overholt, 2015). Tal como evidenciado nesta unidade de significado:

- *“Senão é o cuidado do enfermeiro gestor... ter atenção, e ter em conta... essas práticas baseadas na evidência científica... pode acontecer que os cuidados já tenham um bocadinho ultrapassados... em determinados serviços não há esse acompanhamento e esse rigor científico...”* (E10).

Salienta-se, assim, que a liderança é fundamental para a implementação da PBE. No entanto, apenas três participantes a mencionaram, verificando-se que poderão não se apresentar consciencializados sobre a sua influência positiva neste processo.

4.7. ORGANIZAÇÃO QUE REGULA O EXERCÍCIO DA PROFISSÃO

A *Organização que Regula o Exercício da Profissão* foi considerada um facilitador à PBE por dois participantes (E1 e E2). Tal como descrito nas seguintes unidades de significado:

- *“Eu julgo que se nós deixarmos à vontade de cada líder, essa possibilidade de implementar estratégias para sistematizar isto, penso que não vamos lá... Obviamente tem que haver aqui uma estratégia global ou pela ordem dos enfermeiros... [...] ou pelas próprias organizações que de alguma forma sistematizem e passem a mensagem de que isto é para ser assumido como estratégia organizacional. Não podemos deixar isso também muito à mercê das características de cada liderança e, portanto, tem que haver aqui algum trabalho de sistema que, de alguma forma, ajude a que cada líder depois no seu contexto, cada gestor, operacionalize isso e aí sim depois as suas características de liderança podem influenciar ou não a maior adesão a determinadas...”; “Depois um grande alinhamento com... tudo aquilo que, nomeadamente, a ordem dos enfermeiros também vai emanando para o exercício profissional da enfermagem e, portanto, contempla tudo o que tem a ver com a área da investigação...” (E1);*
- *“Por um lado, a ordem reforçar... o exercício destas práticas junto dos enfermeiros e junto das unidades de saúde, fazer disso uma regra.” (E2).*

Indo ao encontro dos presentes achados, como mencionado por Melnyk e Fineout-Overholt (2015), os órgãos reguladores e formuladores de políticas em saúde devem defender e exigir a implementação da PBE nas instituições de cuidados de saúde.

Inúmeras organizações nacionais e internacionais têm apoiado e exigido a implementação e sustentabilidade da PBE nas instituições de saúde. A WHO, num documento intitulado de *“Facilitating evidence-based practice in nursing and midwifery in the WHO European Region”*, evidencia que é imperativo que os países europeus estejam conscientes dos benefícios da implementação da PBE e, conseqüentemente, se centrem na melhoria da qualidade dos cuidados de saúde prestados (Jylhä, Oikarainen, Perälä, & Holopainen, 2017). A Direção-Geral da Saúde (2021, p.188) integra “A valorização da informação, da comunicação, da ciência, do conhecimento e da inovação” como uma das 10 recomendações do Plano Nacional da Saúde 2021-2030. A OE (2006) considera também que a PBE é um pressuposto para a excelência dos cuidados de enfermagem, para a segurança da pessoa cuidada, bem como para a promoção de melhores resultados de enfermagem. O *International*

Council of Nurses (2012) refere também a implementação da PBE como fundamental na enfermagem.

4.8. REUNIÕES MULTIDISCIPLINARES

As *Reuniões Multidisciplinares* foram consideradas facilitadoras à implementação da PBE por dois participantes (E5 e E17):

- *“Fazemos aqui obrigatoriamente... nós aqui, todas as semanas... nos outros lados, todos os meses fazem uma reunião, nós aqui à terça-feira fazemos uma reunião, onde está presente, eu, o enfermeiro de reabilitação, a fisioterapeuta, o médico, a assistente social e a psicóloga. [...] E onde discutimos cada doente e o contributo de cada um, e a opinião de cada uma face àquela situação. [...] Que ganhos é que já houve, é preciso mais alguém intervir e como é que vai ser a alta...”* (E17).

As reuniões multidisciplinares consistem em momentos, nos quais diferentes profissionais de saúde com corpos de conhecimento diferentes discutem e analisam as opções de tratamento e de cuidados para os utentes. Estas reuniões facilitam uma abordagem holística aos cuidados à pessoa (Ministry of Health, 2012).

Indo ao encontro do descrito, a comunicação e colaboração interdisciplinar foi considerada um facilitador no avanço da implementação da PBE (Tacia et al., 2015). Melnyk e Fineout-Overhol (2015) consideram também que a colaboração entre profissionais multidisciplinares permite implementar e sustentar a PBE nas instituições de cuidados de saúde. Desta forma, sugere-se que a realização das reuniões multidisciplinares deve ser integrada na filosofia das instituições de cuidados de saúde, possibilitando a eliminação das barreiras acima citadas no trabalho multidisciplinar.

Por fim, após a análise das barreiras e facilitadores à implementação da PBE identificadas pelos líderes formais de enfermagem, é possível referir que os recursos necessários para este processo na perceção dos líderes são: o tempo, os recursos humanos, o conhecimento, os recursos materiais e digitais e os peritos.

5. PAPEL DOS LÍDERES FORMAIS DE ENFERMAGEM NA IMPLEMENTAÇÃO E SUSTENTAÇÃO DA PRÁTICA BASEADA NA EVIDÊNCIA

A abordagem da liderança é focada no papel fundamental dos líderes para o sucesso das organizações, dos projetos e das mudanças (Meindl et al., 2004). A liderança pode ser definida segundo as características e os comportamentos de um indivíduo, a influência que exerce sobre os outros, os padrões de interação no grupo/ organização e a ocupação de uma posição administrativa (Yukl, 2013).

Posto isto, no que concerne ao domínio *Papel dos Líderes Formais de Enfermagem na Implementação e Sustentação da PBE*, através da análise das 17 entrevistas, emergiram as seguintes categorias: *Comportamentos* e *Caraterísticas* (**Apêndice IV – Tabela 5**).

5.1. COMPORTAMENTOS

Na perspetiva dos líderes formais de enfermagem consideram apresentar comportamentos *Facilitadores* (11 participantes) e *Motivacionais* (sete participantes), sendo estas as subcategorias.

Onze participantes referiram assumir um papel de *Facilitadores* no processo de implementação e sustentação da PBE (E1, E3, E5, E6, E7, E8, E9, E10, E12, E16 e E17), tal como evidenciado nas seguintes unidades de significado:

- “Desde logo é... é passar a mensagem e integrar naquilo que são os planos de atividades da direção de enfermagem... a institucionalização de momentos específicos para isso, alinhar indicadores de participação dos elementos nas diferentes atividades de disseminação do conhecimento e, portanto, fazer disto quase uma obrigação...” (E1);
- “O meu papel é sempre um papel facilitador... é sempre um papel facilitador, no sentido de proporcionar às pessoas, tudo aquilo que estiver ao meu alcance e as melhores ferramentas para que as pessoas possam prestar os melhores cuidados.” (E5);
- “Eu sou um pouco o pivô da promoção da implementação.” (E6);
- “O meu papel é só de facilitadora, é só de... um bocadinho, abanar as mentes das pessoas, tirá-las da sua zona de conforto e abrir-lhes outros horizontes.” (E7);
- “Acima de tudo facilitador, de facilitador...”; “Dar-lhe recursos, dar-lhe tempo e incentivá-los também a disseminar as boas práticas.” (E17).

Segundo Yukl (2013), as definições de liderança incorporam o processo de facilitar as atividades, através da influência exercida pelo líder. Os líderes devem colmatar as barreiras existentes e proporcionar aos profissionais de saúde recursos e apoios para implementar e sustentar a PBE nas instituições de cuidados de saúde (Melnyk & Fineout-Overholt, 2015). Tal como referido no capítulo anterior, o apoio e o incentivo dos líderes/gestores na promoção de uma cultura à luz da PBE é essencial para a sua implementação e sustentabilidade nas instituições de cuidados de saúde (Melnyk et al., 2012; Melnyk & Fineout-Overholt, 2015).

Sete líderes formais de enfermagem referiram comportamentos *Motivacionais* no âmbito da implementação e sustentação da PBE (E2, E4, E7, E8, E11, E13 e E17), tal como demonstrado nas unidades de significado infracitadas:

- *“Eu trabalho um bocadinho a área da liderança pelo exemplo e pela motivação das pessoas...” (E7);*
- *“Valorizar aquilo que as pessoas fazem... valorizar, apresentar, ainda agora, fizemos uma apresentação deste... deste trabalho das úlceras de pressão... isto depois incentiva e motiva a equipa... a equipa fica orgulhosa... epa, nós estamos a fazer um bom trabalho... acho que toda a gente gosta... de sentir que aquilo que está a fazer é positivo e que é reconhecido.” (E8);*
- *“O meu papel... o meu papel é sempre muito... o que eu... a minha forma de as motivar... é... eu própria estar muito atualizada e estar muito dentro daquilo que se... daquilo que se... que hoje se sabe acerca de saúde materna, acerca de... acerca do... da gravidez... da normalização... da não medicalização da gravidez, do fomentarmos na gravidez a... sem tanta intervenção médica... é estar muito atualizada nisso e acreditar muito nisso e tentar passar-lhes esta...” (E13).*

Segundo Yukl (2013), os efeitos motivacionais dos líderes são mais prováveis de ocorrer quando a visão do mesmo é congruente com os valores dos seguidores. Como referido anteriormente, a *Motivação e o Comprometimento* foram considerados facilitadores à implementação da PBE pelos líderes formais de enfermagem incluídos no presente estudo, sugere-se, assim, à luz destes achados que comportamentos motivacionais dos líderes formais fomentarão uma cultura à luz da PBE.

Como evidenciado por Stetler et al. (2014), comportamentos dos líderes formais e informais de enfermagem, nomeadamente de inspiração, de intervenção ativa e de envolvimento na

PBE, de educação e moldagem de papéis, de monitorização e de feedback, e de implementação, bem como de implementação de projetos no âmbito da PBE são comportamentos da liderança funcionais que promovem a implementação e sustentação da PBE nas instituições de cuidados de saúde. Os mesmos autores referem também o pensamento estratégico, a comunicação, a criação e a sustentação de uma cultura de PBE como comportamentos de liderança transversais que contribuem para este processo. Este estudo evidencia, assim, o papel dos líderes neste processo, como facilitadores e motivadores, corroborando os resultados demonstrados.

Segundo a perceção dos enfermeiros das equipas, num estudo de Shuman et al. (2018) concluiu-se que os comportamentos dos enfermeiros gestores encontravam-se significativamente relacionados com a implementação da PBE, principalmente através dos seus comportamentos de liderança. Indo ao encontro da fundamentação já descrita, também segundo Birken et al. (2018), os enfermeiros gestores podem desempenhar um papel importante como facilitadores da implementação da PBE.

5.2. CARACTERÍSTICAS

Na perceção dos entrevistados das instituições de cuidados de saúde incluídas as características dos líderes formais de enfermagem inserem-se nas *Habilidades e Expertise* (11 participantes), na *Consideração pelos Seguidores* (oito participantes) e nos *Valores* (quatro participantes).

Relativamente às *Habilidades e Expertise*, os líderes formais de enfermagem referiram competências e capacidades no âmbito da liderança para a implementação e sustentação da PBE, nomeadamente a gestão de prioridades e de conflitos, a capacidade de adaptação à mudança, de negociação, de motivação e de decisão, a determinação, a referência no conhecimento, a inovação, a iniciativa, a visão, a exigência e a autoconsciência do papel de líder (E1, E2, E3, E4, E6, E7, E10, E11, E12, E13 e E17):

- “*Se alguém, de facto, é líder, ou pelo menos, aspira a ser, formal ou informal... deve ter presente sempre alguns princípios básicos daquilo que faz parte da liderança... Primeiro, uma verdadeira noção das prioridades.*” (E1);
- “*Tem de ser um inconformado, não é? Tem de ser uma pessoa que não faz por fazer. Não faz, porque viu fazer. Questiona, procura, informa-se, estuda... Isso... é assim, isso é essencial... mas não é só na enfermagem, em qualquer profissão. Se nós pararmos e dissermos assim, tudo o que eu aprendi na escola é o que eu sei e agora*

vou ser enfermeiro 40 anos, e não é preciso estudar mais nada nem saber mais nada, não é? E depois limito-me a ver, aí fazem assim, também vou fazer assim... isso não...” (E3);

- “A autoconsciência de papel de líder, saber que ele é... o principal agente de mudança ou que deveria ser...”; “Ter visão... conseguir olhar para a frente e deslumbrar um futuro melhor... depois, saber comunicar essa visão à sua equipa... nós podemos fazer melhor, eu gostaria que fizéssemos melhor amanhã, para bem dos doentes... até para nossa imagem... e, portanto, esta é a minha visão, o que eu vejo que possamos vir a fazer no futuro é isto... e o caminho para lá chegar, o plano que eu traço a partir da minha visão é este... e depois tem de ser capaz de envolver o seu grupo, ser o negociador... não só de ter a visão e de a comunicar, mas fazer perceber ao grupo que aquilo é realizável, e que se contar com eles... podem conseguir... esta noção de saber ver, comunicar e planear... saber mobilizar os recursos da equipa para, efetivamente, concretizar aquilo que propõe... tem de ser um bom influenciador, não é? Alguém que ajuda as pessoas a fazer coisas, que as consegue munir em prol de objetivos... fazê-las desenvolver esforços em prol de objetivos... acho que são assim características fundamentais, não é? Portanto, tem de ser... [...] Neste aspeto também um bom comunicador... E tem que saber conquistar, ganhar, envolver, motivar... é muito por aqui, a missão, as características assim mais essenciais...” (E6);
- “A primeira coisa é ser uma referência... eu acho que o líder tem de ser uma referência... [...] Uma referência no conhecimento, uma referência no comportamento, uma referência... não é? Eu tenho que ser... eu não posso estar a exigir aos outros o que eu própria não faço... não é? Se não é difícil reconhecerem-me, é difícil valorizarem aquilo que eu... e, portanto, eu não posso estar a dizer que é importante mobilizarem o conhecimento e depois eu ir fazer o contrário por trás...”; “Nós temos que ser exigentes... [...] Nós temos que ser exigentes... nós temos que fazer sentir às pessoas que elas estão aqui para trabalhar... para trabalhar bem... elas não estão aqui para trabalhar mal... Tenho muito trabalho... É o que é esperado... Oh chefe, eu venho para aqui, eu trabalhei o dia todo... Pois, eu também não a chamei para ela estar a descansar, não é? Eu chamei-a para ela... (riso).” (E11);
- “Eu ia dizer que... uma das competências é... primeiro, saber bem gerir conflitos. As equipas de trabalho são equipas com... com muitas pessoas... muitas vezes até

nem sempre... a aceitação da pessoa com maior formação... e a mudança implica... a mudança implica sempre algum conflito, por mais que digamos que não. Há sempre pessoas que... ou alguma resistência à mudança, e aqui o líder passa também por... tentar limar esses conflitos, incentivar a pessoa a ser persistente nas mudanças...” (E17).

Estes achados vão ao encontro do modelo teórico/estilo de Liderança de Inovação, no qual os líderes desenvolvem uma cultura de inovação e os seus seguidores são capacitados e incentivados para integrar novos processos e tecnologias na organização, com vista a aumentar a efetividade e eficiência (Melnyk & Fineout-Overholt, 2015), permitindo melhorar o desempenho organizacional (Carmeli, Gelbard, & Gefen, 2010). Como descrito por Melnyk & Fineout-Overholt (2015) esta tipologia de liderança fomenta a implementação e sustentabilidade da PBE. Bem como da Liderança Transformacional, na qual os líderes têm competências de visão, motivação e inspiração dos seus seguidores. Estes líderes fomentam um ambiente recetivo à mudança, às novas ideias e à inovação (Klainberg & Dirschel como referido por Melnyk & Fineout-Overholt, 2015). Esta liderança é capaz de desenvolver ambiente favoráveis à PBE, através dos relacionamentos de confiança estabelecidos entre os seus seguidores (Melnyk & Fineout-Overholt, 2015).

A subcategoria *Consideração pelos Seguidores* foi identificada em oito entrevistas (E1, E3, E4, E9, E10, E11, E12 e E14). Estes líderes formais de enfermagem referiram a consideração e respeito pelos enfermeiros da equipa/instituição que lideram, tal como mencionado nas seguintes unidades de significado:

- *“Um grande respeito pelo próximo, um grande sentido de justiça, a capacidade de reconhecer aquilo que deve ser diferenciado e discriminado de forma positiva, ou também de forma negativa, mas, portanto, ter esta perceção e depois um grande... uma grande capacidade de perceber que... as pessoas são pessoas e nós temos que olhar para os outros sempre com o máximo de respeito por aquilo que são os princípios básicos das relações... Exigência, obviamente, mas acima de tudo perceber que do lado de lá está alguém que tem para já... pode ter quadros de referência, quadros de valores, formas de estar diferentes, mas que... Obviamente alinhadas por aquilo que nos une, enquanto missão, enquanto objetivos de uma organização... deveremos ajudar também a que essas pessoas façam o seu percurso e o desenvolvam e o abracem da melhor maneira possível. Há colaboradores que são, de facto, muito fáceis de trabalhar, nesse sentido, há outros que são muito*

difíceis, mas respeitar a que essa dificuldade tem que ser trabalhada também pelos líderes, portanto, respeito acima de tudo, um grande sentido de justiça e cuidado perante aquilo que são as necessidades. Nós temos colaboradores que para atingir o mesmo patamar vão necessitar de muito mais atenção, muito mais capacidade de intervenção do que outros... e é aqui que nasce este sentido de equidade, ou seja, a equidade é fazer com que todos atinjam o mesmo patamar, sabendo que uns vão, de facto, necessitar de mais estratégias e outros de menos estratégia, mas é não desistir de ninguém. Eu costumo dizer que a partir do momento em que desistimos de alguém, estamos de facto a perder algumas características de líder.” (E1);

- *“Que acho que é importante que eu me ponha no lugar deles para eles sentirem esta proximidade entre... entre a chefia e eles... [...] ou seja, eu consigo-me sempre colocar no papel deles...”; “Criar empatia com a equipa, colocar-me no lugar do outro... ser um... uma pessoa que... também não sou apenas aquele... aquela pessoa de gabinete, mas que está sempre presente, se precisam de ajuda, também saio... muitas vezes ajudo nos cuidados, sou a primeira a arregaçar as mangas, caso seja necessário...” (E4);*
- *“De ir ao encontro da expectativa das pessoas de... pronto, as pessoas não são todas iguais, não é? Tentar perceber o que é que aquela pessoa, aquele enfermeiro, gosta mais de desenvolver ou, porque há áreas de trabalho, pronto... que temos diferentes, não é? E, uns gostam mais de uma coisa, outros gostam mais de outra... e é tentar conhecer aquela... aquela pessoa, não é? E tentar, digamos, ir ao encontro das expectativas de cada um.” (E12).*

A relação estabelecida entre o líder e os seus seguidores é considerada fulcral. O líder apresenta como função desenvolver um ambiente favorável, no qual os seguidores se sintam apoiados e reconhecidos (Melnyk & Fineout-Overholt, 2015). Estes pressupostos corroboram os achados supracitados.

Estes achados vão ao encontro dos modelos teóricos/estilos de Liderança Servidora e Autêntica. Especificamente, na Liderança Servidora o líder potencia o crescimento e o bem-estar dos seus seguidores, valoriza primeiramente as necessidades dos outros e ajuda as pessoas a terem o melhor desempenho possível (Center for Servant Leadership, n.d.). Referente à Liderança Autêntica, os líderes criam e mantêm redes de relacionamentos colaborativos com os seus seguidores, fomentando a sua motivação, envolvimento e satisfação (Avolio et al., 2004). A relação de confiança entre o líder e os seus seguidores

neste estilo de liderança, também é evidenciada por Yukl (2013). Segundo Melnyk e Fineout-Overholt (2015), estes estilos de liderança também facilitam a implementação e sustentação da PBE.

Quatro participantes mencionaram *Valores*, nomeadamente a empatia e a humildade (E9, E10, E12 e E16):

- *“Humildade, a simplicidade, a disponibilidade, a escuta atenta... Acho que é importantíssimo, realmente, a humildade... eu acho que nós sermos... acho que é uma das principais características que nós podemos ter”* (E9);
- *“Empatia.”* (E10);
- *“Eu estou sempre disponível para a mudança... acho que sou humilde... muito humilde... e tento criar um bom ambiente com todos os profissionais com quem eu cá trabalho...”* (E16).

Richards e Engle como referido por Yukl (2013) definem que a liderança incorpora valores. A empatia e a humildade são valores destacados nas teorias da liderança.

Sugere-se que o descrito pelos líderes formais vai ao encontro das teorias da liderança explicitadas acima, pelo que se verifica que não existem diferenças de atuação da liderança para a PBE em comparação com outros processos em que a liderança sugere como fator influenciador. No entanto, estudos futuros poderão avaliar qual o estilo de liderança que se torna mais efetivo e eficiente na implementação da PBE, bem como as suas diferenças de atuação a este nível.

Também os achados do presente capítulo evidenciam que na perceção dos líderes formais os seus comportamentos facilitadores e motivadores, bem como as suas características, nas quais se inserem as habilidades e expertise, a consideração pelos seguidores e os valores fomentam a implementação e sustentabilidade da PBE nas suas instituições de saúde.

CONCLUSÃO

Os líderes formais de enfermagem assumem um papel fulcral na implementação e sustentabilidade da PBE. Esta dissertação permitiu conhecer as percepções dos líderes formais de enfermagem sobre a PBE e o seu impacto nos resultados em saúde, bem como a autopercepção sobre o seu conhecimento e o seu papel na implementação e sustentação da PBE nos seus contextos clínicos. Com este estudo qualitativo, foi exequível também identificar as estratégias e os recursos utilizados pelos líderes formais, assim como as barreiras e os facilitadores identificados pelos participantes no decurso deste processo.

Relativamente ao *Conhecimento dos Líderes Formais de Enfermagem sobre a PBE*, na percepção dos participantes o *Conceito de PBE* alicerça-se na *Utilização do Conhecimento Científico*, no *Envolvimento da Pessoa e da Família nos Cuidados de Saúde*, na *Consideração da Experiência Profissional* e na *Consideração do Contexto*. Os líderes apresentam conhecimento de uma a duas componentes do conceito de PBE. No entanto, existiu uma evidente associação da PBE à *Utilização do Conhecimento Científico*, em detrimento das restantes subcategorias. Os entrevistados apresentam conhecimento sobre o *Impacto da PBE nos Resultados em Saúde*, os quais mencionaram aspetos associados à *Efetividade dos Cuidados de Enfermagem*, ao *Valor Positivo*, à *Segurança dos Cuidados de Saúde*, à *Satisfação e Valorização Profissional* e à *Satisfação da Pessoa Cuidada*. Relativamente à *Autopercepção do Conhecimento sobre PBE*, os líderes formais de enfermagem relataram a sua *Autopercepção sobre a Necessidade de Conhecimento* e sobre o *Investimento Formativo*. Contudo, verificou-se que apresentam dificuldades em relatar a sua autopercepção sobre o conhecimento específico sobre a PBE.

Cada líder incluído no presente estudo referiu uma a seis das seguintes *Estratégias para a Implementação da PBE*: a *Divulgação e Disponibilização de Recursos*; a *Reflexão sobre a Prática Clínica*; o *Envolvimento dos Enfermeiros em Grupos de Trabalho de Apoio à Tomada de Decisão*; a *Monitorização e Divulgação dos Resultados do Impacto da PBE*; a *Divulgação e Implementação dos Projetos dos Enfermeiros*; a *Ligação entre a Academia e a Clínica*; as *Reuniões de Apoio à Tomada de Decisão Partilhada*; e a *Rotatividade dos Enfermeiros*. Apenas um participante não mencionou nenhuma devido à presença de barreiras no seu contexto. Destaca-se que a *Ligação entre a Academia e a Clínica* foi uma estratégia mencionada pelos três Enfermeiros Diretores incluídos, pelo que se verifica que estes líderes e as respetivas instituições se encontram consciencializados da importância das

parcerias entre a academia e a clínica. As *Reuniões de Apoio à Tomada de Decisão Partilhada* apenas foram mencionadas por um líder do HP-SPA, no entanto, dada a sua importância corroborada na literatura científica, sugere-se que esta estratégia deverá ser disseminada pelos líderes formais e, conseqüentemente, implementada. A *Rotatividade dos Enfermeiros* foi apenas referida por um líder como uma estratégia e relatada por outros participantes como uma barreira à implementação da PBE, no que concerne à *Escassez e Gestão de Recursos Ineficiente*. Assim sendo, esta estratégia poderá não ser benéfica para a implementação da PBE.

As *Barreiras à Implementação da PBE* identificadas pelos líderes foram: a *Escassez e Gestão de Recursos Ineficiente*, especificamente o *Tempo*, os *Recursos Humanos*, o *Conhecimento*, os *Recursos Materiais e Digitais* e as *Modalidades de Contratos de Trabalho*; a *Cultura organizacional*; o *Afastamento entre a Academia e a Clínica*; a *Desmotivação*; e a *Resistência à mudança*. Sob outro enfoque, os participantes revelaram os seguintes *Facilitadores à Implementação da PBE*: a *Existência e Gestão de Recursos Eficiente*, nomeadamente o *Conhecimento*, os *Peritos*, o *Tempo*, os *Recursos Humanos* e os *Recursos Materiais e Digitais*; a *Cultura Organizacional*; a *Ligação da Academia à Clínica*; a *Motivação e Comprometimento*; a *Liderança*; a *Organização que Regula o Exercício da Profissão*; e as *Reuniões Multidisciplinares*. Verificou-se assim, que os recursos necessários para que os líderes implementem e sustentem a PBE são o tempo, os recursos humanos, o conhecimento, os recursos materiais e digitais e os peritos.

As barreiras/facilitadores foram transversais nas três instituições, com a exceção das seguintes: As *Modalidades de Contratos de Trabalho* como subcategoria da *Escassez e Gestão de Recursos Ineficiente* foi uma barreira identificada no Hospital Privado e no HP-SPA, pelo que se verifica que as características jurídicas destas instituições de cuidados de saúde influenciam as modalidades de contratos de trabalho estabelecidas com os enfermeiros e, por sua vez, a implementação da PBE; Não foi identificada nenhuma unidade de significado correspondente à categoria *Desmotivação* nas entrevistas no HP-SPA e, por outro lado, a *Motivação e o Comprometimento* dos enfermeiros foram identificados como facilitadores neste mesmo contexto; Os *Recursos Materiais e Digitais* como subcategoria da *Escassez e Gestão de Recursos Ineficiente* não foram identificados por nenhum líder do Hospital Privado, e sob outro enfoque os *Recursos Materiais e Digitais* como subcategoria da *Existência e Gestão de Recursos Eficiente* foram identificados como facilitador por um líder dessa mesma instituição; Aspectos facilitadores relacionados com a *Organização que*

Regula o Exercício da Profissão apenas foram mencionados pelos líderes do Hospital Privado; As *Reuniões Multidisciplinares* foram descritas apenas por dois líderes dos hospitais públicos. Verificou-se também que apenas três líderes mencionaram a liderança como facilitadora à implementação da PBE, no entanto, quando questionados sobre o seu papel neste processo referem comportamentos facilitadores e motivacionais.

Em relação ao *Papel dos Líderes Formais de Enfermagem na Implementação e Sustentação da PBE*, os mesmos evidenciaram os *Comportamentos Facilitadores e Motivacionais*, bem como as *Habilidades e Expertise*, a *Consideração pelos Seguidores* e os *Valores* que caracterizam este papel (*Caraterísticas*). Verificou-se, segundo os entrevistados, não existir diferença entre a atuação da liderança na PBE e noutros processos onde a liderança é um fator crucial.

Na **Figura 3** é apresentado um esquema no qual constam os domínios, categorias e subcategorias.

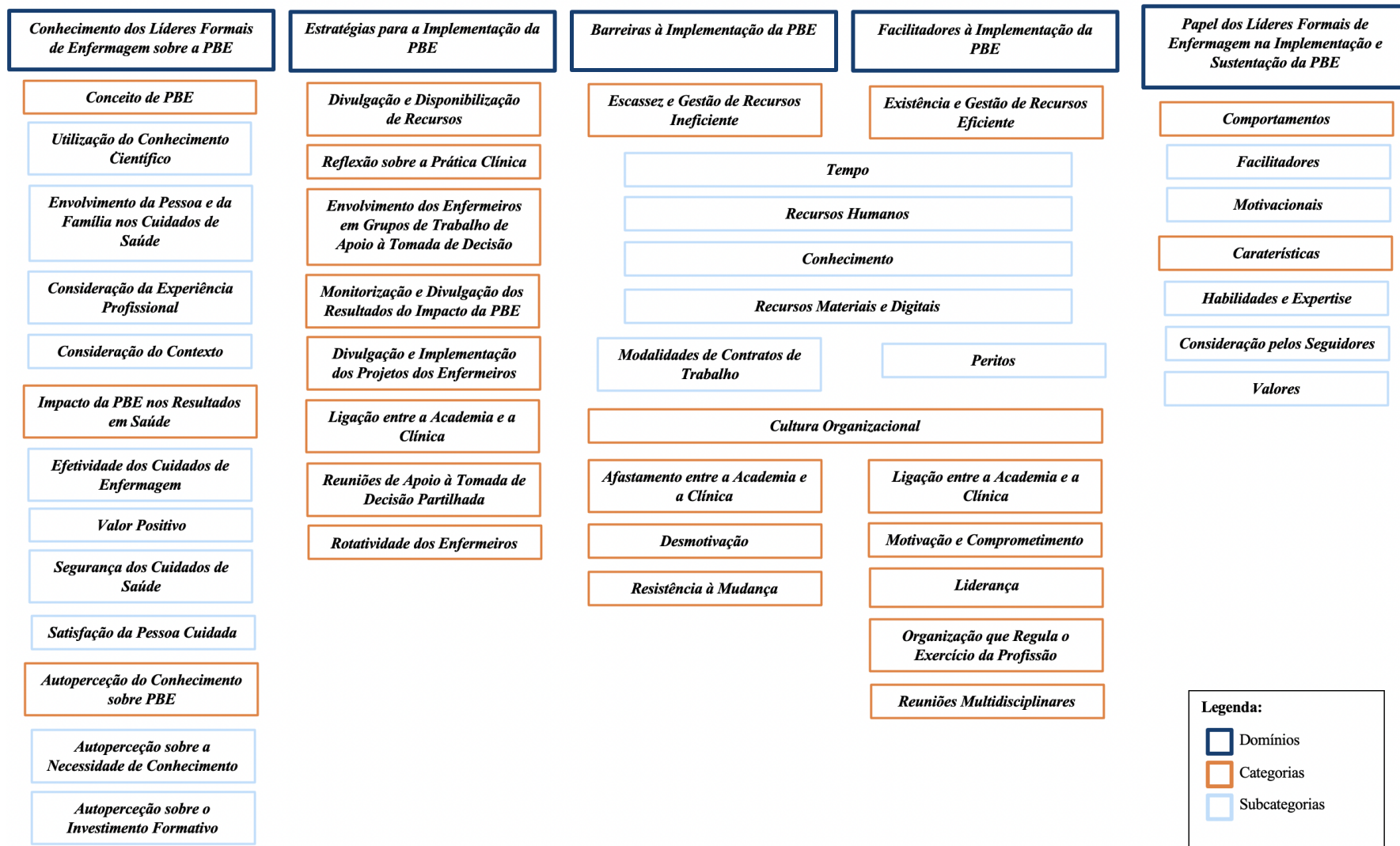


Figura 3. Síntese dos resultados obtidos

Implicações para a Prática

Apesar de existir uma evidente associação exclusiva da PBE à *Utilização do Conhecimento Científico*, os líderes formais apresentam conhecimento sobre o impacto da PBE nos cuidados de saúde. Verificou-se também que os líderes formais de enfermagem estão conscientes sobre o seu papel na PBE, pelo que deverão ser apoiados na sua implementação e sustentabilidade. Assim sendo, sugere-se que sejam desenvolvidos e implementados programas educativos que aumentem o conhecimento dos líderes formais de enfermagem sobre a implementação e sustentabilidade da PBE, bem como projetos institucionais que os apoie neste processo.

Com este estudo foi possível identificar as barreiras e os facilitadores à PBE, na voz dos líderes formais de enfermagem, pelo que se conclui que um trabalho colaborativo e multidisciplinar entre profissionais de saúde, docentes e investigadores deverá ser realizado, bem como os vínculos entre instituições de saúde, de ensino e de investigação deverão ser intensificados, com vista a colmatar as barreiras existentes e a fortalecer os facilitadores.

Implicações para a Investigação

Dado o cariz de um estudo qualitativo, o presente estudo deverá ser replicado em diferentes instituições de cuidados de saúde em Portugal, de forma a analisar diferentes realidades.

Outros estudos de investigação primária deverão incidir nos seguintes tópicos de interesse:

- a integração da perspetiva da pessoa nos cuidados de saúde: estratégias e desafios;
- o método de trabalho de enfermagem que se constitui uma condição facilitadora para a implementação da PBE;
- o conhecimento e as competências no âmbito da PBE dos elos dinamizadores nomeados pelos líderes formais nas equipas de enfermagem;
- os estilos de liderança na PBE.

Limitações do estudo

A análise dos dados qualitativos foi realizada apenas por um investigador e confirmada, posteriormente, por dois, processo que poderá constituir uma limitação à credibilidade, critério de qualidade metodológica da investigação qualitativa, uma vez que se perspetiva que a sua realização seja efetuada por dois investigadores de forma independente.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aarons, G. (2006). Transformational and transactional leadership: Association with attitudes toward evidence-based practice. *Psychiatric Services*, 57(8), 1162-1169. doi: 10.1176/appi.ps.57.8.1162
- Aarons, G. A., Ehrhart, M. G., Farahnak, L. R., & Sklar, M. (2014). The role of leadership in creating a strategic climate for evidence-based practice implementation and sustainment in systems and organizations. *Frontiers in Public Health Services and Systems Research*, 3(4), 3. Recuperado de <https://uknowledge.uky.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1119&context=frontiersinphssr>
- Adib-Hajbaghery, M. (2007). Factors facilitating and inhibiting evidence-based nursing in Iran. *Journal of Advanced Nursing*, 58(6), 566–575. doi:10.1111/j.1365-2648.2007.04253.x
- American Productivity & Quality Center. (n.d.). *Knowledge Management*. Recuperado de <https://www.apqc.org/expertise/knowledge-management>
- Associação Médica Mundial. (2013). *Declaração de Helsínquia*. Recuperado de <https://ispup.up.pt/docs/declaracao-de-helsinquia.pdf>
- Avis, M., & Freshwater, D. (2006). Evidence for practice, epistemology, and critical reflection. *Nursing Philosophy*, 7(4), 216-224. doi: 10.1111/j.1466-769X.2006.00267.x
- Avolio, B. J., Gardner, W. L., Walumbwa, F. O., Luthans, F., & May, D. R. (2004). Unlocking the mask: A look at the process by which authentic leaders impact follower attitudes and behaviors. *The Leadership Quarterly*, 15(6), 801–823. doi: 10.1016/j.leaqua.2004.09.003
- Azevedo, V., Carvalho, M., Fernandes-Costa, F., Mesquita, S., Soares, J., Teixeira, F., & Maia, Â. (2017). Transcrever entrevistas: questões conceituais, orientações práticas e desafios. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(14), 159-167. doi: 10.12707/RIV17018
- Azmoude, E., Aradmehr, M., & Dehghani, F. (2018). Midwives' attitude and barriers of evidence based practice in maternity care. *The Malaysian journal of medical sciences: MJMS*, 25(3), 120. doi: 10.21315/mjms2018.25.3.12
- Balas, E. A., & Boren, S. A. (2000). Managing clinical knowledge for health care improvement. *Yearbook of Medical Informatics*, 9(01), 65-70. doi: 10.1055/s-0038-1637943
- Bardin, L. (2020). *Análise de conteúdo* (4ª ed.). Lisboa, Portugal: Edições 70.

- Beck, M., Simonj, C., Bergenholtz, H., & Klausen, S. H. (2020). Professional consciousness and pride facilitate evidence-based practice—The meaning of participating in a journal club based on clinical practice reflection. *Nursing Open*, 7(3), 690-699. doi: 10.1002/nop2.440
- Bianchi, M., Bagnasco, A., Bressan, V., Barisone, M., Timmins, F., Rossi, S., ... Sasso, L. (2018). A review of the role of nurse leadership in promoting and sustaining evidence-based practice. *Journal of Nursing Management*, 26(8), 918-932. doi: 10.1111/jonm.12638.
- Birken, S., Clary, A., Tabriz, A. A., Turner, K., Meza, R., Zizzi, A., ... & Charns, M. (2018). Middle managers' role in implementing evidence-based practices in healthcare: a systematic review. *Implementation Science*, 13(1), 1-14. doi: 10.1186/s13012-018-0843-5
- Breakwell, G. M., Hammond, S., & Fife-Schaw, C. (2000). *Research Methods in Psychology* (2nd ed.). Thousand Oaks, California: SAGE Publications.
- Brink, H., Walt, C., & Rensburg, G. (2018). *Fundamentals of Research Methodology for Healthcare Professionals* (4th ed.). Juta and Company.
- Bvumbwe, T. (2016). Enhancing nursing education via academic–clinical partnership: an integrative review. *International journal of nursing sciences*, 3(3), 314-322. doi: 10.1016/j.ijnss.2016.07.002
- Carmeli, A., Gelbard, R., & Gefen, D. (2010). The importance of innovation leadership in cultivating strategic fit and enhancing firm performance. *The Leadership Quarterly*, 21(3), 339-349. doi: 10.1016/j.leaqua.2010.03.001
- Center for Servant Leadership. (n.d). *What is Servant Leadership?* Recuperado de <https://www.greenleaf.org/what-is-servant-leadership/>
- Chen, L., Wu, Y., Zhou, C., Li, X., & Zhao, H. (2020). Value, knowledge and implementation on evidence-based practice among nurse managers in china: A regional cross-sectional survey. *Journal of Nursing Management*, 28(1), 139-147. doi: 10.1111/jonm.12907.
- Chesnay, M. (2015). *Nursing Research Using Historical Methods: Qualitative Designs and Methods in Nursing*. New York: Springer Publishing Company.
- Conselho de Enfermagem. (2001). *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem: enquadramento conceptual, enunciados descritivos*. Recuperado de <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>

- Cullen, L., & Hanrahan, K. (2018). *Evidence-Based Practice and the Bottom Line: An Issue of Cost*. Recuperado de <https://www.hfma.org/topics/article/58754.html>
- Dawes, M., Summerskill, W., Glasziou, P., Cartabellotta, A., Martin, J., Hopayian, K., ... Osborne, J. (2005). Sicily statement on evidence-based practice. *BMC Medical Education*, 5(1). doi: 10.1186/1472-6920-5-1
- Dearholt, S. L., & Dang, D. (2012). *Johns Hopkins Nursing Evidence Based Practice Model and guidelines* (2nd ed). Indianapolis, India: Sigma Theta Tau International.
- DeBruyn, R. R., Ochoa-Marín, S. C., & Semenic, S. (2014). Barriers and Facilitators to Evidence-Based Nursing in Colombia: Perspectives of Nurse Educators, Nurse Researchers and Graduate Students. *Investigación y Educación en Enfermería*, 32, 9-21. Disponível em http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-53072014000100002&nrm=iso
- Decreto-Lei n.º 71/2019 de 27 de maio. *Diário da República n.º 101* - I série. Assembleia da República. Lisboa, Portugal.
- Direção-Geral da Saúde. (2021). *Plano Nacional de Saúde 2021-2030*. Lisboa, Portugal: Autor.
- Donabedian, A. (1988). The quality of care. How can it be assessed? *JAMA*, 260(12), 1743-8. doi: 10.1001/jama.260.12.1743.
- Duncombe, D. (2018). A multi-institutional study of the perceived barriers and facilitators to implementing evidence-based practice. *Journal of Clinical Nursing*, 27(5-6), 1216-1226. doi: 10.1111/jocn.14168
- Fineout-Overholt, E., Melnyk, B. M., & Schultz, A. (2005). Transforming health care from the inside out: Advancing evidence-based practice in the 21st century. *Journal of Professional Nursing*, 21(6), 335-344. doi: 10.1016/j.profnurs.2005.10.005
- Fortin, M. F. (2009). *O processo de Investigação: da concepção à realização* (5^aed.). Loures, Portugal: Lusociência.
- Gluyas, H. (2015). Patient-centred care: improving healthcare outcomes. *Nursing Standard*, 30(4), 50-59. doi: 10.7748/ns.30.4.50.e10186
- Gregório, M., Teixeira, A., Henriques, T., Páscoa, R., Baptista, S., Carvalho, R., & Martins, C. (2021). What role do patients prefer in medical decision-making?: a population-based

- nationwide cross-sectional study. *BMJ open*, 11(10), e048488. doi: 10.1136/bmjopen-2020-048488
- Grimshaw, J. M., Eccles, M. P., Lavis, J. N., Hill, S. J., & Squires, J. E. (2012). Knowledge translation of research findings. *Implementation science*, 7(1), 1-17. Recuperado de <https://implementationscience.biomedcentral.com/articles/10.1186/1748-5908-7-50>
- Guptill, J. (2005). Knowledge management in health care. *Journal of Health Care Finance*, 31(3), 10-4. Recuperado de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16080410/>
- Haux, R. (2006). Health information systems—past, present, future. *International journal of medical informatics*, 75(3-4), 268-281. doi: 10.1016/j.ijmedinf.2005.08.002
- Hosseini-Moghaddam, F., Mohamadpour, A., Bahri, N., & Mojalli, M. (2021). Nursing Managers' Perspectives on Facilitators of and Barriers to Evidence-based Practice: A Cross-sectional Study. doi: 10.21203/rs.3.rs-594961/v1
- International Council of Nurses. (2012). *Closing the gap: From evidence to action*. Recuperado de <http://www.icn.ch/publications/2012-closing-the-gap-from-evidence-to-action/>
- JBI. (2020). *JBI Manual for Evidence Synthesis*. Recuperado de <https://synthesismanual.jbi.global>.
- Jordan, P., Bowers, C., & Morton, D. (2016). Barriers to implementing evidence-based practice in a private intensive care unit in the Eastern Cape. *Southern African Journal of Critical Care*, 32(2), 50-54. doi: 10.7196/SAJCC.2016.v32i2.253
- Jordan, Z., Lockwood, C., Munn, Z., & Aromataris, E. (2019). The updated Joanna Briggs Institute model of evidence-based healthcare. *JBI Evidence Implementation*, 17(1), 58-71. doi: 10.1097/XEB.000000000000155
- Jylhä, V., Oikarainen, A., Perälä, M. L., & Holopainen, A.. (2017). *Facilitating evidence-based practice in nursing and midwifery in the WHO European Region*. Copenhagen, Dinamarca: World Health Organization.
- Kang, H. (2016). Evidence-based practice and job satisfaction of nurses in long-term care. *Open Journal of Nursing*, 6(12), 977. doi: 10.4236/ojn.2016.612094
- Khammarnia, M., Haj Mohammadi, M., Amani, Z., Rezaeian, S., & Setoodehzadeh, F. (2015). Barriers to implementation of evidence based practice in zahedan teaching hospitals, iran, 2014. *Nursing Research and Practice*, 2015, 357140-357140. doi: 10.1155/2015/357140

- Kitson, A., Harvey, G., & McCormack, B. (1998). Enabling the implementation of evidence based practice: a conceptual framework. *BMJ Quality & Safety*, 7(3), 149-158. doi: 10.1136/qshc.7.3.149.
- Krueger, R. B., Sweetman, M. M., Martin, M., & Cappaert, T. A. (2020). Self-reflection as a support to evidence-based practice: a grounded theory exploration. *Occupational Therapy In Health Care*, 34(4), 320-350. doi: 10.1080/07380577.2020.1815929
- Lang, N. M., & Marek, K. D. (1990). The classification of patient outcomes. *Journal of Professional Nursing*, 6(3), 158–163. doi: 10.1016/S8755-7223(05)80146-2
- Laudon, K. C., & Laudon, J. P. (2014). *Management information systems: Managing the digital firm* (3rd ed.). United States of America: Pearson Education Limited
- Loureiro, L. M. (2006). Adequação e rigor na investigação fenomenológica em enfermagem— crítica, estratégias e possibilidades. *Revista de Enfermagem Referência*, 2(2), 22-32. Recuperado de https://rr.esenfc.pt/rr/index.php?module=rr&target=publicationDetails&pesquisa=enfermagem&id_artigo=21
- Lunney, M. (2004). *Pensamento crítico e diagnósticos de enfermagem: estudos de caso e análises: estudos de caso e análises*. São Paulo, Brasil: Artmed Editora.
- Mackey, A., & Bassendowski, S. (2017). The history of evidence-based practice in nursing education and practice. *Journal of Professional Nursing*, 33(1), 51-55. doi: 10.1016/j.profnurs.2016.05.009.
- Matos, T. T., Ferreira, A. C., Lourenço, A., & Escoval, A. (2010). Contraturalização interna vs. contraturalização externa. Recuperado de <https://run.unl.pt/bitstream/10362/98380/1/RUN%20-%20RPSP%20-%20vol%20tematico9a12%20-%20p161-180.pdf>
- McGlynn, E. A., Asch, S. M., Adams, J., Keeseey, J., Hicks, J., DeCristofaro, A., & Kerr, E. A. (2003). The quality of health care delivered to adults in the United States. *New England Journal of Medicine*, 348(26), 2635-2645. doi: 10.1056/NEJMsa022615
- McPherson, S., Reese, C., & Wendler, M. C. (2018). Methodology update: Delphi studies. *Nursing research*, 67(5), 404-410. doi: 10.1097/NNR.0000000000000297.

- Meindl, J. R., Pastor, J. C., & Mayo, M. (2004). The romance of leadership. In J. M. Burns, G. R. Goethals, & G. Sorenson (Eds.), *The encyclopedia of leadership* (pp.1347-1351). Califórnia, Estados Unidos: Sage Publications.
- Melnyk, B. M. (2007). The evidence-based practice mentor: a promising strategy for implementing and sustaining EBP in healthcare systems. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 4(3), 123-125. doi: 10.1111/j.1741-6787.2007.00094.x.
- Melnyk, B. M. (2012). Achieving a High-Reliability Organization Through Implementation of the ARCC Model for Systemwide Sustainability of Evidence-Based Practice. *Nursing Administration Quarterly*, 36(2), 127–135. doi: 10.1097/naq.0b013e318249fb6a
- Melnyk, B. M. (2017). Models to Guide the Implementation and Sustainability of Evidence-Based Practice: A Call to Action for Further Use and Research. *Worldviews on evidence-based nursing*, 14(4), 255-256. doi: 10.1111/wvn.12246
- Melnyk, B. M., & Newhouse, R. (2014). Evidence-based practice versus evidence-informed practice: a debate that could stall forward momentum in improving healthcare quality, safety, patient outcomes, and costs. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 11(6), 347-349. doi: 10.1111/wvn.12070
- Melnyk, B. M., Fineout-Overholt, E., Gallagher-Ford, L., & Kaplan, L. (2012). The state of evidence-based practice in US nurses: critical implications for nurse leaders and educators. *Journal of Nursing Administration*, 42(9), 410-417. doi:10.1097/NNA.0b013e3182664e0a
- Melnyk, B. M., Fineout-Overholt, E., Giggelman, M., & Cruz, R. (2010). Correlates among cognitive beliefs, EBP implementation, organizational culture, cohesion and job satisfaction in evidence-based practice mentors from a community hospital system. *Nursing Outlook*, 58(6), 301–308. doi: 10.1016/j.outlook.2010.06.002
- Melnyk, B. M., Gallagher-Ford, L., Long, L. E., & Fineout-Overholt, E. (2014). The establishment of evidence-based practice competencies for practicing registered nurses and advanced practice nurses in real-world clinical settings: proficiencies to improve healthcare quality, reliability, patient outcomes, and costs. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 11(1), 5-15. doi: 10.1111/wvn.12021
- Melnyk, B. M., Tan, A., Hsieh, A. P., & Gallagher-Ford, L. (2021). Evidence-based practice culture and mentorship predict EBP implementation, nurse job satisfaction, and intent to

- stay: support for the ARCC© Model. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 18(4), 272-281. doi: 10.1111/wvn.12524
- Melnyk, B., & Fineout-Overholt, E. (2015). *Evidence-Based Practice in Nursing & Healthcare: A Guide to Best Practice* (3rd ed.). Wolters Kluwer/Lippincott, Williams & Wilkins.
- Ministry of Health. (2012). *Guidance for Implementing High-Quality Multidisciplinary Meetings: Achieving best practice cancer care*. Wellington, Nova Zelândia: Autor
- National Institute for Health and Care Excellence. (2021). *Shared decision making*. Recuperado de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34339147/>
- Nevo, I., & Slonim-Nevo, V. (2011). The Myth of Evidence-Based Practice: Towards Evidence-Informed Practice. *British Journal of Social Work*, 41(6), 1176–1197. doi: 10.1093/bjsw/bcq149
- Oliver, D. G., Serovich, J. M., & Mason, T. L. (2005). Constraints and opportunities with interview transcription: Towards reflection in qualitative research. *Social Forces*, 84(2), 1273–1289. doi: 10.1353/sof.2006.0023
- Ordem dos Enfermeiros. (2006). *Tomada de Posição sobre Investigação em Enfermagem*. Recuperado de http://www.ordemenfermeiros.pt/tomadasposicao/Documents/TomadaPosicao_26Abr2006.pdf
- Pearson, A., Wiechula, R., Court, A., & Lockwood, C. (2005). The JBI model of evidence-based healthcare. *International Journal of Evidence-Based Healthcare*, 3(8), 207-215. doi: 10.1111/j.1479-6988.2005.00026.x
- Pereira, R., Cardoso, M., Martins, M. (2012). Atitudes e barreiras à prática de enfermagem baseada na evidência em contexto comunitário. *Revista de Enfermagem Referência*, 3(7), 55-62. doi: 10.12707/RIII11146
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2017). *Nursing Research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice* (10th ed.). Filadélfia, Estados Unidos: Wolters Kluwer.
- Porter, M. E., & Teisberg, E. O. (2006). *Redefining Health Care: Creating Value-Based Competition on Results*. Boston, Estados Unidos: Harvard Business School Press.

- Productivity Commission of Australian Government. (2013). *On efficiency and effectiveness: some definitions*. Recuperado de <https://www.pc.gov.au/research/supporting/efficiency-effectiveness/efficiency-effectiveness.pdf>
- Renolen, Å., Hjälmhult, E., Høy, S., Danbolt, L. J., & Kirkevold, M. (2020). Creating room for evidence-based practice: Leader behavior in hospital wards. *Research in nursing & health*, 43(1), 90-102. doi: 10.1002/nur.21981
- Rodrigues, R. J. (2000). Information systems: the key to evidence-based health practice. *Bulletin of the world health organization*, 78, 1344-1351. Recuperado de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11143195/>
- Runciman, W. B., Hunt, T. D., Hannaford, N. A., Hibbert, P. D., Westbrook, J. I., Coiera, E. W., ... & Braithwaite, J. (2012). CareTrack: assessing the appropriateness of health care delivery in Australia. *Medical Journal of Australia*, 197(2), 100-105. doi: 10.5694/mja12.10510
- Ryan, R. W., Harris, K. K., Mattox, L., Singh, O., Camp, M., & Shirey, M. R. (2015). Nursing leader collaboration to drive quality improvement and implementation science. *Nursing Administration Quarterly*, 39(3), 229-238. doi: 10.1097/naq.0000000000000111
- Rycroft-Malone, J., Harvey, G., Seers, K., Kitson, A., McCormack, B., & Titchen, A. (2004). An exploration of the factors that influence the implementation of evidence into practice. *Journal of Clinical Nursing*, 13(8), 913–924. doi: 10.1111/j.1365-2702.2004.01007.x
- Sackett, D. L., Rosenberg, W. M. C., Gray, J. A. M., Haynes, R. B., & Richardson, W. S. (1996). Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *BMJ*, 312(7023), 71–72. doi:10.1136/bmj.312.7023.71
- Sackett, D., Straus, S., Richardson, W., Rosenberg, W., Haynes, R. (2000). *Evidence-Based Medicine: How to Practice and Teach EBM* (2nd ed.). Edinburgh: Churchill Livingstone.
- Sandstrom, B., Borglin, G., Nilsson, R., & Willman, A. (2011). Promoting the implementation of evidence-based practice: A literature review focusing on the role of nursing leadership. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 8(4), 212-223. doi: 10.1111/j.1741-6787.2011.00216.x
- Santana, M. J., Manalili, K., Jolley, R. J., Zelinsky, S., Quan, H., & Lu, M. (2018). How to practice person-centred care: A conceptual framework. *Health Expectations*, 21(2), 429-440. doi: 10.1111/hex.12640

- Schuster, M. A., McGlynn, E. A., & Brook, R. H. (1998). How good is the quality of health care in the United States?. *The Milbank Quarterly*, 76(4), 517-563. doi: 10.1111/j.1468-0009.2005.00403.x
- Shayan, S. J., Kiwanuka, F., & Nakaye, Z. (2019). Barriers Associated With Evidence-Based Practice Among Nurses in Low- and Middle-Income Countries: A Systematic Review. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 16(1), 12-20. doi:10.1111/wvn.12337
- Shuman, C. J., Liu, X., Aebersold, M. L., Tschannen, D., Banaszak-Holl, J., & Titler, M. G. (2018). Associations among unit leadership and unit climates for implementation in acute care: a cross-sectional study. *Implementation Science*, 13(1), 1-10. doi: 10.1186/s13012-018-0753-6
- Sidani, S., & Irvine, D. (1999). A conceptual framework for evaluating the nurse practitioner role in acute care settings. *Journal of Advanced Nursing*, 30(1), 58-66. doi: 10.1046/j.1365-2648.1999.01049.x.
- Silva, J. D. O. M., Santos, L. C. O., Menezes, A. N., Lopes Neto, A., Melo, L. S. D., & Silva, F. J. C. P. D. (2021). Utilização da prática baseada em evidências por enfermeiros no serviço hospitalar. *Cogitare Enfermagem*, 26. doi: 10.5380/ce.v26i0.67898.
- Skaggs, M. K. D., Daniels, J. F., Hodge, A. J., & DeCamp, V. L. (2018). Using the Evidence-Based Practice Service Nursing Bundle to Increase Patient Satisfaction. *Journal of Emergency Nursing*, 44(1), 37-45. doi: 10.1016/j.jen.2017.10.011
- Solomons, N. M., & Spross, J. A. (2011). Evidence-based practice barriers and facilitators from a continuous quality improvement perspective: an integrative review. *Journal of Nursing Management*, 19(1), 109-120. doi:10.1111/j.1365-2834.2010.01144.x
- Stetler, C. B. (2001). Updating the Stetler Model of research utilization to facilitate evidence-based practice. *Nursing Outlook*, 49(6), 272-279. doi: 10.1067/mno.2001.120517
- Stetler, C. B., Ritchie, J. A., Rycroft-Malone, J., & Charns, M. P. (2014). Leadership for Evidence-Based Practice: Strategic and Functional Behaviors for Institutionalizing EBP. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 11(4), 219-226. doi:10.1111/wvn.12044
- Tacia, L., Biskupski, K., Pheley, A., & Lehto, R. H. (2015). Identifying barriers to evidence-based practice adoption: A focus group study. *Clinical Nursing Studies*, 3(2), 90-96. doi: 10.5430/cns.v3n2p90

- Teisberg, E., Wallace, S., & O'Hara, S. (2020). Defining and Implementing Value-Based Health Care: A Strategic Framework. *Academic Medicine: Journal of the Association of American Medical Colleges*, 95(5), 682–685. doi: 10.1097/ACM.00000000000003122
- Titler, M. G., Kleiber, C., Steelman, V. J., Rakel, B. A., Budreau, G., Everett, L. Q., ... Goode, C. J. (2001). The Iowa Model of Evidence-Based Practice to Promote Quality Care. *Critical Care Nursing Clinics of North America*, 13(4), 497–509. doi:10.1016/s0899-5885(18)30017-0
- Van Oostveen, C. J., Goedhart, N. S., Francke, A. L., & Vermeulen, H. (2017). Combining clinical practice and academic work in nursing: A qualitative study about perceived importance, facilitators and barriers regarding clinical academic careers for nurses in university hospitals. *Journal of Clinical Nursing*, 26(23-24), 4973–4984. doi: 10.1111/jocn.13996
- Ventura-Silva, J. M. A., Martins, M. M. F. P. D. S., Trindade, L. D. L., Ribeiro, O. M. P. L., & Cardoso, M. F. P. T. (2021). Métodos de trabalho dos enfermeiros em hospitais: scoping review. *Journal Health NPEPS.*, 1-18. doi: 10.30681/252610105480
- Waltz, T. J., Powell, B. J., Matthieu, M. M., Damschroder, L. J., Chinman, M. J., Smith, J. L., ... & Kirchner, J. E. (2015). Use of concept mapping to characterize relationships among implementation strategies and assess their feasibility and importance: results from the Expert Recommendations for Implementing Change (ERIC) study. *Implementation Science*, 10(1), 1-8. doi: 10.1186/s13012-015-0295-0
- Weaver, S. J., Mossburg, S. E., Pillari, M., Kent, P. S., & Biddison, E. L. D. (2018). Examining variation in mental models of influence and leadership among nursing leaders and direct care nurses. *Journal of nursing care quality*, 33(3), 263. doi: 10.1097/NCQ.0000000000000298
- White, K. M., & Dudley-Brown, S. (2012). *Translation of Evidence into Practice: Application to Nursing and Health Care*. Nova Iorque, Estados Unidos: Springer Publishing Company.
- World Health Organization. (2015). *WHO global strategy on integrated people-centred health services 2016-2026*. Recuperado de <https://interprofessional.global/wp-content/uploads/2019/11/WHO-2015-Global-strategy-on-integrated-people-centred-health-services-2016-2026.pdf>

World Health Organization. (2018). *Delivering quality health services: a global imperative for universal health coverage*. Recuperado de <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272465/9789241513906-eng.pdf>

World Health Organization. (2021). *Global Patient Safety Action Plan 2021–2030*. Recuperado de <https://www.who.int/teams/integrated-health-services/patient-safety/policy/global-patient-safety-action-plan>

World Health Organization. (n.d.). *Quality of care*. Recuperado de https://www.who.int/health-topics/quality-of-care#tab=tab_1

Yukl, G. (2013). *Leadership in Organizations* (8th ed.). New York, United States: Pearson.

Zhuravsky, L. (2015). Crisis leadership in an acute clinical setting: Christchurch Hospital, New Zealand ICU experience following the February 2011 earthquake. *Prehospital and disaster medicine*, 30(2), 131. doi: 10.1017/S1049023X15000059

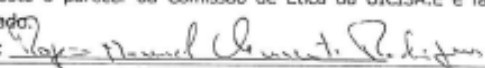

ANEXOS/APÊNDICES

ANEXO I

Pareceres das comissões de ética e autorizações das instituições de cuidados de saúde

COMISSÃO DE ÉTICA
da **Unidade Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA: E)**
da **Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESEnFC)**

Parecer N.º P802/08-2021

Título do Projecto: As percepções de líderes formais de enfermagem acerca da prática baseada na evidência.
Identificação das Proponentes Nome(s): Diana Gabriela Simões Marques dos Santos Filiação [Institucional]: CHUC; FEUC; ESEnFC; UICISA: E Investigador Responsável: Diana Gabriela Simões Marques dos Santos Orientador(es): Daniela Filipa Batista Cardoso; António Fernando Salgueiro Amaral
Relator: Rogério Manuel Clemente Rodrigues
Parecer
<p>A proponente (formanda na Pós-graduação em Economia e Gestão em Organizações de Saúde (FEUC, 2020-2021) justifica o estudo com o facto de "A Prática Baseada na Evidência (PBE) é crucial para que os enfermeiros sejam proativos na procura da melhor evidência disponível, com o objetivo de minimizar a lacuna existente entre a teoria e a prática clínica (Mackey & Bassendowski, 2017). De acordo com o International Council of Nurses (2012), a PBE em enfermagem é caracterizada como uma abordagem à resolução de problemas através da tomada de decisão informada pela melhor e mais recente evidência, tendo em consideração o juízo crítico e a experiência do enfermeiro, e as preferências da pessoa cuidada (p. 6)."</p> <p>O estudo tem como objetivo "Conhecer as percepções de líderes formais de enfermagem sobre a PBE e as ações que empreendem para a implementar e sustentar, em instituições de cuidados de saúde portuguesas". Metodologicamente é definido como "... qualitativo descritivo exploratório.", sendo os participantes "... líderes formais de enfermagem (enfermeiros gestores, enfermeiros gestores com funções de direção, enfermeiros diretores) de instituições de cuidados de saúde portuguesas, independentemente de há quanto tempo desempenham as funções de liderança."</p> <p>A amostra será estabelecida "...por conveniência...com base no princípio da saturação teórica da informação... sendo os participantes contactados por facilidade de acesso, através do seu contacto institucional". O estudo decorrerá no "[REDACTED]".</p> <p>A "...colheita de dados será realizada através de uma entrevista semiestruturada" de que é apresentado o guião. A entrevista será gravada, com o compromisso de destruição após transcrição.</p> <p>São apresentados os pedidos de autorização às instituições participantes (já com resposta positiva do [REDACTED] mas condicionada à validação pela sua Comissão de Ética do presente parecer).</p> <p>Assim, com base nos documentos submetidos:</p> <ul style="list-style-type: none">- É justificada a pertinência e utilidade do estudo;- Estão definidos os critérios de inclusão e exclusão;- É apresentado o Instrumento de recolha de dados (guião de entrevista semiestruturada);- Não há recolha de dados que permitam identificar os participantes ou as instituições;- É garantida a participação livre, voluntária e informada dos participantes;- São garantidos o anonimato e a confidencialidade dos dados recolhidos;- É garantida a destruição da gravação áudio após transcrição;- Não são identificados danos para os participantes. <p>Seio exposto o parecer da Comissão de Ética da UICISA:E é favorável ao estudo tal como apresentado.</p> <p>O relator: </p>
Data: 22/09/2021 A Presidente da Comissão de Ética: 



Associação Nacional das Escolas de Enfermagem de Portugal



Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

FCT Fundação para a Ciência e a Tecnologia

Figura 1. Parecer da Comissão de Ética da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

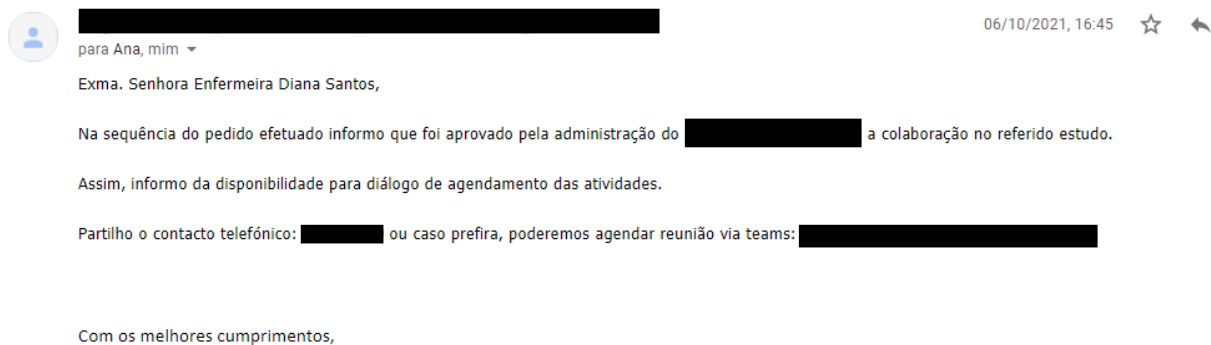


Figura 2. Autorização do Hospital Privado

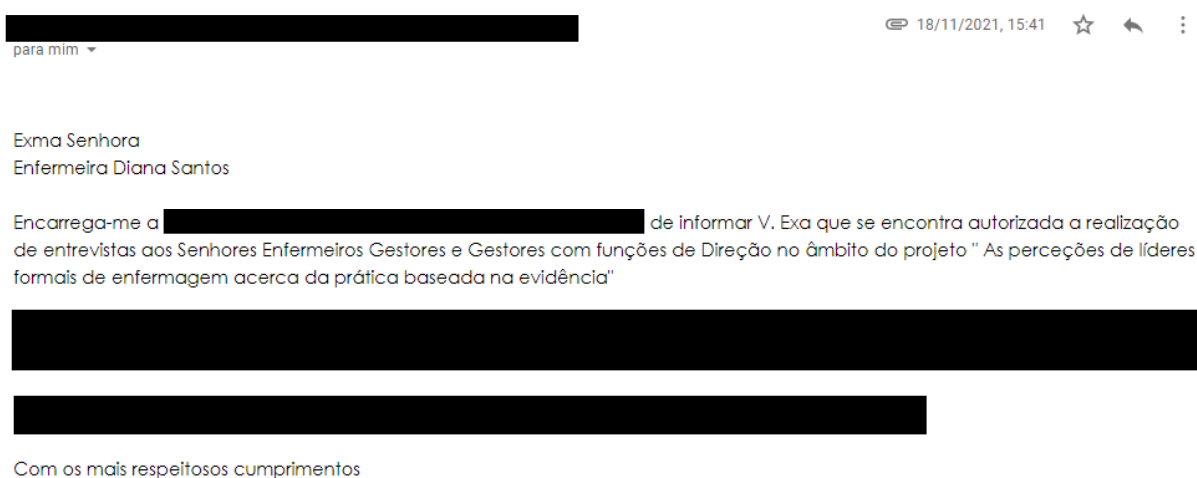


Figura 3. Autorização do Hospital Público – Entidade Pública Empresarial

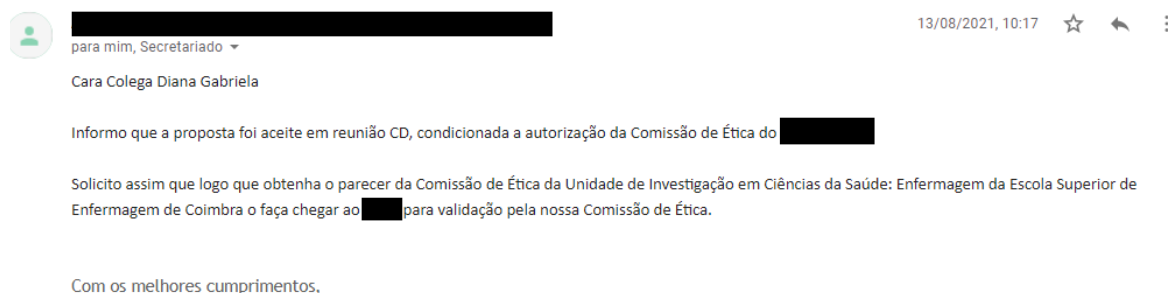


Figura 4. Autorização do Hospital Público – Sector Público Administrativo



para mim ▾

Boa tarde

Enfermeira Diana Gabriela Santos

Encarrega-me o Senhor Presidente da Comissão de Ética para a Saúde, de informar V. Ex^a que, foi deliberado aprovar conforme proposto.

Com os melhores cumprimentos,

Figura 5. Parecer da Comissão de Ética do Hospital Público – Sector Público Administrativo

segunda, 17/01, 15:47



APÊNDICE I

Atributos dos participantes

Tabela 1

Atributos dos participantes

Código da Entrevista	Instituição de cuidados de saúde da região centro de Portugal	Idade	Sexo	Habilitações Académicas	Especialidade	Formação em gestão	Tempo na categoria/função/cargo
E1	Hospital Privado	41	Masculino	Mestrado	Enfermagem Médico-Cirúrgica	Sim	2 anos
E2		55	Masculino	Licenciatura	Enfermagem de Reabilitação	Não	1 ano
E3		41	Masculino	Licenciatura	Enfermagem Médico-Cirúrgica	Não	3 anos
E4		40	Feminino	Mestrado	Enfermagem Médico-Cirúrgica – Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica	Não	2 anos
E5	Hospital Público – Entidade Pública Empresarial	57	Feminino	Licenciatura	Enfermagem Médico-Cirúrgica	Sim	4 anos
E6		57	Masculino	Mestrado	Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica	Sim	17 anos
E7		59	Feminino	Licenciatura	Enfermagem Médico-Cirúrgica	Sim	17 anos
E8		59	Masculino	Licenciatura	Enfermagem de Reabilitação	Não	24 anos
E9		54	Feminino	Licenciatura	Enfermagem Mental e Psiquiátrica	Não	19 anos
E10		58	Feminino	Mestrado	Enfermagem Mental e Psiquiátrica	Sim	20 anos
E11		63	Feminino	Licenciatura	Enfermagem de Reabilitação	Sim	29 anos
E12		58	Feminino	Mestrado	Enfermagem Médico-Cirúrgica	Sim	9 anos
E13		62	Feminino	Licenciatura	Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica	Não	25 anos
E14		61	Feminino	Licenciatura	Enfermagem Médico-Cirúrgica	Sim	21 anos

Tabela 1

Continuação

Código da Entrevista	Instituição de cuidados de saúde da região centro de Portugal	Idade	Sexo	Habilitações Académicas	Especialidade	Formação em gestão	Tempo na categoria/função/cargo
E15	Hospital Público – Sector Público Administrativo	51	Masculino	Licenciatura	Enfermagem Comunitária	Sim	5 anos
E16		62	Masculino	Licenciatura	Enfermagem de Reabilitação	Sim	27 anos
E17		53	Masculino	Mestrado	Enfermagem Mental e Psiquiátrica	Sim	20 anos

Nota. A categoria/função/cargo foi omitida na presente tabela, de forma a salvaguardar a confidencialidade e anonimato dos participantes.

APÊNDICE II

Guião de entrevista semiestruturada

Fases da entrevista	Objetivos/Questões de Investigação	Questões/Informação
Narrativa	Iniciar a entrevista; Apresentar o estudo; Garantir os princípios éticos; Caraterizar o participante do estudo.	<p><u>Apresentação pessoal</u> (Diana Santos, Enfermeira no CHUC, investigadora na UICISA: E e formanda no Mestrado em Gestão e Economia da Saúde da Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra);</p> <p><u>Apresentação do estudo</u> (Trata-se de um estudo qualitativo com o objetivo de conhecer as perceções de líderes formais de enfermagem (enfermeiros gestores, enfermeiros gestores com funções de direção e enfermeiros diretores) sobre a Prática Baseada na Evidência e as ações que empreendem para implementar e sustentar a PBE, em instituições de cuidados de saúde portuguesas);</p> <p><u>Apresentação e preenchimento do consentimento informado;</u></p> <p><u>Caraterização do participante do estudo</u> (questionário de atributos dos participantes):</p> <p>Idade: _____</p> <p>Sexo: Feminino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/></p> <p>Habilitações Académicas:</p> <p><input type="checkbox"/> Licenciatura</p> <p><input type="checkbox"/> Mestrado</p> <p><input type="checkbox"/> Doutoramento</p> <p><input type="checkbox"/> Pós-doutoramento</p> <p>Especialidade: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/></p> <p>Se sim, qual?</p> <p><input type="checkbox"/> Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica</p> <p><input type="checkbox"/> Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica</p> <p><input type="checkbox"/> Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica</p> <p><input type="checkbox"/> Enfermagem de Reabilitação</p>

		<input type="checkbox"/> Enfermagem Médico-Cirúrgica (EMC) <input type="checkbox"/> EMC Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa <input type="checkbox"/> EMC Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica <input type="checkbox"/> EMC Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória <input type="checkbox"/> EMC Enfermagem à Pessoa em Situação Crônica <input type="checkbox"/> Enfermagem Comunitária <input type="checkbox"/> EC Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública <input type="checkbox"/> EC Enfermagem de Saúde Familiar Formação em gestão: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Categoria/função/cargo: <input type="checkbox"/> Enfermeiro gestor <input type="checkbox"/> Enfermeiro gestor com funções de direção <input type="checkbox"/> Enfermeiro diretor Tempo na categoria/função/cargo mencionada: _____
	Contextualizar/enquadrar a temática estudada.	<p>Como é do seu conhecimento, a Prática Baseada na Evidência (PBE) é definida como a tomada de decisão clínica informada pelo melhor conhecimento científico, também conhecido como melhor evidência científica, tendo em consideração o contexto de prestação dos cuidados, a preferência da pessoa cuidada e o juízo clínico do profissional de saúde.</p> <p>A PBE promove os cuidados de saúde com elevado valor, melhora a experiência da pessoa cuidada e os resultados em saúde, e diminui os custos em saúde. Para a implementação de uma PBE e integração da melhor evidência nos cuidados de saúde, os enfermeiros devem investir e atualizar o seu conhecimento, através de estudos científicos/<i>guidelines</i>, considerar o contexto de prestação, a sua experiência/juízo crítico e envolver ativamente a pessoa cuidada.</p> <p>Em 2006, a Ordem dos Enfermeiros, numa tomada de posição sobre a investigação em enfermagem, afirmou que a PBE é considerada um pressuposto para a excelência dos cuidados de enfermagem, para a segurança da pessoa cuidada, bem como para a promoção de melhores resultados de enfermagem.</p>

Exploratória	Quais são as percepções de líderes formais de enfermagem sobre a PBE e o seu impacto nos resultados em saúde?	<p>O que é para si a PBE?</p> <p>O que acha que o conhecimento científico acrescenta aos cuidados de saúde?</p> <p>Faz uso do conhecimento científico (exige que os enfermeiros mobilizem o conhecimento)? Quando o faz? Porque o faz?</p> <p>Que valor atribui à PBE?</p>
	Quais são os recursos necessários e as estratégias utilizadas pelos líderes formais de enfermagem na implementação da PBE?	<p>Como promove junto da sua instituição a utilização de conhecimento científico? Ou Quais são as estratégias que utiliza para promover a implementação de uma prática de enfermagem com base no melhor conhecimento disponível? (Conte-me um pouco da sua experiência, algum exemplo que se lembre)</p> <p>Que outras estratégias no seu entender podem ser utilizadas para implementar uma prática informada pelo melhor conhecimento científico disponível? (Por exemplo, reuniões multidisciplinares de partilha de conhecimento, apresentação de estudos entre enfermeiros)</p> <p>Quais são os recursos que entende serem necessários para que os enfermeiros implementem a PBE na sua prática diária? (Por exemplo, recursos humanos, materiais/sistemas informáticos, financeiros)</p>
	Quais são as barreiras e os facilitadores à implementação da PBE identificadas os líderes formais de enfermagem?	<p>O que dificulta/facilita a utilização do conhecimento científico? (Por exemplo, existem recursos para a implementação da evidência? Os clínicos estão predispostos e motivados para a implementação da melhor evidência? O contexto influencia a implementação da PBE?)</p> <p>Considera que a sua instituição valoriza e incentiva a implementação da PBE? Se sim, quais as estratégias que utiliza?</p>
	Quais são as percepções de líderes formais sobre o seu conhecimento e o seu papel na implementação e sustentação da PBE?	<p>Na sua opinião, qual julga ser o seu papel enquanto líder (de outros líderes) neste processo de implementação da PBE?</p> <p>Quais as capacidades/condições/recursos que julga que os enfermeiros líderes devem ter para implementar a PBE? Que necessidades sente? Recursos/conhecimento</p> <p>O que considera que já sabe sobre este processo e/ou o que precisa de aprofundar?</p> <p>Quais as características que um líder deve apresentar (por exemplo, honestidade, humilde, capacidade de trabalhar em equipa)?</p>
Conclusiva/ Balanço	Resumir e validar o conteúdo da entrevista com o participante; Agradecer; Concluir a entrevista.	<p>Existe mais algum aspeto que gostasse de acrescentar e que ainda não tenha tido oportunidade de abordar?</p> <p>Resumo do conteúdo da entrevista;</p> <p>Agradecimento.</p>

APENDICE III

Consentimento Informado

Consentimento Informado

O estudo intitulado de “As Perceções de Líderes Formais de Enfermagem acerca da Prática Baseada na Evidência”, um estudo qualitativo descritivo exploratório, pretende conhecer as perceções de líderes formais de enfermagem sobre a PBE e as ações que empreendem para a implementar e sustentar, em instituições de cuidados de saúde portuguesas.

Este estudo decorre no âmbito do Mestrado em Gestão e Economia da Saúde da Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra em colaboração com a Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

Colheita de dados: Entrevista semiestruturada. O áudio da entrevista será gravado e, após a transcrição, o mesmo será destruído.

Participação: A sua participação nesta investigação é voluntária. Pode recusar participar na investigação ou sair da investigação a qualquer momento sem qualquer penalização. Ao longo de todo estudo será mantido/assegurado o anonimato, a confidencialidade e a proteção dos dados.

Benefícios: Como participante neste estudo não receberá nenhum benefício direto.

Riscos: Não existem riscos previsíveis envolvidos na participação neste estudo para além dos já existentes no dia-a-dia.

O estudo foi aprovado pela Comissão de Ética da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (Parecer nº P802/08-2021)

Para mais esclarecimentos, entrar em contacto com:

Investigador principal: Diana Gabriela Simões Marques dos Santos (estudante de mestrado)

Email: dianagabrielasantos@gmail.com

Contacto telefónico: 918960947

Eu, _____,
declaro que tomei conhecimento sobre os pressupostos do estudo intitulado de “As
Percepções de Líderes Formais de Enfermagem acerca da Prática Baseada Na Evidência” e
aceito participar de forma voluntária.

Assinatura: _____ Data: ____/____/____

Confirmo que expliquei ao participante acima mencionado a natureza, os objetivos e os
potenciais riscos do Estudo acima mencionado.

Nome do Investigador: _____

Assinatura: _____ Data: ____/____/____

APÊNDICE IV

Análise de Conteúdo

Tabela 1

Análise de Conteúdo – Domínio - Conhecimento dos Líderes Formais sobre a PBE

Categorias	Subcategorias	Unidades de Significado
Conceito de PBE	Utilização do Conhecimento Científico	<i>“É a prática sistematizada de implementarmos naquilo que é a prestação de cuidados, nomeadamente na área de enfermagem, naquilo que nos estamos a cingir, daquilo que são as evidências das melhores práticas clínicas para os domínios de atuação da área da enfermagem.” (E1)</i>
		<i>“A prática baseada na evidência para mim é, portanto... é o exercício de uma prática clínica baseada em pequenos estudos que nos trazem alguns resultados de melhoria ou não e que orientam um bocadinho alguns procedimentos.” (E2)</i>
		<i>“É irmos à procura do que temos em termos de fundamentação científica... que tenha... onde se tenham obtido os melhores resultados e no fundo utilizarmos estes resultados, que foram obtidos naquela investigação e para aquela situação em concreto.” (E5)</i>
		<i>“É trazer o melhor conhecimento científico para os contextos da prática... terminando com a decalagem que o conhecimento produzido e a sua utilização quotidianamente como rotina, isto é, a possibilidade de realizarmos melhores práticas, efetivamente, no contexto diário... que obviamente têm inúmeros benefícios.” (E6)</i>
		<i>“A prática, para mim, baseada na evidência é aquela que se alicerça em trabalhos de investigação atuais, que nos dão resultados e que vêm, no fundo, fundamentar aquilo que é feito, mas se não houver dados e se nós não fizermos esse percurso, estamos no mundo da teoria. Não é da teoria, é da experiência, mas sem fundamentação científica face ao contexto que estamos atualmente, século 21, e ao contexto em que está a enfermagem.” (E7)</i>
		<i>“...Digamos que é uma ferramenta... no fundo é uma ferramenta que nos permite... perante determinadas situações de procedimentos ou de... enfim que... situações da pressão de cuidados... utilizar o conhecimento já produzido e que dá evidência dos melhores resultados transpondo para a nossa prática no dia a dia...” (E8)</i>
		<i>“...A prática baseada na evidência é... o facto de nós termos em medida os conhecimentos para trabalhar, para se fazer melhor.” (E9)</i>
		<i>“Para mim o conhecimento baseado na evidência, digamos que é o elo de ligação entre o conhecimento teórico e científico e a prática de cuidados de enfermagem... digamos que é o conhecimento que se deve aplicar à prática, ou seja, a utilização da evidência científica à prática dos cuidados...” (E10)</i>

Tabela 1

Continuação

Categorias	Subcategorias	Unidades de Significado
Conceito de PBE (Continuação)	Utilização do Conhecimento Científico (Continuação)	<p>“É a... uma prática sustentada em conhecimento científico, não é? Quer dizer... é... é... é uma prática refletida, é uma questionada e é uma prática sustentada... e sustentada em conhecimento científico... e... atual...” (E11)</p>
		<p>“Na minha perspectiva tem a ver que... digamos que já há conhecimento prévio e estudos feitos sobre... sobre determinado tema, não é? E que... se já há evidência de que há um conhecimento prévio e já há estes resultados sobre... sobre esses... sobre esses... sobre esses estudos e que se são válidos e que são de poder aplicar depois em outros contextos, eu acho que traz... traz... já há evidência científica desses estudos prévios que houve mais valias para aquele estudo, não é? E eu penso, eu, na minha perspectiva, acho que a prática que é baseada na evidência tem a ver um bocadinho nesta... nesta perspectiva, já há conhecimento que nos diz que é... é... é válido e que traz mais-valias, para dar continuidade a todo esse conhecimento e toda essa...” (E12)</p>
		<p>“Eu considero que a prática baseada na evidência é nós sabermos o que é que os estudos... o que é que a investigação nos prova em relação a determinados assuntos da nossa prática de cuidados... e depois aplicar esses resultados à nossa prática clínica...” (E13)</p>
		<p>“A prática baseada na evidência... eu considero que... aquilo que a investigação nos traz e que... que me demonstra que a evidência vai melhorar a minha prestação de cuidados deve ser aplicada na prática... eu, se a evidência me diz que aquela determinada maneira é melhor e que se vai... e que vai melhorar a prestação de cuidados, sem dúvida que nós mudamos, não tenho dúvidas, mas não é preciso... isto é quase empírico” (E14)</p>
		<p>“É uma prática que tem que estar suportada por alguma coisa teórica cientificamente comprovada e que... e testada, claro... e que... pronto... toda essa parte seja, depois, aplicável na prática.” (E16)</p>
		<p>“Tendo por base os melhores referenciais teóricos em relação às práticas também.” (E17)</p>
	Envolvimento da Pessoa e da Família nos Cuidados de Saúde	<p>“No fundo assegurar a evidência da prática baseada na evidência, mas ao mesmo tempo absorver aquilo que é a perspectiva de cada um dos doentes e dos utentes nessa tomada de decisão final...”; Como é que nós conseguimos aliar aquilo que é a evidência que vamos... que se vai produzindo, e fazer articular isso com a perspectiva individual de cada um que está nas nossas mãos... Atendendo àquilo que é o sistema de crenças de cada um, àquilo que é espiritualidade de cada um, àquilo que é o contexto sociofamiliar, e sociocultural de cada um... E eu penso muito sinceramente e olhando para as minhas equipas, que nós temos um longo caminho a fazer, que é esta capacidade de nos moldarmos e fazemos chegar aquilo que são as melhores evidências e, portanto, essa partilha de conhecimento à característica individual intrínseca de cada um... Eu acho que há um grande trabalho a fazer-se nessa área e, nomeadamente aqui, internamente, temos muito essa dificuldade, até porque depois temos todo um conjunto de fatores que de alguma forma também nos fazem menosprezar essa... essa área, esta lógica de... (E1)</p>

Tabela 1

Continuação

Categorias	Subcategorias	Unidades de Significado
Conceito de PBE (Continuação)	Envolvimento da Pessoa e da Família nos Cuidados de Saúde (Continuação)	<p>(Continuação)</p> <p><i>a tal uniformização daquilo que é a entrega da prestação de cuidados, muitas vezes, pode ter um lado obscuro que é a incapacidade que nós temos de fazer essa entrega de cuidados, olhando para a individualidade de quem está do lado de lá, portanto, com tanto referencial, com tanta obrigação de atender a determinados princípios, muitas vezes, fica para segundo plano as particularidades individuais e as características de cada um...”; “As pessoas continuam a sentir-se muito isoladas naquilo que é o suporte para a tomada de decisão, não é? E muitas vezes, o que é que dizem? Entregam, neste caso, na maior parte das vezes ao médico, esta lógica de... se entende que é o melhor para mim, eu vou aceitar, não é?E, portanto, porquê? Porque de facto não há aqui a capacidade e o sistema não está desenhado para suportar a decisão também do próprio utilizador do serviço e garantindo que alguém está ali para o apoiar e, portanto, ele poder recorrer a outras, no fundo, vias para esclarecer-se, não é? E enquadrar aquilo que será a melhor decisão para ele próprio, mas eu penso que isso é um problema cultural e tem muito a ver com o percurso que nós fazemos, quer dizer...”</i> (E1)</p>
		<p><i>“A prática baseada na evidência... A enfermagem é uma ciência que já tem alguns anos... Existem vários trabalhos de investigação no campo da enfermagem e foi... é produzido bastante conhecimento nos últimos anos. Essa prática depois deveria traduzir-se em cuidados de saúde centrados no cliente e na família com uma qualidade muito superior, se calhar, ao que temos na realidade. É assim... o âmbito do nosso trabalho é o utente e a sua família e os nossos cuidados devem ser centrado nele e, portanto, nós devemos ter conhecimentos científicos sólidos para podermos praticar esses cuidados de enfermagem.”</i> (E3)</p>
		<p><i>“Porque para a adesão de um tratamento, melhor adesão de um tratamento, claro que temos de ter o consentimento da pessoa... E se adequarmos ao seu estilo de vida, à sua maneira de ser, à sua... de forma holística, ou seja, tendo em conta a sua parte psicológica, física, claro que vamos ter melhor feedback... [...] Exatamente, pronto, então, temos sempre de adequar à pessoa que temos à frente para depois também termos uns melhores resultados.”</i> (E4)</p>
		<p><i>“Depois é claro que existem aqui outras questões associadas, nomeadamente a aceitabilidade para o principal interessado, que é o cidadão, não é? Porque a melhor prática se não for devidamente enquadrada e explicitada pode ser algo particularmente exigente ou não reconhecido como adequado aos contextos culturais e sociais e neste sentido há que prevenir que o principal interessado esteja devidamente envolvido e tenha manifestado a aceitação, relativamente à boa prática.”</i> (E6)</p>
		<p><i>“Melhorar as experiências e envolver os doentes na prática, na tomada de decisão... envolver sempre o doente, porque se nós não envolvermos o doente, podemos estar a pensar que lhe estamos a prestar um cuidado de excelência, e não estamos, porque não é aquilo que o doente pretende, não é? [...] Pode ser melhor no nosso ponto de vista e na nossa perspetiva, mas não é na perspetiva do utente...”</i> (E10)</p>

Tabela 1

Continuação

Categorias	Subcategorias	Unidades de Significado
Conceito de PBE (Continuação)	Envolvimento da Pessoa e da Família nos Cuidados de Saúde (Continuação)	<p>“E que logicamente que... as... a minha tomada de decisão... para além de ser sustentada em conhecimento científico tem que ser sustentada naquilo que é o interesse do doente, não é? [...] Naquilo que são as preferências do doente, porque é com ele que temos que construir todo o processo de cuidados e, portanto, temos que o ter sempre presente na tomada de decisão... Eu digo muitas vezes que... nós temos que ser merecedores da confiança que os doentes depositam em nós... nós temos... eles colocam, muitas vezes, nas nossas mãos a decisão sobre a sua saúde... [...] A decisão sobre a sua vida, muitas vezes... porque dessa... dessa saúde depende também a sua vida... e nós temos que ser merecedores dessa confiança... e, portanto, temos que fazer o melhor por eles, não é? Mas tendo-os sempre presente na decisão, porque... porque eu tenho que ir ao encontro daquilo que... não é? Que eles gostam... que, muitas vezes, é diferente daquilo que eu gosto... não é? Da forma como eles vivem as coisas que é diferente da forma como eu as vivo... Portanto, e a minha tomada de decisão, para além de ter... de ter... de ter que ser sustentada... não é? Naquilo que é a boa prática... A boa prática tem implícito o doente, porque os cuidados são para ele... Portanto, tentem procurar saber... Portanto, é procurar ter sempre o doente... o doente, não é? No centro... [...] das nossas decisões e dos cuidados que lhes vamos prestar...” (E11)</p>
		<p>“Devem produzir uma melhor adequação da nossa prática de cuidados às expectativas dos utentes e àquilo que é esperado que a nossa prática produza nos utentes... os reflexos da nossa prática no nível de saúde dos nossos utentes...” (E13)</p>
		<p>“E ir ao encontro um pouco... ao perfil do cliente, do utente que temos à nossa frente, tendo em conta também as suas crenças, quer culturais, quer religiosas... será em parte por aí...” (E17)</p>
	Consideração da Experiência Profissional	<p>“E toda a informação, todo o conhecimento que adquirimos na escola, claro, que depois o vamos pôr em prática e... vamos pôr em prática e adaptar às situações e a cada doente... mesmo, às vezes, temos vários estudos que são feitos e que dizemos que algum tratamento, por exemplo, dando um exemplo... que algum tratamento é adequado a determinado doente, nós temos sempre que adequar à pessoa que temos à nossa frente, pode claro ser um tratamento adequado para um doente e não para o outro e essa prática que temos todos os dias vamos sempre afinando... A experiência diz-nos muito e vão sempre surgindo situações novas e que temos de procurar cada vez mais conhecimento e que algumas situações até pode haver, que sejam praticáveis num doente e noutra não... com os mesmos... temos sempre de saber gerir as situações que temos à frente e pode... algumas... a mesma situação pode dar para um doente e não para outro... Dependendo, e essas avaliações, daí tiramos a prática baseada na evidência, ou seja, até podemos... estudar que algo deve ser feito de determinada maneira, mas quando temos a experiência conseguimos perceber que, se calhar, não é bem daquela forma e adquirir esse conhecimento através da nossa prática diária... eu acho que é esse sentido que... depois até podemos sempre aplicar determinados conhecimentos e estudos que fazemos... a nossa prática vai-nos sempre... acrescentar mais valor ao conhecimento que já temos e complementar...” (E4)</p>

Tabela 1

Continuação

Categories	Subcategories	Unidades de Significado
Conceito de PBE (Continuação)	Consideração da Experiência Profissional (Continuação)	<i>“A prática baseada na evidência é, no fundo, a construção... de melhores cuidados de enfermagem com aquilo que se vai vivenciando no dia-a-dia. As nossas próprias experiências é que permitirão depois desenvolver a capacidade de prestar melhores cuidados... eu acho que também é muito influenciada pela capacidade de cada um de nós...” (E15)</i>
	Consideração do Contexto	<i>“Mas também pelo contexto externo... não é... mesmo... na construção da prática baseada na evidência não é a mesma coisa que trabalhar no HP-EPE ou no HP-SPA [substituídos nomes originais dos hospitais]... não é? Porque temos influências externas... Essa construção tem fatores de influência... fatores internos, externos, naturalmente, em relação ao coletivo... depois toda a envolvente ambiental também interfere muito.” (E15)</i>
Impacto da PBE nos Resultados em Saúde	A Efetividade dos Cuidados de Enfermagem	<i>“Desde logo tenderá a ter um impacto naquilo que é a qualidade da prestação de cuidados per si e depois também é de alguma forma... a uniformização de práticas alinhadas por aquilo que é o melhor conhecimento disponível à data para essa prestação de cuidados.” (E1)</i>
		<i>“É assim, se nós levarmos o conhecimento científico para a prática clínica vamos ter sempre melhores resultados... Por exemplo, eu acho que quando implementamos uma medida, por exemplo, vamos fazer só lavagem com água e sabão neutro, e não fazer a desinfecção com iodopovidona. Vamos ter melhores resultados.”; “Vamos ter menos custos... Vamos reduzir o custo do... quanto poupamos em antibióticos? Tudo isto seria importante... termos uma maior evidência, eu sei que ela há, porque as coisas são feitas, mas, se calhar, serem publicitadas. Vamos conseguir disponibilizar mais tempo para os cuidados de saúde. Porquê? Porque conseguimos ser mais eficientes na nossa gestão de trabalho diária. Ou seja, não perdemos tempo no que é supérfluo e centramo-nos no que é de facto importante para os cuidados.” (E3)</i>
		<i>“Os benefícios para o cidadão, em termos de ser melhor cuidado, para obter os melhores resultados e ser melhor cuidado significa desde logo...”; “Se acreditamos na ciência, isto significa que praticar de acordo com a melhor evidência é uma melhoria significativa da qualidade de cuidados... e, portanto, se os cuidados são realizados de acordo com o melhor conhecimento existente, isso quer dizer que não de ser os mais eficazes para resolver os problemas das pessoas, não de ser os mais efetivos para gastar, desperdiçar os recursos e não de ser os mais adequados também para os profissionais que os prestam, não só em termos de autoconsciência de eficácia, mas também em termos de até minorar riscos para os profissionais do exercício quotidiano... e, portanto, para mim a prática baseada na evidência é sobretudo esta possibilidade de trazer o conhecimento... o melhor conhecimento para os contextos... melhorar a qualidade dos cuidados.”; “Do lado das organizações, também as questões dos desperdícios, porque muitas vezes a inexistência de conhecimento sobre qual é a melhor prática perpetua práticas que não só são erróneas, e podem provocar maus resultados para os cidadãos e má imagem para as organizações, por consequência... mas também, muitas vezes, o estar-se a gastar, a investir, a desperdiçar tempo e recursos, muitas vezes, muito caros, que se fossem feitos de modo distinto de acordo com a boa prática, esse desperdício não ocorreria, não é? [...] Portanto, há aqui as questões dos custos...” (E6)</i>

Tabela 1

Continuação

Categorias	Subcategorias	Unidades de Significado
Impacto da PBE nos Resultados em Saúde (Continuação)	A Efetividade dos Cuidados de Enfermagem (Continuação)	<p>“Tem um impacto completamente diferente nos doentes, porque se nós temos um profissional capacitado, que sabe estar, que sabe argumentar, que tem conhecimento profundo, o doente que está à nossa frente apercebe-se disso. Mas o nosso objetivo não é que o doente se aperceba, o nosso objetivo é que aquele doente saia melhor tratado.” (E7)</p>
		<p>“O impacto é no... a melhor prática, ou seja, se eu não faço, por exemplo, ou não tinha por hábito fazer a lavagem da sonda pré-alimentação, só fazia pós-alimentação... se eu estou... começo a fazê-la antes, se faço a verificação do conteúdo e depois faço lavagem... é uma prática que está sustentada na evidência e, portanto, que é uma boa prática que não se fazia, e passou-se a fazer...”; “O melhor conhecimento acrescenta qualidade... acrescenta qualidade e segurança... [...] aos doentes, obviamente, porque se eu estou a fazer um procedimento e não estou a utilizar todas as medidas, todas as... enfim... as orientações para aquele procedimento que estão de acordo com a melhor prática... estou a eventualmente a ser negligente e estou eventualmente a fragilizar os cuidados, no sentido de que não estou a dar melhor resposta e que podem-me estar a passar algumas situações de... de... de... de... menor prática... de não boa prática... [...] que, obviamente, tem impacto, depois na qualidade dos cuidados prestados...” (E8)</p>
		<p>“Melhora a qualidade, melhora os cuidados aos doentes, acho que... em todos os sentidos, acho que é muito bom.” (E9)</p>
		<p>“Para mim, a prática baseada na evidência, melhora a prestação dos cuidados... é a redução dos custos... e tem resultados em saúde em benefício do próprio doente, em termos de qualidade dos cuidados...” (E10)</p>
		<p>“Não há cuidados de qualidade sem... sem... sem uma prática sustentável em conhecimento científico...” (E11)</p>
		<p>“Melhora a qualidade dos cuidados... penso que sim, porque o objetivo sempre é melhorar as práticas e nós enquanto... profissionais, queremos cada vez mais... é melhorar a nossa prática e se há um conhecimento prévio que nos diz que já é válido e que já há uma garantia de melhoria, tudo leva... para mim é... é fundamental para a prática dos cuidados, mas também para o próprio profissional, porque o próprio profissional também tem mais valias em conhecer essas... esses... essa evidência também já, não é?” (E12)</p>
		<p>“É esperar que aquilo que os estudos apontam e aquilo que os estudos nos dizem depois de aplicado à prática clínica... produza melhores resultados a nível da saúde do utente...” (E13)</p>
		<p>“Aumenta a qualidade, sem dúvida...” (E14)</p>
		<p>“Melhora sempre a qualidade, porque tendo um bom conhecimento científico temos muito mais bagagem para atuarmos na prática...” (E16)</p>
<p>“Por exemplo, de um... casos muito, muito concretos... e aqui na unidade... que houve ganhos brutais em termos de... de ganhos em saúde”; “Custos também económicos... menores custos.” (E17)</p>		
	Valor Positivo	<p>“...O valor... a 100%. Acho que é extremamente importante...” (E8)</p>

Tabela 1

Continuação

Categorias	Subcategorias	Unidades de Significado
Impacto da PBE nos Resultados em Saúde (Continuação)	Valor Positivo (Continuação)	<i>“Espetacular, acho que sim, acho que é fundamental...” (E9)</i>
		<i>“O valor é sobretudo positivo, porque se os enfermeiros... digamos, prestam os cuidados por repetição, sem terem profundamente um juízo crítico do que é a evidência científica para aquela prestação de cuidados, podem estar a prestar um mau cuidado, sem terem consciência disso.” (E10)</i>
		<i>“É fundamental, é fundamental, quer dizer assim... para mim não há boa prática se a prática não for... não é? Não há uma prática de qualidade se a prática não for sustentada naquilo que é a evidência, na melhor evidência, não é? E, portanto, nem a penso de outra forma, como eu costumo dizer...” (E11)</i>
		<i>“Eu acho que é positivo, sim, sim, sem dúvida... Porque eu, se já há evidência, porque... a evidência é... quer-nos dizer que já há algo estudado... [...] E algo feito sobre aquele tema e... ou sobre aquela situação ou sobre, pronto... se há já evidência que há boa, há uma boa prática ou que já há... eu acho que só pode trazer bons... bons contributos para a prática...” (E12)</i>
		<i>“Um valor positivo... muito positivo...” (E13)</i>
		<i>“Acho que tem um valor positivo... acho que não tem ainda... não lhe é dada a devida importância, no fundo por todos nós, porque entramos, muitas vezes, numa rotina que não nos permite refletir sobre as nossas práticas.” (E15)</i>
		<i>“Um valor muito significativo, na minha opinião tem um valor muito significativo.” (E16)</i>
	<i>“Um valor muito positivo. Muito honestamente, só assim é que consegues mudar... também, muitas vezes, práticas implementadas há muitos anos nos serviços e com ganhos evidentes.” (E17)</i>	
	Segurança dos Cuidados de Saúde	<i>“Vamos diminuir o número de doentes que vão ficar infetados na pós-algaliação.” (E3)</i>
		<i>“... o risco de prevenir danos, mas não só o risco de prevenir danos, do lado negativo... do lado positivo, o potencial para obter os maiores benefícios dos cuidados que recebe...” (E6)</i>
		<i>“E se nós conseguirmos, quanto mais os profissionais estiverem capacitados, melhor os doentes saem tratados, menores complicações têm, menos reinternamentos existem...” (E7)</i>
		<i>“A colocação da sonda, pronto... habitualmente, faz-se um Raio-X ou nem isso... é mais, por auscultação... acrescentou-se-lhe a questão da avaliação do pH, portanto, mais uma questão de segurança, portanto, há... há aqui questões fundamentais... de qualidade e segurança nos procedimentos que estamos a utilizar...” (E8)</i>
		<i>“Se eu não tiver... se a... se a boa prática me diz que esta é a melhor forma de resolver a situação... é esta a boa prática que eu tenho que adotar, porque se eu não a adotar, eu posso estar a comprometer os cuidados ao doente...” (E11)</i>
		<i>“E, portanto, um suporte muito maior, uma segurança muito maior...” (E16)</i>

Tabela 1

Continuação

Categorias	Subcategorias	Unidades de Significado
Impacto da PBE nos Resultados em Saúde (Continuação)	Segurança dos Cuidados de Saúde (Continuação)	“Menores dias de internamento também...” (E17)
	Satisfação e Valorização Profissional	“Vendo isto, há muitos resultados que se conseguem, desde logo... para já, o sentimento que eu penso... que é fácil de recolher nas equipas que é o sentimento de atualidade... que eu penso que é muito importante nas equipas, ou seja, as equipas terem a noção de que, de facto, estão... atualizados, não é? Atualizados, como pontas de lança, de facto, daquilo que são os cuidados que se entregam... e esse sentimento, penso que é um dos sentimentos mais nobres que... no âmbito enfermagem, podemos ter...” (E1)
		“É assim, o impacto que tem... tem de ter um impacto significativo forçosamente, porque se nós utilizamos as práticas que são fundamentadas e baseadas nos melhores resultados que temos publicados, se os enfermeiros tiverem disponíveis para apreender este conhecimento, vá lá... porque também têm de apreender este conhecimento, e se cumprirem as diretivas, as orientações, e a boa prática, não é? E se, se integrarem, se vincularem à instituição e nomeadamente àquilo que é a sua missão e a visão, estou a falar aqui relativamente à... direção de enfermagem... para os enfermeiros só pode ter bom resultado em termos de satisfação profissional e se os enfermeiros tiverem uma boa satisfação profissional, normalmente, isto repercute-se numa melhor qualidade dos cuidados, numa maior satisfação dos utentes, numa maior eficiência da... eficiência, eficácia na gestão dos recursos quer materiais, quer humanos e, portanto tem tudo a ganhar.” (E5)
		“Também as questões da imagem organizacional, não é? Porque quando os resultados não são os melhores, os cidadãos também veiculam uma imagem das organizações, que lhes é perniciosa, que se descola indelevelmente e que faz com que quem está de fora a olhar para as organizações tenha uma má imagem delas, não é? Também podem ocorrer ganhos adicionais, que é os profissionais tornarem-se mais proficientes, mais competentes, e também mais realizados no próprio processo de prestação dos cuidados... Portanto, as vantagens e os ganhos são diversificados...” (E6)
		“Na unidade, temos vários colegas com formação pós-graduada em tratamento de feridas... criaram um grupo e criaram um protocolo de atuação... e monitorizaram também a evolução e os procedimentos no tratamento das feridas. Qual foi o impacto que isso teve? Teve um grande impacto junto da equipa de saúde, dos outros profissionais de saúde que reconheceram o mérito...” (E17)
	Satisfação da Pessoa Cuidada	“Depois é a própria satisfação que é passível ser medida nos utilizadores de serviços... E eu acredito muito sinceramente.” (E1)
		“Melhores níveis de satisfação do utente.” (E3)

Tabela 1

Continuação

Categorias	Subcategorias	Unidades de Significado
Impacto da PBE nos Resultados em Saúde (Continuação)	Satisfação da Pessoa Cuidada (Continuação)	<i>“Outcomes muito mais significativos e se for bem feito não são só outcomes de melhor saúde, mas são também outcomes em termos de melhor satisfação... e havendo melhor satisfação, melhor aceitação, também melhor adesão ao regime terapêutico que lhe está a ser proposto e, por consequência mais garantia de incorporação nos projetos de saúde, nos projetos de vida e de saúde da própria pessoa, garantindo que ela vai seguir as indicações, garantindo que ela vai ter melhor saúde, também porque estes fenómenos da aceitação, da adesão, da satisfação voltam a entrar como novos inputs e voltam a potenciar ciclos quase viciosos de melhores resultados...”</i> (E6)
Autoperceção do Conhecimento sobre PBE	Autoperceção sobre a Necessidade de Conhecimento	<p><i>“O que é que eu preciso de aprofundar para dar robusteza a esta questão da prática baseada na evidência? Bom, desde logo, planeamento... e aí, eu faço uma autorreflexão, eu e nós, talvez, ainda fruto do pequeno percurso que estamos a desenvolver, temos grandes lacunas naquilo que é o planeamento e sistematização daquilo que é a estratégia da direção de enfermagem... isto vai-se ganhando com o tempo, vai-se encontrando espaço também para isso. As organizações, provavelmente, nunca estiveram habituadas ou nunca tiveram tempo para pensar que as diferentes áreas que a compõem devem ter um posicionamento estratégico... obviamente alinhados com aquilo que é o objetivo e a missão e os valores da organização, mas que cada área deve ter uma estratégia definida que ajude a alavancar aquilo que são os objetivos e a missão da casa... E, portanto, há um grande trabalho que eu tenho que fazer, eu e a nossa direção de enfermagem que é... planear, estruturar, sistematizar, definição de metas, definição de estratégias com objetivos que possam ser mensuráveis e os resultados a atingir... Portanto, há aqui de facto um trabalho a ser feito... ora, consolidando isto, um dos domínios, de facto, pode e deve ser a prática baseada na evidência e de que forma é que nós damos ainda mais robustez para que isto aconteça no dia a dia, ou seja, ... há muitos domínios na área de enfermagem que têm que ser deixados... temos que deixar de olhar para eles como eventos esporádicos... tem que ser filosofia do dia a dia, quando nós conseguimos colocar isso na filosofia do dia a dia... então, nós temos o percurso a ser feito e a ser verdadeiramente consolidado...”</i> (E1)</p> <p><i>“Eu acho que todo o líder precisa de beber, primeiro, pessoalmente, não é?”</i> (E2)</p> <p><i>“Nós não dominamos todos os assuntos e todos os dias temos de procurar...”</i> (E3)</p> <p><i>“Há coisas que lá está, eu não sei tudo, não é? O que desconheço procuro fazer o meu trabalho de casa, vá digamos... para depois lhes apresentar, apresentar à equipa.”</i> (E4)</p> <p><i>“E, portanto, é aprofundar os conhecimentos, solidificá-los, dominá-los melhor no uso... E, sobretudo treinar... E como isto nos abre portas de estarmos em contacto permanente com o JBI, recebermos as atualizações, participarmos de webinars e reuniões alargadas... Eu penso que é um processo um pouco natural, não é? É um desenvolvimento contínuo que se perspetiva natural... está na calha, está no caminho...”</i> (E6)</p>

Tabela 1

Continuação

Categorias	Subcategorias	Unidades de Significado
Autopercepção do Conhecimento sobre PBE (Continuação)	Autopercepção sobre a Necessidade de Conhecimento (Continuação)	<i>“Também precisamos, às vezes, ter pares ou pessoas de nível superior ou outros de fora que venham ter conosco e que nos ajudem a identificar as nossas zonas cinzentas, porque também temos de ter esta humildade, porque depois criamos zonas cinzentas que não nos vamos apercebendo, e que temos que ir colmatando à medida que vamos crescendo enquanto líderes, enquanto gestores, enquanto profissionais, porque os contextos...”</i> ; <i>“Olha eu gostava de voltar... eu gostava muito... eu considero que é muito importante para quem está na liderança e na chefia de vez em quando voltar aos bancos da escola, à comunidade académica, nem que seja por pouco tempo... para mim ir beber aos bancos da escola ou trabalhar fora, noutras... quando eu fiz os cursos que fiz, que passei fins de semana inteiros a fazê-los, quando eu antes da pandemia fui voluntariamente dar a colaboração nalguns cursos... isso ajuda-nos a abrir horizontes também, a perceber outras... isso também é muito importante para nós e, às vezes, porque depois tirar o curso de gestão...”</i> (E7)
		<i>“Aí, a minha percepção é que eu sinto sempre que tenho que estar atualizada em termos de conhecimento, e tenho que estar sempre e... Ir à procura... Ir à procura, sim.”</i> (E10)
		<i>“Eu acho que... temos... estamos sempre a aprender, eu sou... sou... sou um bocadinho tenho esta capacidade de... nós nunca sabemos tudo, temos sempre coisas para aprender...”</i> (E12)
	Autopercepção sobre o Investimento Formativo	<i>“É sobretudo... a próxima etapa é continuar a investir no sentido de solidificar conhecimentos mais diferenciados de pormenor, porque eu acabei de fazer o train the trainer do JBI... E, portanto, fiz formação avançada...”</i> (E6)
		<i>“Sem ser esse curso de gestão, eu fui buscar muito estudo na área do coach, na área da programação neurolinguística... eu sou master em programação neurolinguística e de gestão de equipas, de gestão de conflitos, é preciso ler muito, é preciso... é preciso ter visão... A gestão da mudança foi uma área que trabalhei muito, a comunicação, a área da comunicação era uma área que eu fazia formação nesta área.”</i> (E7)
		<i>“Eu fiz uma pós-graduação em gestão... porque achava que precisava de ter mais conhecimentos sobre a área da gestão e fiz uma pós-graduação... mas mesmo assim, mesmo assim, foi muito importante fazer essa pós-graduação, mas às vezes... há coisas na prática que a gente, às vezes, tem sempre dificuldade em gerir melhor...”</i> (E12)
		<i>“Eu acho que invisto alguma coisa... provavelmente, se tivesse 40 anos tinha um investimento maior, mas não... mas ainda, ainda... ainda me considero atualizada, ainda me considero...”</i> (E13)
		<i>“Tenho vontade e tento arranjar disponibilidade também para a construção de conhecimento científico... faço, inclusive, parte de um grupo de melhoria das condições para a prática do tratamento de feridas.”</i> (E15)

Tabela 2

Análise de Conteúdo – Domínio - Estratégias para a Implementação da PBE

Categorias	Unidades de Significado
Divulgação e Disponibilização de Recursos	<p><i>“Nós, talvez, de uma forma informal tentamos passar essa mensagem que é: nós estamos sempre disponíveis para nos moldarmos ao outro, nós construímos um sistema de valores que nós dizemos que é... aquilo que deve ser a enfermagem num abrir e piscar de olhos... construímos uma pequena matriz que de alguma forma tem de forma muito em flash, aquilo que deve ser a postura de cada um face ao contexto em que está... coisas como abstermo-nos de juízo de valores, olharmos para a individualidade e respeitarmos a individualidade de cada um, a necessidade de estarmos sempre disponíveis para corresponder àquilo que são expectativas de quem cuidamos... apesar de ser algo muito incipiente e, portanto não ser, se calhar, algo sistematizado que promova essa tomada de decisão também baseada naquilo que é a perspectiva de cada um dos nossos doentes e dos nossos utilizadores de serviços...”; “É sempre dito a todos os responsáveis... que a formação que os profissionais queiram encetar e que esteja obviamente alinhada com aquilo que são os objetivos da casa, está sempre disponível formação para isso e, portanto, não há entraves a percursos formativos, obviamente que estejam alinhados com os circuitos que temos e assistência que temos... E, portanto, é luz verde desde a primeira hora para participar em tudo o que é formação e obviamente incluir nos planos de atividades esta lógica da formação contínua em todas as equipas.”; “Periodicamente, eu não consigo dizer que não é algo formal que tenho, mas periodicamente... eu preparo a informação que liberto para todos os profissionais sobretudo o que são referenciais de conhecimento promovidos pela ordem dos enfermeiros. Portanto, tudo o que são ou guias de boas práticas ou inclusivamente a disponibilização das bases de dados que existem... [...] Via ordem dos enfermeiros, ciclicamente, eu lanço em jeito de lembrete, estas metodologias, estas bases... [...] Obviamente que, se calhar, não tenho isto formalmente documentado, enquanto estratégico, plano de atividades da direção de enfermagem, mas tenho como uma prática quase informal de disseminação daquilo que poderão ser as melhores práticas, portanto, tudo o que são cadernos de boas práticas que vão sendo produzidos pela ordem dos enfermeiros, aquilo que são a disponibilização das bases de dados. Ciclicamente, envio para todos os enfermeiros da minha instituição estas... estes lembretes de ferramentas que temos ao nossos dispor.”; “A construção de referenciais na própria instituição, com a disseminação de políticas de prestação de cuidados, de orientações técnicas baseadas naquilo que é a melhor evidência disponível e obviamente a discussão dessas práticas no seio da equipa e de partilha entre os diferentes elementos...” (E1)</i></p>
	<p><i>“Passa por os motivar a fazer um estudo e dando algumas referências...” (E2)</i></p>
	<p><i>“Pronto, o que é que fiz? Para a implementação? Fiz um pequeno vídeo em que demonstro o uso do... como, do garrote e como o fazer...” (E4)</i></p>
	<p><i>“É assim, isso é... isso, essa questão começa logo por ser... estar integrada no nosso padrão de cuidados, não é? Nós temos um padrão de cuidados que está elaborado, é feito... e é feita uma integração às pessoas que vêm para a instituição e no fundo, a forma, ou seja, a forma como nós queremos que sejam prestados cuidados no HP-EPE [substituído nome original do hospital], isso é dito às pessoas quando elas vêm para o HP-EPE [substituído nome original do hospital]...”; “E damos-lhe uma matriz para o qual eles têm que orientar o seu desempenho, nunca perdendo de vista a capacidade de decisão, não é? Porque cada enfermeiro... cada doente é um doente, cada situação é uma situação, as situações são todas diferentes, e portanto, a tomada de decisão do enfermeiro perante uma situação, não é a tomada de decisão... ou melhor, a tomada de decisão do enfermeiro perante a mesma situação com um doente, pode não ser a mesma tomada de decisão perante um outro doente com a mesma situação... [...] Porque os doentes são diferentes...”; “Por isso é eu muitas vezes, aquilo que eu acho importante, eu envio e-mails para todos, que é para informação chegar da mesma forma a toda a gente.”; “Quando são coisas mais importantes vai para e-mail e vai uma mensagem a dizer consulte o seu e-mail.” (E5)</i></p>

Tabela 2

Continuação

Categorias	Unidades de Significado
Divulgação e Disponibilização de Recursos (Continuação)	<p>“Também são nossas estratégias, a promoção e a disponibilização de algumas revisões sistemáticas... e, ainda, sobretudo agora estas formas deliberadas, intencionais, estruturadas, programadas de fazer implementação e nesse sentido, não só, produzimos implementação própria, com autoria e iniciativa... como acolhemos e sobremaneira bem todas as intencionalidades de implementação que venham de fora...”; “Fazemos muita coisa neste domínio de utilizar os recursos de comunicação para tornar conhecido o trabalho que produzimos...” (E6)</p>
	<p>“Lembro-me que a determinada altura numa das áreas que eles achavam que se devia fazer, e não havia um folheto, e eu um dia disse, mas... alguém que estava a falar comigo no gabinete, e eu disse: mas porque é que não faz? O que é que o impede de fazer? Eu estou cá para vos ajudar... E então tento sempre que encontro algum... alguém com algum perfil, motivar.... Estas coisas não podem ser impostas, porque senão, depois não se desenvolvem. Na fase em que estamos, temos que criar uma agregação de outra maneira. E, portanto, e na altura eu dei-lhes algumas orientações, de alguma busca até que eu tinha feito nos computadores, e mostrei-lhes algumas áreas do conhecimento que eles não conheciam a nível internacional e depois eles fizeram o resto”; “Depois eu também procuro que as pessoas... se eu souber que há recursos de bolsas na comunidade para as pessoas concorrerem, por exemplo, ainda agora vi uma bolsa de investigação... penso que é de investigação na área da dor que está publicitada na ordem dos enfermeiros, por acaso foi esta semana que vi, mas não tenho nenhum enfermeiro com critérios para... Porque senão já estava a dizer: olha atenção àquela bolsa. Porque também é importante... e eles concorrerem a bolsas ou da FCT ou a outras que a gente tenha conhecimento.”; “No horário de novembro, tive a ver os dias que eu dei às pessoas para comissões gratuitas de serviço, grupos de trabalho, etc... correspondia, exatamente, ao número de horas extraordinárias que eu paguei ao pessoal...” (E7)</p>
	<p>“Depois criámos neste... no âmbito deste projeto, criámos um grupo do WhatsApp, por onde fazemos a divulgação... enfim, de toda a informação que tem sido fornecida, nomeadamente pela escola...”; “Mandamos lembretes de... de tempos a tempos... olha, atenção saiu mais isto... olha, atenção verificou-se isto, portanto, é...”; “Depois disso aí... há um tempo dedicado para que as pessoas possam... desenvolver esse trabalho de uma forma consistente e não em cima do joelho...”; “Aquilo que se faz e se produz no serviço vai chegando a todos... [...] que estejam todos envolvidos da mesma forma com certeza que não estarão, mas que... acho que genericamente... genericamente chega, genericamente implica as pessoas... os lembretes por... por... neste... nestas... grupos de WhatsApp ou... ou por mail ou nas passagens de turno... nas passagens de turno...” (E8)</p>
	<p>“Sempre que eu sei, digo: atenção, olhem vai haver esta formação, estejam atentos...”; “Dou tempo para as pessoas se organizarem, falarmos de temas que sejam importantes, que eu acho que tenham aplicação prática, que tenham evidência, que tenham aplicação prática...” (E9)</p>
	<p>“Tento um bocadinho estimulá-los em que eles também vão à procura da informação, estimulá-los... quer seja com, às vezes, até com bibliografia que eu própria leio... aconselho-lhes a lerem aqueles documentos... quer, às vezes, documentos que eu tenho, e que acabo por partilhar com eles até por e-mail.” (E10)</p>
	<p>“Eu... tenho os elos... a quem dou algum tempo para trabalharem...” (E11)</p> <p>“O que eu procuro é que os enfermeiros estejam atualizados sobre a informação disponível acerca da nossa prática... que tenham a informação e que depois no dia a dia apliquem esses... esses conhecimentos... disponibilizar informação.” (E13)</p>

Tabela 2

Continuação

Categorias	Unidades de Significado
Divulgação e Disponibilização de Recursos (Continuação)	<i>“Eu levei uma proposta a conselho que foi aprovada que diz o seguinte, que eu não conheço nenhum outro hospital que faça isto... qualquer enfermeiro que queira ter um papel ativo num evento científico, o hospital comparticipa ou colabora naquilo que sejam despesas de inscrição, despesas de deslocamento e atribuição de tempo efetivo para a realização desse trabalho...” (E15)</i>
	<i>“Eu dou todas as oportunidades à minha equipa de trabalho para que possa fazer as formações que desejem.”; “Agora estamos com dois ou três projetos em mãos, que iniciámos agora... agora desde que eu vim... e eu... os projetos já estão, já temos os timings, já começámos a... já fizemos alguma coisa, nestas duas semanas que passaram, e penso que estão num bom caminho, só que tenho que... que dar horas suplementares aos enfermeiros.” (E16)</i>
	<i>“Atribuímos sempre tempo, quer aos grupos de trabalho, quer... e é um incentivo muito grande para a parte da formação, nomeadamente sempre que o enfermeiro que... o estatuto trabalhador-estudante damos a todos os que querem fazer formação, incentivamos as pessoas a participarem em congressos e eventos científicos também com trabalhos que têm por base a unidade, o próprio hospital incentivar as pessoas a fazer, comparticipa em termos de ajudas de custo, há um grande incentivo à formação deste...” (E17)</i>
Reflexão sobre a Prática Clínica	<i>“Promover o espírito pela busca do conhecimento nas equipas e depois ter práticas sistematizadas de partilha de conhecimento... e não apenas no seio da equipa, ou seja, fazer isto transversalmente em toda a instituição...”; “Incorporar aquilo que são os momentos de formação, na lógica da formação em serviço, portanto, termos aqui a formação não apenas com aquele cariz formal, tem que ser algo devidamente planeado, sistematizado, antecipado e, portanto, quase coloquial, cerimonial, como muitas vezes brinco com esta questão da formação... (riso). Mas de tornar a formação e de tornar estes momentos, uma prática do dia a dia e, portanto, utilizar os momentos de transição de cuidados, os momentos de passagem de turno para que esta disseminação também se possa fazer...”; “Mas depois encontrar espaço naquilo que são os momentos de passagem de turno ou formação em serviço para disseminarem, sistematizar essas orientações... e promover a discussão e obviamente se há aspetos que entendemos que do ponto de vista até da evidência, já temos outros entendimentos, então fazer subir esse esse... essas sugestões e esses comentários então aos grupos, que para alguma forma sistematizam esse... esse trabalho...; “É entregar nos enfermeiros responsáveis, esta quase obrigação de nós termos momentos de formação em serviço alinhadas com aquilo que são as orientações que vão sendo emanadas e, portanto, criar-se esse espaço nas equipas através dos enfermeiros responsáveis da área...” (E1)</i>
	<i>“Fazer um exercício que seja exequível, que seja mensurável, portanto, se calhar através de pequenos projetos... ou pequenas formações contínuas, em que nós tivéssemos um foco específico e tentássemos dentro daquele assunto, dentro daquele tema, mostrar uma evidência na melhoria dos cuidados.” (E2)</i>
	<i>“É nas reuniões de serviço, e sempre numa perspetiva de positividade, de mudança, não de punição. Acho que isso não... não resulta, isso é o modo antiquado de fazer as coisas, mas acho que se eu tiver uma visão positiva e sempre que fizermos um reparo a um elemento da equipa, tivermos uma justificação fundamentada, é mais fácil para eles perceberem que, de facto, não estarão a fazer as melhores práticas. Outra coisa que eu também utilizo, portanto, é não revelar tudo... e dize-lhes: mas eu acho que podes procurar, existem normas sobre isto... Também gerar-lhes o bichinho de irem procurar. Não terem a informação toda, até porque é impossível nós sabermos tudo.”; (E3)</i>

Tabela 2

Continuação

Categorias	Unidades de Significado
Reflexão sobre a Prática Clínica (Continuação)	(Continuação) <i>Outra coisa, outra estratégia que não falamos e que também é importante: quando há assim qualquer coisa que seja mesmo mesmo mesmo importante, o que eu peço é que a pessoa que foi procurar e traz novas informações que até possa apresentar aos colegas e fazer a partilha. Porque muitas vezes o que acontece com uns, depois vai acontecer mais vezes... E depois, alguns que até estão nessas partilhas, e dizem assim: olha também já me tinha acontecido e eu nem tinha pensado nisso.” (E3)</i>
	<i>“Logo desde início, quando os elementos são integrados tento sempre que tenham um período até longo de integração, não é? Uma vez que há essa diversidade... procuro sempre que eles comigo... me venham dar feedback de... e estudem bem o tipo de cirurgia que os doentes vão ser submetidos, além de que sempre que há um procedimento novo, que eles nunca executaram, procuro estar presente, tenho sempre essa disponibilidade, eles têm o meu número de contacto, porque, pronto, eu sou a chefe de três serviços: é a unidade de cuidados intensivos, a cirurgia geral e das especialidades médicas... e o que eu faço é sempre nestes colegas que... realmente têm um tutor, inicialmente, como estão em supranumerário, não é? No período de integração... mas, mesmo assim, prefiro que eles me chamem sempre para realizar um procedimento, que claro, nós na escola até aprendemos a colocar uma sonda nasogástrica, sabemos as técnicas, como é que se fazem... mas aproveito também este período, por exemplo, retirar um dreno, aproveito sempre esse período, eles telefonam para eu estar presente e eu faço sempre uma, como se fosse, uma formação naquele pequeno momento, em que avalio a técnica e explico como é que se faz e muitas vezes até eu faço primeiro e depois eles já estão à vontade, uma vez que, às vezes, nem nunca desempenharam esse procedimento... e esclareço dúvidas no caso dos drenos até mesmo a coloração do conteúdo, as características, e explico o que é que poderá ser... Pronto, tanto isso como nas passagens de turno, muitas vezes, há certas situações em que falamos da dor... que a dor controlada no pós-operatório imediato é fundamental, porque senão há picos de dor... tento explicar essas situações, porque muitas vezes eles não estão habituados em que um doente até diz que está bem analgesiado e que não necessita de analgesia, mas o que é certo é que se, às vezes, falharmos nas tomas das analgesia nas primeiras 24 horas... depois vai despoletar picos de dores e todos estes pequenos momentos de... são momentos de formação. [...] Tanto nas passagens de turno como nestes procedimentos que... além disso, muitas vezes também temos... certas técnicas, como por exemplo, estamos... apareceu doentes com implantofix e que os colegas não estão tão habituados a fazer a punção e desenvolvem mesmo trabalhos dentro da equipa, em que depois são divulgados aos membros, por outro lado também estou sempre a incentivar para que façam esses pequenos trabalhos para melhoramento...”; “Há pequenos períodos de pausa, em que conseguimos refletir sobre algumas situações e fazer como se fosse um brainstorming”; “Isso também foi proposto por mim, é assim, nós muitas vezes temos períodos em que a atividade cirúrgica é menor... é um pouco por fluxos, por exemplo, como agora vem o período do Natal, estas semanas são muito intensas, que agora nestas primeiras semanas, mas claro que depois vai haver uma quebra, ali no período de... a partir de dia 20... já começa a haver uma quebra, os colegas como estão escalados para trabalhar, em vez que, pronto, não temos tanta... tantos doentes... [...] O que é que se faz? Destina-se esse tempo para a formação em serviço... e pronto, temos trabalhos a desenvolver, nomeadamente do implantofix, catéter epidural... [...] Gerimos consoante o fluxo de doentes que temos [...], é como por exemplo, o mês de agosto também é sempre o nosso mês mais de formação, porque é o mês mais calmo e que conseguimos fazer este tipo de...”; “Há períodos em que temos muito trabalho e depois claro que quando há quebras uma pessoa também quer um pouco de descanso, mas lá está como eu procuro também sempre com a equipa esclarecer dúvidas e de investirmos tempo na formação e estarmos sempre update das novas guidelines e assim...” (E4)</i>

Tabela 2

Continuação

Categorias	Unidades de Significado
Reflexão sobre a Prática Clínica (Continuação)	<p>“Os encontros partilhar a investigação são sobretudo para divulgar trabalho produzido... nós, também investimos agora nos dois últimos anos, em chegar alguma formação para aumentar a literacia em investigação dos enfermeiros que nos procuram com muitas limitações... mas, originalmente, e agora em 2022, outra vez, será só mesmo apresentação de resultados... com a perspetiva de que dando a conhecer o que queremos e que isso influencie as pessoas a pensarem... a mudar as suas práticas... de acordo com as evidências que vão sendo produzidas...”; “Fizemos agora além de um simpósio, dois webinars antes... foi um conjunto de atividades que pretendiam exatamente fazer com que os enfermeiros sejam mais conscientes da importância da implementação, para ficarem mais sensíveis...”; “Estes eventos, onde não só falamos da importância da implementação, como mostramos o que está acontecer com as implementações realizadas, apresentando os resultados, e não foi só no simpósio, até nos encontros partilhar investigação, também já mostramos resultados de implementação... as pessoas começam a ver: ah isto funciona mesmo, entre uma auditoria de baseline e uma auditoria de follow up, há aqui uma melhoria fantástica... isto pode ser útil para nós... Este tipo de disseminação sobre a própria implementação também é uma estratégia que nos parece importante...” (E6)</p>
	<p>“Eu costumo dizer que promovo a distribuição de pontos de interrogação na cabeça das pessoas.”; “Levar as pessoas a pensar... eu costumo dizer que quero profissionais que pensem, que têm um cérebro que é para pensar, para questionar, se for necessário... e terem capacidade sustentada de argumentação, por isso é que são licenciados, senão não precisam de tirar uma licenciatura para fazer o que os outros mandam só por fazer, não precisam de ir estudar para a escola.”; “E muitas das vezes, no gabinete quando eu falo com as pessoas individualmente ou em pequenos grupos ou informalmente, eu estou sempre: então e o que é que você fez? Então e o que é que você acrescentou? Então e o que é que, então e? Ai, é porque a chefe disse. Não é porque a chefe disse! [...] E pronto, não é?”; “A partir do momento que nós conseguimos ter algumas pessoas na equipa, já com esse pensamento crítico, e eu costumo dizer que têm que questionar, e questionarem-se uns aos outros, e questionarem-me a mim também. Não têm que concordar com tudo o que eu digo, porque eu já começo a ser velha. [...] Pronto, mas é, e, portanto, eu... é uma aprendizagem constante com os novos que eu faço, é uma troca de conhecimentos.” (E7)</p>
	<p>“Uma forma de disseminação e, portanto, depois há as passagens de turno... há... enfim, as formações...”; “E, hoje está, por acaso, essa colega a avaliar as feridas, a fazer a reflexão com os colegas sobre o tipo de feridas... da... da... da... sua avaliação da... do seu tratamento e... e depois, pronto, obtermos indicadores de uma ferida... a gente pode cicatrizar uma ferida, mas se não der termo aquele foco... ele fica lá sempre e, portanto, não... o resultado não... não há aqui uma mais-valia, porque não se viu...” (E8)</p>
	<p>“Eu agora em janeiro, vou ter... vou fazer formação com eles, uma das formações é as úlceras de pressão, vou ter o grupo... vamos ter um momento onde as pessoas... tirem as dúvidas e questionarem... assim como... vamos falar também dos referenciais da profissão, que eu sei que as pessoas vão esquecendo um bocadinho e, portanto, é importante fazer... em que eu organizei um grupo para as pessoas se debruçarem sobre isso, porque pelo menos para as pessoas ouvirem, porque todos nós sabemos, só que depois nós esquecemo-nos, esquecemo-nos de aplicar e acho que é importantíssimo nós falarmos...”; “Vamos fazendo formações naquelas áreas que eu acho que são mais necessitadas para o serviço...” (E9)</p>

Tabela 2

Continuação

Categorias	Unidades de Significado
Reflexão sobre a Prática Clínica (Continuação)	<p>“O que realmente faço para combater, digamos, esse handicap... é que, os profissionais tenham reuniões periódicas no serviço... que seja... que tenham formação em serviço baseado nos principais problemas e nas principais necessidades que os doentes sentem em cada serviço especificamente...”; “Também faço semanalmente uma visita os serviços e quando vejo que as coisas não estão nessa perspectiva, e não valorizam a relação, sou a primeira a falar com as pessoas, e a dizer que tem que ser, que essa área é principal, e que tem que ser valorizada.” (E10)</p>
	<p>“Um exemplo... neste serviço... se não diariamente, dois em dois dias ou três em três dias... fazem-se discussão de casos clínicos... o momento da passagem de turno é um momento que nós... é um momento para passar a informação necessária para a continuidade de cuidados, mas é essencialmente um momento formativo nesta... nesta equipa... um momento formativo que promove o desenvolvimento das pessoas, mas que garante também uma melhor qualidade de cuidados, porque... na medida em que eu questiono, não é? Sobre os melhores cuidados àquele doente, eu estou a proporcionar a oportunidade deles serem prestados, não é? [...] Porque muitas vezes as pessoas nem se lembram, não é? Nem olharam para as coisas nesta perspectiva... nem... Pois, tem razão... olhe, eu já vou questioná-lo sobre isso... não é? Já vou questionar o doente sobre isto... olhe, pois, não tinha pensado e não tenho esses dados para poder... não é? E ao discutir a situação daquele doente e naquilo que à partida será o melhor para ele... não é? Nós estamos a tê-lo nas nossas... a valorizá-lo na nossa tomada de decisão... Sim... Não é? E a fazer com que... com que o enfermeiro quando parte para os cuidados, não é? [...] Já... já os planeia, não é? Tendo em atenção, o doente, as suas características, porque isso é muitas vezes questionado... que é... Ah, mas o doente faz assim... Porquê? Já pensaram? Terão eles aí... haverá aí alguns significados que eles possam... que ele possa atribuir a alguma coisa que condiciona o seu processo... terão eles aí crenças que... poderá... não poderá haver aí alguma experiência anterior que esteja a condicionar isto... Portanto, é ao questionar todos estes aspetos que faz com que os enfermeiros quando se dirigem ao doente, não é? Já olhem para ele com outros olhos, já questionem coisas que até aqui não questionariam, não é?”; “E, muitas das vezes, quando se passa o turno e diz... pois, mas sei lá... o doente referiu isto assim, assim... E eu questiono muito, não é? Mas porquê? Mas ele gosta? Mas porquê? Já pensaram nisso, porquê? Procurem saber, por de trás de um comportamento, há sempre um motivo... Portanto, procurem saber qual é o motivo... porque muitas vezes é aí que vocês têm que intervir...”; “Isto é feito... é como lhe digo se não é diariamente... é... é quase todos os dias... e os enfermeiros são muito questionados sobre isto... não é? Porque... precisamente, para eles conseguirem construir este processo de pensamento, que depois acaba por sustentar as suas decisões no dia a dia...”; “Essa é uma das estratégias, é... é a criação de espaços reflexivos, não é? É... é, por exemplo, nestas... nestas discussões que nós... que nós utilizamos diariamente a... quando eu questiono alguma coisa que se vê que há aqui alguma dúvida que nós... imediatamente, eu responsabilizo alguém por pesquisar e por depois partilhar...”; “Depois fazemos formação a toda a equipa... eu divido a equipa em três partes, geralmente... e faz-se formação a toda a equipa e depois faz-se o acompanhamento... definem-se procedimentos, define-se o que é que há a melhorar”; “Quando eles foram confrontados... Aí, a sério? Aí, eu fiz isso? Pronto, agora já não temos... Percebe? Portanto, esta consciencialização, muitas vezes, feita à custa do confronto, não é? Com aquilo que fazem, com aquilo que... com a documentação, com a prática... com não sei quê...” (E11)</p>
	<p>“Eu gostaria muito e trabalho para que isso venha a acontecer, haver alguma reflexão das nossas práticas enquanto passagens de turno...”; “Se houver tempo, podermos... procurar ali um momento onde podemos refletir sobre um determinado doente com todas as pessoas que estão naquele dia e tentar procurar... portanto, refletir um bocadinho sobre aquela pessoa... [...] A documentação... A documentação que está feita sobre... sobre... sobre esse doente... [...] E acho que é importante a nossa reflexão sobre... sobre... as nossas práticas...”; “Momentos de reflexão de passagem de turno...”; (E12)</p>

Tabela 2

Continuação

Categorias	Unidades de Significado
Reflexão sobre a Prática Clínica (Continuação)	(Continuação) “Ainda há pouco tempo, estamos a fazer formação em serviço, direcionada, especificamente, para essa área de cuidados, de... de... da prática e melhorar e... melhorar a documentação que temos na... na... na nossa prática clínica.” (E12)
	“E, muitas vezes, em contexto de... em contexto de formação oportuna, ir alertando para o que existe das novas...” (E13)
	“Eu tenho por hábito, porque também me permite aqui... dada a dimensão do meu hospital, tinha para comigo, não tenho cumprido... mas tinha para comigo um objetivo que tenho feito algumas vezes, que é ir assistir à passagem de turno dos meus serviços... e, portanto, vou... o meu objetivo era ir todos os meses a todos os serviços... não tenho conseguido, mas vou com alguma frequência e são momentos que permitem... até porque eu estou de fora e, às vezes, questiono certas coisas... [...] A que todos que estão lá dentro... naquela rotina não conseguem perceber... [...] Uma visão de fora com um conhecimento interno, não é?”; “Lá está, muitas vezes, na passagem de turno... eu, muitas vezes vou lá, transmito certas coisas, outras vezes digo aos chefes, aos gestores para usarem esses momentos, mas é difícil...” (E15)
	“De excelência, de formação... de excelência, de formação a cada... [...] Pronto, tudo baseado um pouco também nas práticas clínicas... alguma reflexão sobre as práticas... sobre também as práticas mais adequadas...”; “Uso também mesmo na própria passagem do turno, é um pouco a aceitação de quais são melhores práticas, tendo por base a evidência científica... [...] Quem discorda... a disseminação de... [...] Da prova da evidência junto da equipa, e pedir a pessoa, se tem uma opinião diferente que me diga qual é, e que... com base em... Que fundamente... E que fundamento é que tem, que fundamento acima de tudo... [...] O que leva a uma aceitação de forma quase natural, não é? Dessa disseminação das boas práticas.” (E17)
Envolvimento dos Enfermeiros em Grupos de Trabalho de Apoio à Tomada de Decisão	“Nós... já discutimos várias vezes a possibilidade de ter uma academia de inovação... não apenas neste Hospital Privado [substituído nome original do hospital], mas em todo o grupo hospitalar [substituído nome original do hospital], por exemplo, que desenvolvamos a academia de inovação... que é no fundo tentar perceber e fomentar aquilo que poderá ser, não só a partilha daquilo que são as melhores evidências e, portanto, garantir que as práticas são suportadas por essas evidências, mas fazer, de facto, acontecer no seio do grupo essa possibilidade de... vamos lá apoiar quem efetivamente traz...” (E1)
	“Nós temos... o grupo... o grupo do SClínico, não é? Do GASIDE, que é importante... nós reunirmos frequentemente por grupos, para os colegas... os colegas que são os elos, com o grupo ajudarem a fazer bons registos... Para melhorar, não é para... olha quem fez mal, não... é sempre no sentido de... com eles, se calhar, estamos a fazer assim, mas fariamos melhor, se fosse assim... É sempre no sentido... no sentido da construção. Sempre no sentido de: aí não, fizemos mal... não, não fizemos mal, estamos a fazer menos bem... agora, vamos passar a fazer melhor... e peço sempre aos colegas para se organizarem com os elos... dou tempo aos elos para verem os registos, por exemplo, e quando está mal, eles falam logo com os colegas, falam logo o que é que aconteceu...”; “Sim e vou organizar o grupo de outra forma que é para estarem os colegas do grupo para fazerem eles a avaliação de todas as úlceras por pressão, aquilo que é melhor e não ser, não é? Um pouco assim...” (E9)
	“Dizia eu há bocado dos elos dinamizadores, os meus elos, geralmente, são escolhidos em função também das suas áreas de interesse... em função do seu perfil, não é? Mas também das suas áreas de interesse, porque é facilitador... [...] Sim, da sua formação, mas muito das suas áreas de interesse... Porque é facilitador, não é? (E11)

Tabela 2

Continuação

Categorias	Unidades de Significado
Envolvimento dos Enfermeiros em Grupos de Trabalho de Apoio à Tomada de Decisão (Continuação)	(Continuação) <i>Que é assim, eu se gosto muito de tratamento de feridas e de úlceras por pressão e de não sei quê, faço mais facilmente pesquisa sobre o assunto, porque é uma área que me interessa, não é? Partilho mais facilmente com os colegas, envolvo-me mais facilmente nisto, porque é uma área do meu interesse, porque eu gosto, não é? [...] Se me derem uma área que eu não gosto nada, mas pronto, está bem... eu hei de fazer tudo mal... Isto tudo para dizer o quê? É escolher... é sem dúvida, ter em conta o potencial da pessoa, não é? A formação das pessoas, e, portanto, por norma são enfermeiros especialistas... Mas muito, depois dentro daquilo que é a sua área de interesse...” (E11)</i>
	<i>“Grupos de trabalho que estamos a trabalhar também nisso...” (E12)</i>
	<i>“Que nós estamos a trabalhar, o conhecimento em feridas... novos produtos, novas... aplicações, sei lá... uma série de coisas que estão sempre a surgir no mercado... Se eu tiver cá... e que vêm frequentemente laboratórios apresentar produtos e não sei quê... eles têm agora uma forma diferente de atuar, estamos a fazer trabalhos de investigação, temos grupos de trabalho a investigar... aquele material, aquela componente... que se depois nós chegarmos à conclusão que efetivamente têm um efeito benéfico... não preciso que venha cá um laboratório, fazer a apresentação do produto, porque eu já o conheço, já o experimentei e já ganhei conhecimento...”; “Eu aqui com 45 enfermeiros, consigo ter alguns grupos de trabalho que com o objetivo de produzir conhecimento científico... que acho que isso é muito importante e gratificante.”; “É tentar envolver as pessoas o mais possível na construção ou na contribuição para a construção do conhecimento científico, nós temos... eu posso lhe dizer temos vários grupos de trabalho... temos o grupo de trabalho na prevenção de quedas, temos o grupo de trabalho na prevenção das úlceras de pressão, temos um grupo de trabalho... um grupo de trabalho que deu seguimento que na altura, esse até fui eu que construí, na identificação inequívoca dos utentes.”; “Temos um grupo de trabalho na área das feridas... temos um grupo de trabalho na área do envelhecimento, precisamente... temos um núcleo de investigação e desenvolvimento.” (E15)</i>
Monitorização e Divulgação dos Resultados do Impacto da PBE	<i>“É dar a evidência daquilo que, há pouco, estavam a dizer que é... nós tornarmos perfeitamente evidente de que a sistematização das práticas baseadas na evidência são um contributo nas diferentes áreas, são uma mais-valia, trazem valor acrescentado àquilo que efetivamente é entregue ao doente...”; “E encontrar a melhor forma de dar a evidência disso, quer através da satisfação dos utilizadores, quer através daquilo que poderão ser...”; “No fundo medir o valor acrescentado que tudo isto vai trazendo... desde indicadores de prevenção e controlo de infeção, desde indicadores de resultado e outcomes dos doentes, quer dizer todo um conjunto de medições que, de facto, poderiam ou podem ajudar a sistematizarem e a dar a evidência de que esta prática, de facto, traz mais valias...” (E1)</i>

Tabela 2

Continuação

Categorias	Unidades de Significado
Monitorização e Divulgação dos Resultados do Impacto da PBE (Continuação)	<p>“Os resultados... fizemos a apresentação dos resultados, após a... primeiro a... da primeira auditoria, portanto, vemos aquilo que não estava bem e aquilo... [...] que passaria a ser... a ser observado e que passaria a ser exigido, do ponto de vista, daquilo que está como evidência científica e depois... posteriormente, voltámos a fazer uma avaliação e os resultados foram, significativamente, melhores... [...] Havendo sempre coisas a melhorar, não... nós...” (E8)</p>
	<p>“Comecei a divulgar resultados, começámos a ter bons resultados, começámos a ter melhores resultados... eu vou falando com eles... passámos a ter melhores resultados naqueles padrões... naqueles aspetos em que nós não tínhamos tão bons resultados. E as pessoas começaram a sentir-se motivadas... eu acho que a motivação, eu consigo... consigo..., se consigo dar tempo para as pessoas se organizarem, para as pessoas acreditarem... [...] sem dúvida... isto é assim mesmo.” (E9)</p>
	<p>“Tento que os enfermeiros chefes de acordo com as suas experiências, e de acordo com as suas necessidades, vão pesquisar mais e faço normalmente um estudo de indicadores dos próprios serviços para os comparar, para eles também irem pesquisar...” (E10)</p>
Divulgação e Implementação dos Projetos dos Enfermeiros	<p>“E depois há o acompanhamento do... da... desse processo de melhoria, não é? E esse acompanhamento é feito com grelhas de observação, com auditorias com... porque é isso que nos vai permitir ver até que ponto é que está ou não está a ser cumprida determinada prática... certo? Que foi aquela que nós definimos como sendo uma boa prática... [...] E essa boa prática baseada e sustentada na evidência que há, não é? De mais atual e mais... e depois vamos vendo se estamos a fazer esse percurso... e nós temos auditorias feitas na área da gestão de risco, na área da prevenção de... de úlceras, na área dos sistemas de... de... de informação e documentação, na área do planeamento da alta, na área... em todas essas áreas, nós temos auditorias... [...] Temos os elos que dinamizam, não é? Todo este processo que eu vou acompanhando e monitorizando... [...] Precisamente, precisamente... sim...”; “Que temos que tomar... não há transmissão de infeção, a situação fica logo controlada, certo? E, portanto, essa foi uma medida, não é? Que foi implementada, que estamos neste momento a monitorizar e que já chegámos a essa conclusão... a percentagem de infeções respiratórias desenvolvidas neste serviço é muito pouca...”; “Para tornar aquilo mais... mais fácil... mais, não é? Evidenciando melhor os resultados que daí podem advir... Para que as pessoas adiram mais facilmente...” (E11)</p> <p>“Sempre que tenho algum colaborador, algum colega que participa na realização de um estudo, mesmo que seja de âmbito académico e que produza esse... esse estudo, sou sempre o primeiro a colocar no portal interno da instituição, a dar visibilidade do trabalho que foi feito e disseminar via e-mail como uma informação geral... e, portanto, demos nota disso, divulgámos, até para mostrar que vale a pena...” (E1)</p> <p>“Eu ultimamente tenho pedido muito aos colegas. [...] Para que sempre que façam trabalhos de investigação no âmbito académico que tenham, pelo menos tenham o cuidado de perguntar ou pode ser ao enfermeiro chefe ou mim ou quem, mas perguntar alguém na instituição, o que é que era importante estudar para que depois possa ser implementado na prática...”; “Na parte de direção de enfermagem... já temos aí dois, duas situações que vão ser implementadas decorrentes, efetivamente, de trabalhos de investigação que foram feitos. [...] Eram duas situações que me preocupavam e que efetivamente foi... as pessoas vieram ter comigo e perguntaram-me o que é que era relevante para a instituição fazer... eu disse-lhes e eles agarram...”; “Nós implementámos, há cerca de 2 anos... uma revista em formato digital... E claro, como em tudo temos vindo a melhorar... e uma das rubricas que introduzimos foi efetivamente isso... foi a divulgação de... dos trabalhos produzidos pelos enfermeiros da instituição.”; (E5)</p>

Tabela 2

Continuação

Categorias	Unidades de Significado
Divulgação e Implementação dos Projetos dos Enfermeiros (Continuação)	<p>(Continuação)</p> <p>“Nós temos aí uma colega que fez um trabalho de investigação que... que eu, que ela sabia que era um problema que eu já tinha há muito tempo e neste momento está a coordenar um grupo de trabalho para implementar, exatamente, o que ela desenvolveu no trabalho de investigação...” (E5)</p> <p>“Outra coisa que nós temos aqui no serviço e tem tido bons resultados é o jornal de enfermagem... chamamos-lhe nós um jornal de enfermagem... o nosso jornal de enfermagem tem uma... uma... procura passar a mensagem... nós temos duas edições por ano e procura passar a mensagem do que foi feito... do que foi conseguido... na área da gestão de risco, do PPCIRA, das úlceras, das quedas...” (E11)</p>
Ligação entre a Academia e a Clínica	<p>“Fomentar a participação em ligação das nossas equipas com a academia e, portanto, fomentar esta ligação e estimular a que eles de facto integrem grupos de investigação na academia, participem ativamente e obviamente disponibilizar aquilo que poderão dentro das possíveis soluções, disponibilizar uma manancial de horas, horário, para que as pessoas façam, de facto, essa colaboração. Outra estratégia também é abrir as portas àquilo que é a academia, ou seja, as organizações fomentarem e a estarem disponíveis neste caso, o Hospital Privado [substituído nome original do hospital], trabalhar de forma ativa, serem parceiros, naquilo que são linhas de investigação... concreto, com unidades, com escolas, com tudo aquilo que efetivamente possa nesta relação trazer benefícios para ambas as partes, para a academia poder utilizar os contextos clínicos como áreas de intervenção de estudos e, obviamente dar a possibilidade dos nossos enfermeiros... Trabalharemos... [...] E articularem-se com, nomeadamente, com estas entidades parceiras que, de facto, ajudam a trazer novo conhecimento para a organização...” (E1)</p> <p>“O HP-EPE [substituído nome original do hospital], do que eu conheço e do que eu me lembro, sempre teve uma boa relação com a escola, mas, na verdade, também reconheço que se aprofundou muito mais agora comigo, tenho essa noção, porque eu considero-me uma pessoa muito disponível e muito...” (E5)</p> <p>“E, portanto, nós pretendemos criar o nosso hospital, como sendo um hospital de referência no... digamos amigo dos mais velhos e precisamos da nossa prática... daquilo que nós percebemos ali, quais são as barreiras que o idoso encontra, quais são as dificuldades que têm... mas precisamos também, estamos a fazer esse caminho junto da escola, de formação teórica... [...] Que não seja as tais teses, pós-graduações e afins... [...] E, portanto, nós queremos agora é... imagine isto em termos operacionais, figurativamente, não é? Pegar num autocarro, levar 30 enfermeiros à escola e fazer dois dias de formação nesta área específica com pessoas que têm o conhecimento teórico muito profundo na área do envelhecimento... portanto, eu quero capacitar os meus enfermeiros com a componente teórica, mas também quero que esses enfermeiros levem à escola e que também partilhem e digam duas ou três coisas para que as pessoas também percebam do lado de lá... que a construção do conhecimento científico... Desta componente da prática, é um caminho que estamos a tentar construir com a escola de Coimbra e com a escola de Aveiro e que se Deus quiser, vai chegar a bom porto e vamos conseguir fazer essa partilha... acho muito muito importante...” (E15)</p>
Reuniões de Apoio à Tomada de Decisão Partilhada	<p>“Envolver o utente também na tomada de decisão dos cuidados. Nós fazemos uma reunião na primeira semana com o utente... tendo o utente também crítica e capacidade cognitiva para também... para tomar decisões e com a família. [...] Na primeira semana o médico, o enfermeiro, o assistente social, o enfermeiro de referência falamos com... uma reunião formal como estamos aqui, com o utente, e com a família e envolvemos o utente... também numa tomada de... de decisões, e temos uma coisa que nós chamamos, o plano individual de cuidados com um técnico de referência. [...] São, porque a filosofia mesmo da unidade dos cuidados continuados é a centralidade...” (E17)</p>

Tabela 2

Continuação

Rotatividade dos Enfermeiros	<p>“Tenho tentado muito... fazer uma rotatividade de serviços... [...] Para as pessoas irem conhecer outras realidades, portanto, eu pego... [...] Nos colegas do bloco e vêm prestar cuidados ao internamento e isso muitas vezes leva a um choque, não é? (riso) Leva a um choque de práticas, mas acho que é assim que também se constrói muitas das... das práticas que depois desenvolvemos... peguei nos enfermeiros de reabilitação, por acaso, o mês passado, não é? Estamos em janeiro... foi o mês passado... e coloquei dois enfermeiros na unidade de paliativos, porque os enfermeiros de reabilitação estavam na unidade convalescença... Com aquela prática habitual e, portanto, aquilo que eu fiz foi... coloquei-os na unidade de paliativos durante um mês e disse: vocês vão lá este mês para perceber as práticas e para perceber qual é o papel do enfermeiro de reabilitação naquela unidade, e se faz sentido ou não faz.” (E15)</p>
-------------------------------------	--

Tabela 3

Análise de Conteúdo – Domínio – Barreiras à Implementação da PBE

Categorias	Subcategorias	Unidades de Significado
Escassez e gestão de recursos ineficiente	Tempo	<p>“Porque muitas vezes também a dinâmica do dia a dia, a pressão existente para a prestação direta de cuidados, e olhar isto numa lógica de pura execução de intervenções técnicas, muitas vezes, virtua esta lógica de implementar aquilo que é um espaço de reflexão, um espaço de partilha de conhecimento.” (E1)</p> <p>“Fazemos 40 horas, por vezes mais, não é? Ainda para mais, numa área como a do bloco, às vezes fazemos mais. É difícil, por vezes, quando temos pessoas que saem às 2 da manhã, imagina, e depois no dia seguinte têm de trabalhar, nem que seja às 13h... depois conseguirmos exigir também que vão para casa e que queiram procurar conhecimento e solidificar conhecimentos, é difícil.”; “O bloco é uma área do hospital que... É assim os hospitais financiam-se de várias formas, uma delas é através da cirurgia, a cirurgia é uma coisa que gera uma receita elevada. No privado isso é importante. É difícil termos tempos mortos que me permita, enquanto gestor, dizer assim: agora vamos tirar todos os dias um bocado para discutir ou procurar.”; “O que nós precisaríamos é sempre mais de tempo para nos dedicarmos a isto. Muitas vezes estamos focados em questões de gestão, pura e dura...e não temos tanto tempo para acompanhar os cuidados. Eu penso que é importante o gestor fazer o acompanhamento dos cuidados da sua equipa. Acho que é importante, porque senão fica desprovida de qualquer validade a avaliação que faço no fim do ano, que é uma coisa que eu prezo bastante, eu não tenho 2 enfermeiros com a mesma nota, não concordo com esses sistemas avaliativos de que somos todos iguais, nós não somos todos iguais, somos todos diferentes e ainda bem que somos todos diferentes. É essa... é essa componente nas equipas que faz as equipas serem dinâmicas e crescerem... É, nós todos percebermos que somos todos diferentes e o que me falta é tempo para poder fazer, estar com a minha equipa, eu sou um deles. Eu gosto ainda hoje de ir para a sala e trabalhar sempre que me é possível, que é pouco, porque o gestor nunca deve ficar desligado do que é a prática clínica, senão passa a ser um enfermeiro que trata de papéis e números, e isso para mim não é ser enfermeiro. Porque eu sou enfermeiro, porque gosto de cuidar de pessoas. Se eu gosto de cuidar de pessoas e sou gestor, se não cuido de pessoas, poderia não ser enfermeiro, certo? Acho que não faz sentido... E é algo que eu aponto à carreira de enfermagem... (E3)</p>

Tabela 3

Continuação

Escassez e gestão de recursos ineficiente (Continuação)	Tempo (Continuação)	(Continuação) <i>A carreira de enfermagem, quanto a mim, pessoalmente, acho que está mal desenhada... Acho que nós não devemos ser gestores para toda a vida, acho que ganhamos muita experiência pelo facto de sermos gestores, mas de vez em quando é bom termos a componente da prestação e do que é o nosso foco, se o nosso foco é o utente e a família, nós temos de ter ligação de tempos a tempos com isso.</i> ” (E3)
		<i>“Era ter mais tempo para reunir mais com as pessoas, para estar mais com os enfermeiros da prestação de cuidados, para os incentivar a estas coisas.”; “Tenho pena de não ter mais tempo para ir à procura, sim...”</i> (E5)
		<i>“E umas das coisas é os trabalhos de investigação que, no entendo, ainda não são valorizados... no entanto, quando vamos à procura deles, não existem... porque não houve tempo de os fazer, porque as pessoas que não eram estimuladas a isso, as equipas... eu, ainda ainda agora...”</i> (E7)
		<i>“Podemos levar mais tempo, porque há períodos, como nós agora temos passado... em que, de facto, nos tiram gente, pessoas da equipa e temos que reajustar os horários e as pessoas começam a ficar cansadas... e, portanto, às vezes, temos que fazer um interregnozinho... olha, este mês, pronto, vamos, vamos manter, mas não vamos inovar mais nada... vamos só sedimentar aquilo que já está... não vamos... [...] Avançar para mais nada e depois as coisas melhoram... e, pronto, agora temos condições, vamos avançar com outra... com outro projeto, vamos avançar com outro tipo... é com... com, enfim, com... com alguma coisa diferente e, portanto, é uma questão de... de gerir as oportunidades e aproveitá-las...”</i> (E8)
		<i>“Agora, a questão de de de... neste momento, das dotações e do tempo para as pessoas... temos muito pouco.”; “Sim, se tivéssemos mais tempo...”</i> (E9)
		<i>“Os enfermeiros têm muitos conhecimentos, mas depois têm alguma dificuldade em aplicar esses conhecimentos na prática... pela pressão do trabalho, pela falta de tempo em pesquisar.”</i> (E10)
		<i>“Não atribuo o tempo que eu gostaria de atribuir para o trabalho que eles já fazem... [...] Para o trabalho que eles já fazem, não é para eles fazerem mais... é para o trabalho que eles já fazem, porque depois isto cria-se esta cultura, sabe?”</i> (E11)
		<i>“E o tempo, às vezes, também a disponibilidade... do tempo... dos cuidados que temos de ter... [...] a pressão dos cuidados, exatamente, também acho que é uma barreira.”</i> (E12)
<i>“Eu tenho cá outras enfermeiras motivadas, mas não lhes dou é tempo e elas não querem trabalhar dentro do seu tempo de descanso, porque já é pouco... [...] E elas, se eu lhes der um tempo para formação, não é? Tenho aqui muitos grupos de trabalho que gostariam de trabalhar, não dando...”; “Tem sido bastante extenuante a prestação... os dias de trabalho, muito extenuante... eu não posso exigir a quem faz só noites, têm noite, descanso, noite, descanso, noite... às vezes, não posso exigir nada a essas que elas não conseguem... as que fazem manhãs, trabalham muitos dias seguidos, porque trabalham mais dias... [...] Não é? E também lhes sobra pouco tempo, fazem muitas horas extraordinárias...”</i> (E14)		

Tabela 3

Continuação

Categorias	Subcategorias	Unidades de Significado
Escassez e gestão de recursos ineficiente (Continuação)	Tempo (Continuação)	<i>“Portanto, quer dizer, eles acabam por ficar, para fazer esses projetos... ficam com banco de horas que depois é difícil compensá-las.”</i> (E16)
	Recursos humanos	<i>“No setor privado tem a ver com a pressão que é... exercida para focar ou alocar tudo o que são recursos para a linha de produção imediata assistencial... [...] E isto pode trazer, de facto, várias dificuldades... a escassez de recursos é evidente em muitas áreas.”;</i> <i>“A dificuldade de segurar equipas é difícil, também muito fruto do enquadramento...”</i> (E1)
		<i>“Isto nem sempre é fácil, porque a instituição tem, neste momento, 3200 enfermeiros, contando com os que estão com contratos COVID”;</i> <i>“Embora os recursos tenham aumentado, se calhar, ainda não são os suficientes, mas isso nunca vamos... eu isso, eu acho que nós nunca vamos ter recursos suficientes, face às situações dos doentes que temos à frente.”</i> (E5)
		<i>“É assim, as equipas de medicina como... como... ainda não tem muita experiência, mas... são equipas que têm uma mobilidade extrema... faz-se um percurso de 10/15 anos ou menos, eventualmente, as pessoas têm tendência a fazer uma... uma... uma pós-licenciatura, uma especialização... e depois, querem envergar por outras... por outras áreas, pronto... e portanto, em termos de núcleo duro, digamos assim, da equipa ficam 10/15 pessoas... o resto é sempre mobilidade... [...] Mobilidade constante...”;</i> <i>“Temos que estar mais frequentemente, digamos, a fazer estas... [...] Estes processos de integração e de revisão e de motivação e de...”</i> (E8)
		<i>“Eu tenho tido as equipas dotadas para trabalhar... Para trabalhar tenho tido... Agora, o mês de janeiro é sempre um mês mais fácil, porque por norma há maior tempo, porque não há férias, não há feriados... as pessoas acabam por se... se não houver atestados... neste contexto tem havido muitos atestados, tem havido muitos atestados, ou pelos filhos ou pelos COVID’s... e com uma agenda programada, já tive... já tive que anular algumas reuniões que tínhamos programadas, mas imagine que não houve disponibilidade.... Eu tenho pessoas para trabalhar, mas se o serviço estiver complicado... tivemos ainda agora um surto de KPC, tenho de ter uma equipa dedicada, não houve formação... os colegas que estavam a organizar esta formação, não há... [...] Portanto, em termos de dotações, nesse sentido tem sido difícil... [...] Eu tenho lotações para trabalhar, agora para fazer formação não tenho tido...”</i> (E9)
<i>“As barreiras principais é, é... nalguns serviços é os recursos humanos... não podemos generalizar, não é?”;</i> <i>“Agora, uma coisa que eu acho que é uma barreira é às vezes mudarmos frequentemente de área. Como mudamos frequentemente de área, temos sempre que estar a ampliar o conhecimento em determinada... em determinada área, não sei se me estou a fazer explicar muito bem... [...] E vamos perdendo... acabamos por não aprofundar aquilo naquela área, porque estamos sempre a mudar e... [...] Sim, a rotatividade é grande, e depois não permite, às vezes, esse aprofundar de conhecimentos e depois acabam também por... é assim uma pessoa também...”;</i> <i>“Sim, acaba por ser uma barreira, porque quando estamos a terminar um trabalho, ou estamos no contínuo de um trabalho, acabamos por não ver os resultados desse trabalho, não é? [...] Porque é como começar um trabalho e nunca o acabar.”</i> (E10)		

Tabela 3

Continuação

Categorias	Subcategorias	Unidades de Significado
Escassez e gestão de recursos ineficiente (Continuação)	Recursos humanos (Continuação)	<p>“Pois para equipa é necessário os momentos de formação... necessários os momentos de formação... os tempos de formação... que são muito muito escassos, porque... porque as equipas estão muito reduzidas... as equipas estão...”;</p> <p>“Dos recursos humanos é uma barreira grande... Para além que depois, aqui, no nosso caso... pronto... a outra barreira é também, as pessoas quando... quando vêm para a consulta externa, habitualmente, em fim de linha... e, portanto, quando é fim de linha, já... quem vem para a consulta externa são pessoas que precisam de... são pessoas que precisam de... de horário fixo... são pessoas que já têm limitações, muitas delas físicas... às vezes, até também intelectuais... e, portanto, e a consulta externa... que no meu entendimento é uma das portas de entrada das instituições... e é a cara da instituição e é aqui que nós também podemos fazer a vinculação dos utentes aos serviços de saúde... muitas das vezes, o que nós temos que oferecer não é exatamente aquilo que nós gostávamos de oferecer...” (E13)</p>
		<p>“É assim somos controladas no número de horas que temos para fazer formação, mas nem tanto... por falta de pessoal também não consigo fazer isso...”; “O facto de nós termos procedimentos escritos que são... revistos de dois em dois anos... está agora na fase de os rever e não tenho pessoal e há técnicas que sofreram alguma inovação, não é?” (E14)</p>
		<p>“Toda a gente precisa de mais recursos humanos... isso no SNS... não vai encontrar ninguém que lhe diga... tenho os recursos que são suficientes... [...] Não conheço ninguém que diga... olha tenho os enfermeiros que quero ou tenho os assistentes operacionais que quero... não, isso não existe, aquilo que eu acho é a dificuldade da gestão dos recursos, porque nós estamos muito formatados para uma coisa dentro...”; “E eu não a posso substituir, porque sou um SPA, se me disser que, entretanto, o enfermeiro foi três ou quatro meses, porque partiu uma perna ou não sei quê, e eu não tenho como o substituir, se me disser que depois chegamos a maio, e começam as férias e... pois, não chega, não é? [...] E... Essa dificuldade é... há o planeamento que eu faço para a minha equipa para o ano... [...] civil, eu tento sempre fazer o planeamento dos recursos que preciso... isso eu consigo, ou seja, em dezembro para 2022 com a situação que eu tenho à data, planeei os meus recursos para 2022 que me são suficientes, passado três dias engravidou uma colega... (riso) [...] engravidou uma colega e tivemos outra situação mais drástica que faleceu outra, mas são os tais imponderáveis que depois...”; “Sim... eu tenho essa dificuldade enorme de não ter chefias intermédias, não é? [...] Tenho... a própria legislação... não abriram ainda concurso para enfermeiros gestores e, portanto, eu não posso... [...] Tenho pessoas, digamos assim, responsáveis nos serviços que articulam diretamente comigo...”; “Eu quando me falta um enfermeiro em termos percentuais é uma... é uma grave falta, não é?”; “Vou usar um chavão que todos os meus colegas usam neste tipo de cargos... o que eu precisava mesmo era tempo... [...] Precisava de tempo, porque as realidades são distintas e eu sei que no HP-EPE [substituído nome original do hospital] há alguns supervisores e tem... uma estrutura diferente... [...] Agora, aqui se houver uma torneira que rebenta com água, a coisa é para mim que sobra para resolver o problema, percebe? [...] Eu estou a fazer a avaliação dos colegas de... no âmbito da plataforma SIADAP, porque não tenho enfermeiros gestores, não tenho chefias intermédias que o façam... não posso deixar que os colegas fiquem prejudicados por ausência de avaliação... Ou seja, esta dimensão pequena, leva a muitas dificuldades...” (E15)</p>

Tabela 3

Continuação

Categorias	Subcategorias	Unidades de Significado
Escassez e gestão de recursos ineficiente (Continuação)	Recursos humanos (Continuação)	<p>“Tem que haver recursos materiais suficientes e adequados às práticas, e recursos humanos... como sabemos, é muito difícil, em qualquer equipa haver um número suficiente, adequado ou previsto...”; “O ideal seria termos sempre pessoal que chegasse e que pudesse... além da implementação de novos projetos, deixasse... fazer formações na área em que estão a prestar os cuidados, e por vezes, isso não é possível... Portanto, o ideal seria as equipas terem número suficiente para que pudéssemos fazer isso tudo.”; “Portanto, não tenho uma equipa suficientemente grande, para que... ou razoável, para que possa...”; “E pronto, no fundo é isso, para podermos avançar com projetos e formações, e para melhorar as práticas e chegarmos à excelência dos cuidados que é o que se pretende é difícil, por vezes, por falta de meios humanos.” (E16)</p>
	Conhecimento	<p>“Eu entendo que é muito difícil para as equipas implementarem, se não estiverem perfeitamente capacitadas para ter espaço para isso...”; “Eu sinto que, por vezes, temos alguma dificuldade na enfermagem em... conseguir aquilo que é... evidência robusta, evidência típica robusta... muitas vezes tem... tem a ver com as deficiências que temos até na própria formação... na busca dessa evidência, não é? Portanto, noto que, às vezes, vem para os contextos, evidência que nos deixa a questionar até que ponto é que isto é suficientemente robusto ou não, ok?... E, portanto, lá está, esta ligação, às vezes, do contexto clínico com a academia, poderia ajudar a fortalecer este aspeto, não é?... Porque nós sabemos que há investigação que é muito frágil do ponto de visto de evidência e dessa robustez e... às vezes isso...” (E1)</p>
		<p>“Se calhar o que nós estamos mais apostados, ao longo dos anos e pela tradição, é na experiência do profissional, acho que estamos mais nesse ponto, ou seja, há aqui um certo desequilíbrio.” (E2)</p>
		<p>“É que se fazem muitas coisas por repetição, muitas vezes o que está mal e não fomos habituados a questionar, será que estamos a fazer bem? Será que não estamos a fazer bem? O que é que dizem os estudos sobre o que é que estamos a fazer?”; “Tu para teres juízo crítico também tens de ter conhecimentos. O que é que acontece muitas vezes e o que é que eu me deparo? Muitas vezes as pessoas cometem falhas na sua prática diária de enfermagem, porque não têm conhecimentos. Não tendo conhecimentos, não conseguem incorporar o juízo crítico. Quando é que entra o juízo crítico? Quando nós vamos e perguntamos, porque é que fizeste assim? Só nessa parte é que entra. Porque, o que é que acontece? Muitas vezes as más práticas não geram juízo crítico.” (E3)</p>
		<p>“Sim... são muitas... uma das mais comuns é a falta de conhecimento... parece que não, mas é verdadeira... Por exemplo... tivemos uma... realizámos uma implementação num contexto onde as pessoas saibam imenso daquilo que estavam a realizar no quotidiano... são alvo de formação, são formadores, vendem daquilo... publicam artigos, apresentam trabalhos em congressos... mas não tinham conhecimento específico que era preciso para a implementação que estava em causa, por exemplo, promoção da mudança de comportamento nos utentes, não tinham formação nenhuma sobre isso...” (E6)</p>
<p>“É assim... o que dificulta muitas das vezes é não estar trabalhado no espírito dos enfermeiros que eles tiram um curso e que têm que continuar a estudar e a trabalhar o resto da vida... e que tem que se ter conhecimento sobre aquilo que estão a fazer e ter capacidade de decisão autónoma sustentada e interdisciplinar...” (E7)</p>		

Tabela 3

Continuação

Categorias	Subcategorias	Unidades de Significado
Escassez e gestão de recursos ineficiente (Continuação)	Conhecimento (Continuação)	(Continuação) <i>saber qual é o seu limite e, portanto... aliás foi uma coisa que me surpreendeu, que sou enfermeira há muitos anos, foi encontrar alguma juventude que acha que tirou o curso e a partir daí, pronto, faz o que o mandam e não está para se chatear... Isto, para mim, não faz... para mim, não faz sentido...</i> (E7)
		“ <i>Pelo manancial de informação que existe e que têm dificuldade de pesquisa...</i> ”; “ <i>E eles acreditarem, digamos assim, que o profissional mais velho é detentor de todo o conhecimento, e profissional mais velho, muitas, às vezes, não... não aprofunda esse conhecimento baseado na evidência. E como não aprofunda, aquilo é uma rotina de cuidados que se vai prolongando...</i> ”; “ <i>Também é a integração dos elementos... a integração dos elementos quando chegam a um serviço... podem não ser escolhidas as melhores pessoas para fazer a integração àqueles elementos... e... não é assim em todos os serviços, mas pode não ser... pode ser uma das barreiras, aquele elemento, não ser um elemento, um perito na área, naquele... naquela área, e pode estar a induzir em erro o próprio profissional quando se integra no serviço... e isso pode, digamos se o profissional não for à procura da evidência... e se não for à procura do conhecimento, se não for à procura das melhores intervenções, pode estar a ser induzido em erro na intervenção...</i> ” (E10)
		“ <i>Claro que uma equipa de 20 pessoas, nem todos têm o mesmo nível de conhecimentos e..., como sabe, há colegas que já cá estão há mais tempo, uns mais velhos, outros que já cá estão há... menos tempo, outros mais recentes ainda e, portanto, há vários níveis de conhecimento, porque o que eu constato é que nem todos os meus enfermeiros têm os mesmos níveis de conhecimento...</i> ”; “ <i>... As barreiras... o que eu senti foi... o nível de conhecimentos das pessoas não era igual, não é?</i> ” (E12)
	Recursos materiais e digitais	“ <i>Outras vezes, faltam os recursos materiais... tivemos que adquirir pontualmente nalgumas implementações, um ou outro material de consumo clínico, por exemplo... Depende do que estivermos a implementar...</i> ” (E6)
		“ <i>Em termos de recursos materiais... depois aquilo é... é... enfim, às vezes há mais limitações... nós não vivemos num país rico...</i> ” (E8)
		“ <i>E nós tínhamos... tínhamos o SClínico quando houve a migração do SClínico para a plataforma a nível nacional, nós deixamos de ter... e neste momento, voltámos a ter registos parecidos com o que tínhamos há 20 anos e isso entristece-me...</i> ” (E14)
		“ <i>Nós hoje em dia... se trabalhar neste hospital, tem que ter acesso a 3 ou 4 ou 5 aplicações informáticas distintas para as quais precisa de uma password de acesso, para as quais precisa... portanto. Temos que muitas vezes duplicar registos. Nós enfermeiros, neste momento, na convalescença, trabalhamos com o SClínico, trabalhamos com a plataforma da rede nacional de cuidados continuados... [...] Que muitas vezes, temos que introduzir a mesma informação de um lado e do outro... duas vezes... quando isto podia tudo comunicar... temos outro aplicativo na farmácia, onde se faz os registos da terapêutica administrada... portanto, é outra aplicação... conseguimos linkar ao SClínico, mas também não é fácil... ou seja, falta aqui uma normalização em termos informáticos que poderia poupar muito tempo de trabalho e não é de todo facilitador... as coisas no nível em que estão...</i> ” (E15)

Tabela 3

Continuação

Categorias	Subcategorias	Unidades de Significado
Escassez e gestão de recursos ineficiente (Continuação)	Recursos materiais e digitais (Continuação)	(Continuação) [...] Não é... o SClínico não interage com a maior parte das outras aplicações e, portanto, nós temos que andar abrir uma série de...”; “Temos um serviço muito pesado, a unidade de convalescença, os doentes são muito pesados precisam de mobilizações diárias, precisam de muito trabalho físico do ponto de vista dos enfermeiros, fizemos a aquisição de dois elevadores elétricos para transferência doentes... 99,9% do tempo, estão encostados à parede...” (E15)
		“E materiais... e materiais também, matérias também... não é... embora tenha melhorado um bocado em questão de materiais... e há uma melhora significativa desde que eu comecei a trabalhar como...”; “Há algumas barreiras, e eu já referi algumas que é o... às... falta do material adequado...” (E16)
	Modalidades de contratos de trabalho	“Outra questão é também, no setor privado, nós temos um grande manancial de pessoas que não estão fidelizadas à casa, ou seja, não fazem parte do quadro interno da casa, e isso é uma dificuldade.”; “Nós, hoje, temos, todas as equipas, grande parte das horas de enfermagem são do quadro, mas mesmo assim, temos um volume significativo de prestações de serviços e, portanto, com todo o respeito pelos colegas que fazem prestação de serviços, mas o nível de comprometimento e de disponibilidade para trabalho em determinadas áreas é diferente...” (E1)
		“Na minha equipa, nós temos um misto, sendo um hospital privado, temos um misto de enfermeiros do quadro e prestadores de serviços. Portanto, é um contexto diferente em que nem todas as pessoas, obviamente, todas as pessoas querem dar o seu contributo para a melhoria dos cuidados, isso não tenho dúvidas, mas... acho que neste momento, não é essa a vivência que os enfermeiros têm no nosso país.” (E2)
		“Se nós tivéssemos enfermeiros altamente motivados, com condições salariais dignas para o que é o seu trabalho de enfermagem, eu penso que seria depois também mais fácil para mim, enquanto gestor, poder exigir um bocadinho mais, não é? Porquê? Nós aqui no privado já trabalhamos um grande número de horas.”; “Nós tínhamos uma equipa muito de prestadores, vinham de outras realidades. [...] E poucos enfermeiros que eram mesmo do quadro. E muitos deles, muitas vezes, até por desconhecimento ou porque estavam habituados no seu dia-a-dia a fazer daquela forma.”; “Até tenho uma equipa que tem poucos prestadores, mas tu é difícil quando tens um profissional que é prestador. Ele vem, porquê? Porque tem uma experiência profissional que já lhe permite vir para aqui e ser uma mais-valia. Só que ele vem de contextos muito diferentes, com realidades de métodos de trabalho diferentes, e por vezes, o que é que acontece? Eles fazem da forma como lhes é mais confortável. Imagina, se eles estão num serviço onde nunca lhes deram um penso estéril para um catéter, eles vão fazer como sabem.” (E3)
		“Também já fiz nesta casa... foi em quatro meses de verão, fazer um contrato de prestação ao serviço, um ou dois ou três... [...] E, portanto, vieram e fizeram o verão e no final do verão foram embora, não é bom, não é bom... não gostei dessa experiência, confesso, porque as pessoas não têm tempo para se integrarem nos serviços, quando efetivamente estão integradas é quando vão embora...” (E15)

Tabela 3

Continuação

Categorias	Subcategorias	Unidades de Significado
Escassez e gestão de recursos ineficiente (Continuação)	Modalidades de contratos de trabalho (Continuação)	<p>(Continuação)</p> <p>“Nós somos um SPA, somos um setor público administrativo, só há cinco hospitais a nível do país com essa característica... nós não podemos fazer contratos individuais de trabalho, a única forma que nós temos de contratar enfermeiros de uma forma mais célebre e eficaz é através da prestação de serviços... [...] O vulgo a recibo... a recibo verde, porque repara se eu tenho uma enfermeira que engravida, se eu só posso a substituir eventualmente... nem é uma substituição, mas se identifico uma necessidade, tenho que abrir um concurso, entre abrir o concurso e ter cá um enfermeiro demora um ano e meio a dois anos... entretanto, já voltou a colega...”; “É horroroso é do ponto de vista do trabalhador... tem um vínculo precário, nunca tem... nunca veste a camisola, nós tivemos um projeto “veste a camisola”... (riso) [...] Estava agora a ver ali os casacos, nunca veste verdadeiramente a camisola, porque sente-se sempre muito a saber que para o mês que vem, pode ir embora, não é?”; “Mas é, é, mas os recibos verdes podem ser um problema sim... a instabilidade...” (E15)</p>
		<p>“Temos muitos colegas que acabam por terem outros trabalhos que acumulam com... com o trabalho até no hospital e é legítimo... as pessoas aspirarem e terem o rendimento mais elevado... porque se os enfermeiros ganhassem melhor, não precisavam de... desse duplo emprego, muitas vezes o que... leva também a uma situação de cansaço. Muitas vezes falamos que há burnout nos profissionais de saúde, há... mas muitas vezes também decorrente a uma sobrecarga grande de trabalho que têm...”; “Muitas vezes, têm necessidade de estar sempre a fazer trocas, a ajustar horários, eu acho que... eu defendia muito honestamente, o regime de exclusividade também para quem quisesse... agora, tinha que ser pago de forma diferente... [...] hoje os enfermeiro são mal pagos. As pessoas... e nunca tiveram uma carreira tão má como têm agora...” (E17)</p>
Cultura organizacional		<p>“Não apenas salarial, mas das dinâmicas, ou seja, eu tenho a perfeita noção que a exigência que é colocada, nomeadamente, na enfermagem no setor privado é diferente, não vou dizer que é maior ou menor, mas é diferente, daquela que é alocada no setor público... E isto traz muita inconstância daquilo que é a constituição das equipas e, portanto, eu costumo dizer que há um trabalho que vai muito para além daquilo que é o enquadramento salarial que é feito nas instituições privadas... há um trabalho de permanente apoio, de permanente disponibilidade...”; “Na enfermagem muitas vezes ainda vivemos o drama de... temos que segurar as pontas todas de uma organização, em todo o lado é assim... e, portanto, muitas vezes, quando alguém não faz o seu trabalho lá tem que vir a enfermagem, dar o apoio, e, portanto, muitas vezes, focamos e perdemos grande parte da nossa energia no fundo nestas... amenidades, com todo o respeito, e fazem-nos perder um bocadinho foco daquilo que é a nossa missão aqui dentro...” (E1)</p>
	<p>“Os enfermeiros, pronto... tentam praticar o seu exercício da melhor forma possível, mas não há um estímulo a nível central, a nível das unidades de saúde, para que..., e que as pessoas vejam, efetivamente, que há um resultado positivo na utilização da prática baseada na evidência, portanto, essa não é a nossa lógica neste momento, isso é uma mentira, para mim é uma mentira...” (E2)</p>	

Tabela 3

Continuação

Categorias	Subcategorias	Unidades de Significado
Cultura organizacional (Continuação)		<p>“E depois temos uma classe médica que também é outra barreira, que não evoluiu em muito do que são conhecimentos, por exemplo, de infecção hospitalar. Um exemplo, a utilização de solutos. Ainda hoje temos muitos médicos que quase que nos obrigam, entre aspas, a algaliar com iodopovidona e é muito difícil depois nos nossos contextos desmontar isto.”; “São muito focados naquilo a que estão habituados e dão muito pouca margem por vezes a nós enfermeiros de podermos pôr em prática a evidência científica que temos. Acho que isso hoje em dia... Nós somos detentores, em termos de infecção hospitalar, de muitos conhecimentos, somos nós que levamos as instituições para a frente, mas depois também temos essa barreira que é a parte médica. Portanto, todos estes fatores e, se calhar, muitos mais... que agora, se calhar, não me estou a lembrar e que também não focámos... acabam por criar barreiras na prática baseada na evidência.” (E3)</p>
		<p>“Eu faço reuniões com a direção de enfermagem e que depois... tem aqui... que a direção de enfermagem é composta por todos os enfermeiros, os chefes e pelos enfermeiros supervisores, os gestores com funções de direção e os enfermeiros adjuntos... é claro que se a informação for bem difundida, ela chega a todos os enfermeiros. [...] Pronto, mas às vezes não é fácil, não é assim tão fácil quanto isso, não é? Porque todos nós sabemos...”; “Pronto, às vezes, às vezes... as barreiras, aquilo... as dificuldades que nós encontramos não são... ou as dificuldades que eu tenho encontrado não são, propriamente, dentro do seio da enfermagem, não são, não são de todo... são na própria, no próprio funcionamento da organização, e na forma como as coisas estão organizadas...”; “Um bocadinho da cultura institucional, também... porque nós ainda não conseguimos... eu acho que nós ainda não conseguimos dar o salto para a importância que é... para a importância que deve ser atribuída à equipa de saúde, nós temos que pensar que nós somos enfermeiros, temos um corpo de conhecimentos próprio, temos as nossas intervenções autónomas e que se foca... que está focada no cuidar e nas... e nas necessidades das pessoas, mas também temos intervenções interdependentes e trabalhamos com outros grupos profissionais, não é? Médicos, técnicos de diagnóstico de terapêutica, psicólogos... [...] E nós temos que ter a noção e hoje eu fico muito triste, porque ainda ouço muito discurso nós que... pá somos enfermeiros, somos... não, nós somos enfermeiros com corpo de conhecimentos próprios com as nossas intervenções autónomas que contribuem para os ganhos em saúde do doente, mas contribuem os nossos e contribuem o dos outros grupos profissionais. [...] Porque só os nossos não contribuem para nada. [...] não é? [...] Pronto, e por isso é que são tão tão importantes as intervenções autónomas como as intervenções interdependentes...” (E5)</p>
		<p>“Desde a nossa formação até à nossa prática quotidiana, pensamos primeiro em nós em vez de pensar primeiro no cidadão... e esquecemos que só existimos por causa deles... E, portanto, tudo se molda ao que nos convém... até os horários, as rotinas, a forma de nos organizarmos... bom, dizemos muito bem isto, então, nós enfermeiros já fazemos este discurso muito engraçado há muitos anos... mas depois há uma diferença grande entre a teoria explícita e a teoria induz... na prática continuamos a ser nós a definir tudo... Ah, o que é que vamos investigar? O que nós acharmos... [...] Ah, o que é que vamos implementar? O que nós acharmos... Precisamos de refletir sobre isso...” (E6)</p>

Tabela 3

Continuação

Categorias	Subcategorias	Unidades de Significado
Cultura organizacional (Continuação)		<p>(Continuação)</p> <p><i>“Há as barreiras culturais, não é? Porque há equipas muito mais predispostas para querer fazer mais e melhor, sempre... têm uma dinâmica de melhoria contínua, têm uma cultura implementada... depende sempre muito do líder, não é? O líder, não é por acaso que é crucial em todos os contextos... às vezes, o gestor formal não é líder e muitas vezes equipas habituaram-se a andar anos e anos sem desenvolver ações de melhoria e nesses contextos o arranque... tem tendência a ter mais resistências e vem de energia zero... se a máquina estiver a rolar e já houver uma cultura de contexto, que é promotora da mudança, que gosta de fazer bem, que promove um sentimento de realização profissional pelos resultados junto dos doentes... aí, o contexto cultural é muito mais fácil... portanto, a cultura, a predisposição... ou ser ou não ser uma organização aprendente, um serviço aprendente, um serviço que gosta de mudar...”; “Muitas vezes, a cultura é uma barreira gravíssima, gravíssima... eu conheço pessoas nesta casa que não fazem nem deixam fazer... e têm raiva a quem queira fazer o que quer que seja de bom... [...] Porque como não sabem, não são capazes, detestam aqueles que querem fazê-lo... E, portanto, criaram nos seus contextos culturas de verdadeira circunscrição à mediocridade... Pronto, não querem que aconteça ali nada... querem paz e sossego e os que quiserem melhorar são mal vindos, não é? São mal recebidos...” (E6)</i></p>
		<p><i>“Às vezes, encontro algumas barreiras, como por exemplo, os enfermeiros serem apelidados... ai você aqui não sabe, eu é que tenho de saber..., ou porque é cultura que ainda está um bocadinho despartilhada, não há ainda aquela cultura de nós numa equipa de vários profissionais, nós respeitarmos as nossas áreas de competência e há áreas que são comuns e que a gente tem que trabalhar... Eu assisti... eu considero que se assistiu a um retrocesso na área de enfermagem em que, hoje em dia, acham mais que os enfermeiros é para fazer os que lhe mandam e que não têm de pensar...”; “Há enfermeiros jovens com medo de... de não fazer o que outros os profissionais lhe mandam e com receio de se... de terem capacidade de argumentar.” (E7)</i></p>
		<p><i>“E a discussão multidisciplinar que também é importante, mas que é difícil na instituição... a prática multidisciplinar é muito difícil... E, portanto, tem que ser mesmo os próprios profissionais...”; “É a cultura institucional, porque os médicos... a cultura médica é muito fechada, e não permite muita abertura em termos de... há serviços que até permitem... também não posso generalizar, há serviços que envolvem as equipas de enfermagem no conhecimento, na investigação... dão muita autonomia aos enfermeiros. E é equipas muito boas nisso, mas a maioria, digamos que limita um bocadinho em termos de... do juízo do enfermeiro... Não permite, não permite muito essa interdisciplinaridade... Exato... mas penso que há equipas... e há equipas que já fazem isso... já têm essa multidisciplinaridade, já envolvem os enfermeiros, já discutem os assuntos clínicos, já respeitam a decisão clínica dos enfermeiros...”; “Isso tem que... isso parte muito das equipas e muitas vezes também é cultural... tem que vir de cima essa disseminação e essas orientações. E quando não vem de cima essas orientações depois é mais difícil, portanto, isto em termos culturais é mais difícil. [...] Sim, tem de vir do topo, que as coisas têm de funcionar dessa forma em termos de equipa.”; “É a cultura. A cultura é a barreira.” (E10)</i></p>

Tabela 3

Continuação

Categorias	Subcategorias	Unidades de Significado
Cultura organizacional (Continuação)		<p>“Aí oh chefe, olhe aqui, não está... eu, por exemplo, de MRSA e tal... eles dizem aqui que isto deve ser feito... vai haver dificuldade, porque a equipa médica tem que pedir e sabe como é que é... é difícil...”; “Eles não facilitam... eles também não dificultam, digo eu... mas também não facilitam... não há... não há... não se fomenta isto... não se incentiva isto... [...] Não é? Não há... às vezes, até há algumas condicionantes que é: Mas porquê estes grupos de trabalho? Isto são grupos de trabalho a mais... [...] Percebe... Quando eu acho que deveriam fazer assim que é: Muito bem, em que é que se traduz estes grupos de trabalho? [...] Há melhoria ou não há melhoria? Há evidência que vale a pena ou não há evidência que vale a pena...”; “Mas sim... mas eu acho que na instituição devia haver essa preocupação, não é? Que é se a gestão está à minha responsabilidade, e se eu decido dar tempo às pessoas para... eu que mando, enfermeiro diretor, enfermeiro supervisor ou gestor em funções de direção, agora, não é? Vou ver o que esta gestora está a fazer com a sua equipa para lhe dar tempo... é para quê? É para eles descansarem ou é para quê? Vamos ver... Evidência de... deste tempo gasto... Indicadores? Muito bons... Trabalho realizado? Excelente... Então deixa estar grupos de trabalho... Certo? Senão não, olha, desculpa estás aqui a dar tempo, olha os resultados são péssimos... não... certo? [...] Porque eu acho que isto levava a uma mudança... se as pessoas comessem a sentir que eram reconhecidas e valorizadas pelos bons resultados que tinham, não é? Pelo feedback que tinham do desenvolvimento... eu acho que isto... levava a que mais pessoas fizessem este trabalho...”; “Nós temos ideias, às vezes, mas temos dificuldade de as pôr em prática, não é? Não temos quem nos ajude, quem apoie, quem diga assim: Sim senhor, então diz lá, o que é que tu queres fazer? O que é que tu queres fazer? Não é? Nós sabemos que temos ideias, que às vezes... às vezes expomos essas ideias, não é? E depois levantam-nos logo ali trinta mil... que a gente olha, fica por ali e não, e não... já não faz...” (E11)</p>
		<p>“Acho que realmente aquilo que... os emails que constantemente recebemos sobre projetos, sobre grupos de trabalho... depois não têm reflexo nas práticas...” (E13)</p>
		<p>“A cultura institucional mudou muito, mas não foi para melhor... nós tínhamos uma cultura de trabalhar, porque gostamos daquilo que fazemos e gostamos do sítio onde estamos e como temos uma cultura muito diferente desde... perdemos muitos dos valores que nós tínhamos... mas não são valores relativos com a prestação de cuidados que esses nós não queremos diminuir a qualidade, mas que não... não conseguimos atingir alguns... Aquilo que pretendemos, não...” (E14)</p>
		<p>“Eu costumo dizer muitas vezes aos... aos colegas que é assim... eu só consigo resolver aquilo que tiver conhecimento e nós temos, ainda, ... hoje em dia... muita falta de comunicação... entre pares e interdisciplinar, acho eu... que há muita falta de comunicação, não é? Muitas vezes com motivos que podem ser, como é que eu hei de dizer (riso)... compreensíveis e outras vezes nem por isso...”; “Mas a Diana sabe que os enfermeiros da prática só produzem conhecimento científico quando vão à escola fazer as teses e fazer as coisas, porque na prática mesmo é muito difícil que haja esse incentivo...”; “Quando falamos em comunicação interna... que existe muita dificuldade nos hospitais e aqui também existe...” (E15)</p> <p>“Às vezes põe alguma areia na engrenagem, como... [...] Mesmo que... às vezes, nem é com intenção de... mas acaba por... porque há sempre um... se as ideias vierem de cima para baixo, as coisas funcionam... Funcionam, quer dizer... tendem... [...] (E16)</p>

Tabela 3

Continuação

Categorias	Subcategorias	Unidades de Significado
Cultura organizacional (Continuação)		(Continuação) <i>embora... embora, às vezes, cá em baixo também não se aceitem muito bem... essas coisas impostas, impostas... [...] É preferível serem negociadas, como nós fazemos aqui...</i> (E16)
Afastamento entre a academia e a clínica		<p><i>“Para ser muito honesto, eu penso que não, eu entendo que, apesar de nos últimos anos, se ter verificado uma maior aproximação... Eu penso que isso é notório, eu julgo que deveria de haver, nomeadamente, na área da enfermagem uma ainda maior proximidade e... e de alguma forma institucionalizarmos essa via de partilha de conhecimento...”; “Eu continuo sem perceber, porque é que... isto tem muito a ver com, nomeadamente, administração do sistema de saúde, porque é que profissionais de enfermagem que estão na prática não podem estar verdadeiramente ligados e com tempo disponível para estar ligados à academia... [...] E, portanto, facilitarmos ainda mais estes canais de partilha de conhecimento... Se eu tiver um enfermeiro chefe, que ao mesmo tempo é enfermeiro chefe num determinado serviço e ao mesmo tempo é professor na escola... [...] ok? E que isto seja viável do ponto de vista profissional... Portanto, esta ligação... [...] Porque é que não o é? Porque é que alguém tem que fazer isto para além do seu tempo? [...] De trabalho semanal, ainda tem...”; “Porque não havendo esta ligação, de facto, de muitas vezes dos líderes à própria academia, não é? Que eu julgo que é um passo que tem de se dar... Tem de se dar... Mais tarde ou mais cedo, formalmente, não pode ficar só à mercê daquilo que é a disponibilidade de alguém de fora do seu horário de trabalho, poder colaborar, sabemos que isso é frágil do ponto de vista de...” (E1)</i></p> <p><i>“Acho que falta uma ponte, ou seja, por um lado temos o conhecimento comprovado cientificamente na escola, nos hospitais, obviamente, que também existe, não é? Mas acho que devia haver um encontro entre aquilo que se pratica na escola, aquilo que se aprende na escola e a forma como a escola também ensina, ou seja, a escola não pode ensinar, exclusivamente, de uma forma teórica como se nós tivéssemos condições de praticar todos aqueles tipos de cuidados daquela maneira, pronto, porque nós temos que conjugar um bocadinho com as condições que temos na prática.”; “As escolas deviam fomentar... a introdução..., ou seja, as escolas deviam ir aos hospitais, às unidades de saúde, beber informação, por forma a perceber, quais são as condições que os profissionais têm para o exercício da profissão, e aí rever um bocadinho a teoria e depois voltar a importar às unidades de saúde, os estudos que foram feitos e mesmo implementar isso nas unidades de saúde.”; “Os enfermeiros professores têm um determinado percurso em que desenvolvem a sua formação seguindo para mestrados, doutoramentos etc, pronto... E muitas vezes, a sensação que eu tenho é que eles fundamentam muito o seu conhecimento através de estudos... muitos deles com alguma dimensão, ou seja, em termos de pesquisa, em termos de elaboração do estudo, aplicação, esse tipo de coisas. O que é que interessa aos enfermeiros, na minha opinião? O que interessa é arranjar aqui um meio termo em que o conhecimento do professor, aquilo que ele adquiriu para ele é dele, partilha com os enfermeiros que vão à escola, que vão fazer a sua formação, mas ele tem que se... e a própria escola tem que perceber se aquele estudo ou aquela forma de ensinar os enfermeiros se vai ter algum exercício na sua prática diária ou não. Porque o que é que acontece? O que acontece é que os enfermeiros vão à escola e é... são estudos, atrás de estudos e trabalhos, atrás de trabalhos, e muitas das vezes são pessoas que continuam a trabalhar, ou seja, não têm tempo, não estão a 100%... (E2)</i></p>

Tabela 3

Continuação

Categorias	Subcategorias	Unidades de Significado
Afastamento entre a academia e a clínica (Continuação)		<p>(Continuação)</p> <p><i>eles têm que conseguir enquadrar isso, no fundo, o que eu acho, é que muitas das formas de nós aplicarmos o nosso conhecimento em enfermagem é muito mais... Nós devíamos desenvolver um modelo “user friendly” em que a base teórica estivesse lá, mas a aplicação fosse muito prática. Para quê? Para dar tempo aos enfermeiros de estar com os seus clientes e com os seus cuidadores... Porque senão nós só estamos agarrados aos papéis.” (E2)</i></p>
		<p><i>“Eu tenho uma visão muito negativa sobre a prática baseada na evidência e eu digo-te porquê: isto começa tudo... a formação de enfermagem começa na escola. Nós na escola temos um ensino, pelo menos daquilo que conheço ser a realidade aqui em Coimbra, um ensino teórico forte. Depois, transpor esse ensino e essa parte científica para os cuidados de saúde é que eu acho que é difícil. Não só por culpa da escola, não é? Porque os campos de estágio valem o que valem. Muitas vezes, eu acho que os serviços não ajudam a escola na escolha dos tutores, não é? Portanto, há vários fatores que levam a que a qualidade do ensino comece logo mal. O que é que depois acontece? Chegam aqui enfermeiros com baixa experiência e com pouca noção do que é a realidade dos cuidados de enfermagem e daquilo que é importante. O que é que eu tento fazer no serviço? No serviço, eu tento ter uma prática que tenha a ver com a evidência científica, como é óbvio, acho que isso é o trabalho de qualquer gestor em enfermagem, quer os melhores cuidados possíveis dentro do seu serviço. Mas é muito difícil, não vou dizer que não é difícil.”; “As escolas estão afastadas.” (E3)</i></p>
		<p><i>“Eu acho que as escolas quando têm parceiros avançados como o HP-EPE [substituído nome original do hospital] deviam ouvir mais os parceiros... porque eles formam enfermeiros para trabalhar aqui... a maioria dos enfermeiros que eles formam vêm trabalhar para aqui... E, portanto, nós somos os primeiros... os principais clientes... não somos só o principal local de estágio como somos os principais clientes dos diplomados... portanto, nós deveríamos ter muito mais participação, muito mais influência no desenho dos currícula... sempre que há uma revisão curricular devíamos ser chamados e não somos... isto é um olhar de si para si em vez de um olhar para os stakeholders... Quem são os stakeholders da escola? Somos nós... são muitos, mas nós, HP-EPE [substituído nome original do hospital], somos o principal... e não somos chamados a opinar sobre essa matéria... E, portanto, perpetuamos estudantes biomédicos por séculos, por séculos, amém... esta é a verdade, não é? E precisávamos dessa visão, mas também precisamos dessa visão no HP-EPE [substituído nome original do hospital]... ou seja, o HP-EPE [substituído nome original do hospital] também tem perpetuado isto por década e décadas... só agora, de há 10 anos para cá, 11 anos é que isto está a começar a mudar e leva muito tempo, não é? Portanto, eu não creio...”; “E também acho que a separação entre os contextos de formação formal, inicial, pós-graduada e os contextos da prática também é uma separação artificial perpetuada ao longo dos anos na enfermagem, que não acontece noutras profissões, por exemplo a medicina tem uma interpenetração total, completamente distinta da enfermagem entre o ensino e a prática... os professores são ambas as coisas são professores e são médicos, e são diretores de serviço... [...] Tem, o desfazamento não é tão grande... a alienação não é tão grande... há pessoas docentes que já não vêm ao contexto da prática há 30 anos... E, portanto, nem sabem o que é que está acontecer aqui nem quais são os desafios... (E6)</i></p>

Tabela 3

Continuação

Categorias	Subcategorias	Unidades de Significado
Afastamento entre a academia e a clínica (Continuação)		(Continuação) <i>e, portanto, continuam a governar para lá como nós continuamos para aqui, atenção... e nós temos vindo a fazer no âmbito da investigação...” (E6)</i>
		<i>“Eu considero que na área da investigação tem que haver as pessoas teóricas que formulam as suas questões, as questões de investigação que emergem e tem que haver quem na prática também olhe com um olhar diferente e perceba que há ali alguma coisa que se está a fazer na prática, que pode ser alvo de investigação e que não está a ser consolidado. Porque, às vezes, o que acontece nos trabalhos de investigação é que corre-se o risco de quem está na teoria, criar uma questão de investigação, um projeto de investigação que está desenraizada da prática e que não vem responder às necessidades nem dos profissionais, nem dos doentes, nem das destendências em saúde. E por outro lado na prática, as pessoas não estão ainda consciencializadas para a necessidade de investigação e, portanto, não dão o devido valor ao conhecimento que é adquirido, que existe muitas das vezes nos contextos práticos, que é detido por colegas que trabalharam durante muitos anos que têm um saber que não está justificado, porque não houve ninguém da área de investigação que olhasse com outro olhar e dissesse, está aqui matéria para investigar isto, vamos fazer aqui um trabalho e fundamentar esta área. E é essa parte que ainda, século 21, nós ainda não demos este salto e eu considero que tem que se trabalhar, esta é minha opinião por aí.” (E7)</i>
		<i>“Eu acho que devia haver uma parceria muito maior entre a escola e os serviços...”; “Eu gostava que fossem feitos... mais trabalhos aqui no meu serviço também, no sentido de... de coisas de investigação, investigações realizadas, não é? [...] No sentido de podermos melhorar, de poderem dar o contributo para uma melhoria da prática, não é? Devia ser feito mais vezes isso... isso devia ser feito mais vezes... muitas vezes, nós temos dificuldade em iniciar... os processos são dificultados, a gente quer fazer qualquer coisa e são trinta mil problemas.... E nós desistimos e já não fazemos...” (E11)</i>
		<i>“Os enfermeiros da prática também estão muito desligados da escola...”; “É isso que acontece... Tenho agora também um exemplo muito claro... ali a questão do bloco, tenho colegas a trabalhar há 15 anos no bloco e que nunca tiveram nenhuma ligação com a escola... e, portanto... o conhecimento científico para elas era difícil de assimilar...”; “As parcerias e os protocolos que nós fazemos com as escolas de enfermagem incidem muito num só ponto que é a grande dificuldade que eles têm de encontrar locais de estágio para os alunos... pronto, esse é o bolo... [...] Quando eu sou bombardeado quase todos os meses, precisamos de pôr aí alunos para estagiar... para não sei quê... [...] Mas depois, muitas vezes, fica por aí... [...] E não pode ser, não pode ser... aliás tem de ser feito outro caminho que nós vamos tentar construir... [...] Além desse... dos estágios, temos muito gosto em receber alunos e recebemos muitos, mas isso, às vezes, não chega, não é?” (E15)</i>
		<i>“E hoje as universidades de sucesso são as que têm estas dinâmicas, de trazer as pessoas do tecido empresarial, das práticas para a academia. [...] E esta partilha é facilitador em termos de tudo... em termos de quando queremos colocar jovens profissionais, depois, no mercado de trabalho e muitas vezes falta um pouco... um pouco esta parceria. Eu até tenho refletido que, futuramente, aqui na unidade não vou aceitar, que venham professores assistentes de fora. Tenho aqui excelentes colegas na unidade... (E17)</i>

Tabela 3

Continuação

Categorias	Subcategorias	Unidades de Significado
Afastamento entre a academia e a clínica (Continuação)		(Continuação) <i>a escola tem que fazer esse tipo de contrato com os colegas, daqui da unidade. E é uma forma também de majorar a questão salarial...</i> (E17)
Desmotivação		<p><i>“Nem os próprios profissionais estão motivados... quem faz a sua... a sua formação especializada, não se sentem motivados para o exercício daquilo que aprenderam, o que é mau.”</i> (E2)</p> <p><i>“O profissional quando sai da escola tem muito pouca vontade de procurar os conhecimentos.”; “Eu sinto que as gerações mais novas, tirando raras exceções, porque as há, são um bocadinho desinteressadas.”; “As pessoas não fazem melhor, porque não querem, porque a informação está toda ela acessível. Agora, nós depois vamos a perguntar, quantos de nós chegam a casa e procuram evidência ou fazem uma coisa no dia-a-dia que não ficam confortáveis e depois vão procurar? Não, isso não acontece. Tenho de ser realista. Por muito que eu tente...”</i> (E3)</p> <p><i>“Às vezes há muita falta de motivação e depois também vivemos agora um ambiente...”; “As equipa, pronto, há sempre rotatividade dentro da.... Tenho a mesma equipa, vai sempre rodando pelos... o serviço de cirurgia e o serviço de medicina, o que é por um lado, é bom para eles, então, terem uma bagagem muito mais abrangente, mas... claro... às vezes, podem ficar desmotivados, porque não gostam, tanto de um serviço, de outro... mas eu tenho em conta isso, mesmo que, claro que todos têm de passar por todos... pelos 2 serviços, mas claro que depois tenho em atenção que há uns que se adequam mais a um serviço ou que gostam mais e eu procuro sempre saber isso, se as pessoas adaptam e se... se gostam de trabalhar num sítio que estão com as pessoas à sua volta...”</i> (E4)</p> <p><i>“A questão é assim: os doentes de hoje não são os doentes de há 15 ou 20 anos atrás, são doentes muito mais exigentes, são doentes com muitas comorbilidades associadas, são doentes muito mais idosos, são doentes que exigem muito mais cuidados, e se é verdade que os recursos aumentaram muito... Nós desde 2000, nós neste momento temos 3200 enfermeiros... Quando eu entrei para aqui... ainda ontem estive com esses dados na mão... quando eu entrei para aqui, tínhamos... Também não era... cerca de 2700... não chegava a 2700 e, portanto, foi... é verdade, também houve um incremento muito grande com a pandemia, com a situação da pandemia... isso também contribuiu muito, mas nós não podemos esperar que os enfermeiros hoje, que a motivação, efetivamente, seja a mesma, porque, que é... que poderia ser há uns anos atrás, porque o trabalho é mais penoso, é verdade...”</i> (E5)</p> <p><i>“As pessoas querem, muitas delas, levar o ordenado ao fim do mês... e ponto... E são mal pagos e na verdade são... mas como a motivação é sobretudo uma motivação extrínseca na sociedade pós-moderna, eu faço... eu desenvolvo o meu esforço em função do que tu me dás... o que é que eu ganho com isso? E o que eu ganho com isso é muito extrínseco... é pouco intrínseco e é pouco transcendente, não é? É uma questão cultural global da sociedade...”</i> (E6)</p>

Tabela 3

Continuação

Categorias	Subcategorias	Unidades de Significado
Desmotivação (Continuação)		<p>“Às vezes, a automotivação... os profissionais, às vezes, também não estão automotivados... e às vezes nem com motivação externa... [...] conseguem fazer essa pesquisa... têm que ter também alguma motivação intrínseca, não é?” (E10)</p>
		<p>“Considero que estão muitos motivados... mas nem todos estão motivados no mesmo nível, digamos assim... (risos)... [...] mas o grande número de enfermeiros que tenho, sim, estão motivados, estão envolvidos e... e... e acho que gostam também de... de contribuir para a melhoria... é, exatamente... [...] Eu acho que... claro, há um outro que a gente tem que fazer um acompanhamento mais próximo e... e tentar, não... não... [...] Não cair e não... digamos assim, não ficar para trás, mas pronto, há um percurso que temos que fazer... realmente, sim”; “Alguns colegas... a motivação também nalguns colegas... [...] nesses que eu estou a dizer que nem estão tão motivados, também foi uma barreira...” (E12)</p>
		<p>“Pois, e muita desmotivação também... muita desmotivação, mesmo entre os mais novos... elas... que são poucas as mais novas, mas falam, muitas vezes... pronto... na não progressão na carreira, na não... no salário baixo, porque as pessoas...o que as pessoas vêm, é que ao fim e ao cabo... os mais novos que são aqueles a quem é pedido mais, não é? São os que levam os salários mais baixos de todos...” (E13)</p>
Resistência à mudança		<p>“É normal e por vezes acontece que não há uma adesão imediata e, portanto, nós temos de tentar perceber o porquê: Se foram as pessoas que não perceberam, se são as pessoas que não querem, ... normalmente, quando há uma mudança... e às vezes de líderes, há sempre uma certa resistência ou... um hábito que as pessoas trazem de trás, portanto, estão habituadas a funcionar determinada maneira e, no início, não há uma adesão imediata, portanto, tem que, ao longo do tempo, haver aqui um processo em que o líder seja resiliente e que... faça, demonstrar às pessoas de que há uma justificação para aquelas mudanças acontecerem.” (E2)</p>
		<p>“Inicialmente, claro que os colegas têm o seu próprio garrote e já estão muito habituados a usar, são de fácil uso e depois como já há muitos anos que trabalhamos com a mesma... da mesma maneira, claro que a mudança não é assim tão fácil de aderir...”; “E depois, claro que junto de todos, procurei feedback, o que é que achavam, claro que houve pessoas que: ah estou muito habituado ao que eu uso... mas nós depois temos de esclarecer que devido à infeção cruzada...” (E4)</p>
		<p>“A barreira está nos transformadores de mudança, aqueles que são velhos do restelo, que não gostam de mudar, têm uma resistência à mudança mais musculada... E como são eles mesmo os influenciadores do grupo tomam aquelas atitudes dissuasoras: ah, não te metas nisso, não faças isso, para quê esse trabalho... este tipo de coisas... [...] Exatamente... sempre fizemos assim, o que é que esses vêm para aqui agora chatear-nos... temos tanto trabalho, falta-nos tanto pessoal... o que é que eles querem agora ainda? [...] Temos de fazer tanta coisa no serviço com tão pouco e ainda querem que façamos mais... Este tipo de... conhecer os fazedores de opinião... eles muitas vezes são obstáculo à mudança, não é?” (E6)</p>
		<p>“As pessoas mais... mais jovens que aderem muito bem... às vezes, os problemas, quando depois começamos... passado um tempito... começamos a ver que os problemas... não estão tanto nos mais novos... (riso) como nos mais velhos que já... epá já não tenho...” (E8)</p>

Tabela 3

Continuação

Categorias	Subcategorias	Unidades de Significado
Resistência à mudança (Continuação)		<i>“Fazemos, porque já fazemos assim há muitos anos, e então, porque não muda? Aí, sempre fizemos assim, e as pessoas têm alguma resistência à mudança, e não vão pesquisar...” (E10)</i>
		<i>“As pessoas são resistentes à mudança, não é? Não é fácil mudar... [...] Mudar é mudar-nos e nós não gostamos de nos mudar... Eu... eu acho que a resistência à mudança é normal... é um processo normal... eu encaro-a assim... Portanto, eu sei que quando proponho alguma coisa... ou é uma coisa muito muito desejada ou as pessoas resistem... não é? E por isso, eu tenho que... quando faço a proposta, estar preparada para...”; “Sabendo sempre que tenho na minha equipa, como em todas as outras, quase de certeza... aquelas pessoas que aderem muito facilmente e que dizem: Que bom, vamos lá, partimos para essa... e aquelas que nem por isso, não é? Que pois... Olha, mais uma, só faltava mais esta...” (E11)</i>
		<i>“Não é fácil e encontra muitas barreiras de implementação, porque as pessoas não querem sair do conforto do seu serviço...” (E15)</i>
		<i>“Outras vezes, há uma resistência à mudança...” (E16)</i>

Tabela 4

Análise de Conteúdo – Domínio – Facilitadores à implementação da PBE

Categorias	Subcategorias	Unidades de Significado
Existência e gestão de recursos eficiente	Conhecimento	<i>“Na nossa instituição, todos os dias temos atualizações daquilo que são orientações técnicas da prestação de cuidados, que muitas vezes estão ou são promovidas pelos grupos centrais de prestação de cuidados, que têm colegas de diferentes unidades, que no fundo recolhem aquilo que são as melhores evidências e plasmam em referenciais técnicos.”; “E, portanto a boa gestão e encontrar a melhor forma de disseminar o conhecimento é fundamental... um exemplo que tivemos durante esta pandemia é que nós soubemos reinventar a forma de fazer formação nas equipas, hoje a formação deixou de ter aquele cariz tão formal que havia, não é? E, portanto, hoje faz-se formação à distância, cada um em sua casa, num determinado momento, conseguimos partilhar pelo menos ideias, momentos, aceder a conteúdos de forma bem mais simples do que era... E, portanto, olhar para isso como um exemplo de como é que nós podemos de facto encontrar e reinventar as estratégias para disseminar aquilo que... que importa disseminar... nomeadamente, conhecimento...” (E1)</i>
		<i>“É fazer o investimento no sentido de todos os enfermeiros que façam uma formação especializada, sejam direcionados para o exercício de funções alocadas a essa especialidade...” (E2)</i>

Tabela 4

Continuação

Categorias	Subcategorias	Unidades de Significado
Existência e gestão de recursos eficiente (Continuação)	Conhecimento (Continuação)	<i>“Eu sei que há muitos enfermeiros em muitas instituições que gostam muito de checklists, nós nunca tivemos isso aqui e nunca vamos ter enquanto eu cá estiver, porque os enfermeiros têm que pensar e têm que pensar o que é que estão a fazer naquele momento e o que é melhor para o doente naquele momento... [...] E se não for assim, também não se desenvolvem, não é? Porque ser for para trabalhar por checklists... [...] Exatamente... [...] porque ser for para trabalhar por uma checklist, os assistentes operacionais também fazem (riso).” (E5)</i>
		<i>“São os recursos do conhecimento.” (E6)</i>
		<i>“O que eu costumo fazer à medida que tenho passado pelas equipas é identificar o potencial, e vou sempre problematizando... Numa primeira fase, faço um acompanhamento muito de perto dos profissionais, todos eles e dos doentes e, portanto, perceber quem é que tenho nas equipas, identificar as pessoas, e depois em função daquilo que eu identifico, é a cultura emergente, eu vou trabalhando a par com eles...”; “Só pela competência, é a única estratégia... [...] É a única estratégia... [...] Com conhecimentos, com capacidade fomentada...” (E7)</i>
		<i>“Eu digo sempre, os enfermeiros são pessoas licenciadas, ou seja, têm uma formação que lhes permite pensar por eles próprios... têm que ter conhecimentos... que lhes permitam tomar as decisões mais adequadas, para além de que trabalham em equipa e, portanto, têm sempre recursos disponíveis com pessoas mais experientes para partilhar... [...] Algumas dificuldades...” (E8)</i>
		<i>“Eu incentivo os enfermeiros a participarem, a estarem presentes em todas as formações que há do hospital, em termos de conhecimento que há... como o nursing share... temos todas... do núcleo de investigação. Porque acho que quanto mais todos souberem, melhor trabalham, e mais se questionam... começam a ter dúvidas do saber fazer bem, a questão da prática... e acho que é benéfico para o serviço.” (E9)</i>
		<i>“Porque muitas vezes, nós não fazemos aquilo que se faz na escola, não é? Aprendemos uma coisa na escola e depois chegamos à prática, “ah aqui faz-se assim”, não é? E faz assim, porquê? Porque, se na escola nos ensinaram que era de outra maneira, temos que ter um juízo. [...] E, se calhar, não é igual para todos os doentes, não é? [...] Mas a escola disse que era assim... não é? Também temos que ter o nosso juízo, perante o doente que temos à frente, que os doentes também não são todos iguais... Se aquela intervenção para aquele doente até pode funcionar, mas para outro doente pode não funcionar da mesma maneira e não ter dado o mesmo resultado.”; “Ter um plano formativo à entrada do profissional, um plano de acolhimento com a informação adequada, de acordo com a evidência científica, para a prática naquela área específica, seja na oncologia, na hematologia, na radio... terem um plano formativo para o profissional que entra...” (E10)</i>
		<i>“Mas porque eu tenho três enfermeiras a tirarem a especialidade de saúde infantil e pediátrica, são as pessoas, talvez, mais motivadas para fazer formação e mudar coisas...” (E14)</i>

Tabela 4

Continuação

Categorias	Subcategorias	Unidades de Significado
Existência e gestão de recursos eficiente (Continuação)	Conhecimento (Continuação)	<p>“Penso que um dos fatores que pode levar a esse desenvolvimento são estas situações de teses, de trabalhos de investigação, mas penso que era importante nós conseguirmos ter... na prática diária, nas equipas... momentos de reflexão e discussão que nós temos todos os dias, na passagem de turno quando o enfoque é e bem no doente, no estado do doente, mas não existe uma outra componente que poderia existir que é a discussão das nossas próprias práticas e da forma como trabalhamos e daquilo que fazemos... Acho que é um contexto de oportunidade que nós desperdiçamos um bocadinho... [...] E que deveria ser potenciado...”; “Tenho neste momento duas colegas a fazer a especialidade... mudou o discurso, mudou as práticas, muitas delas... mudou muita coisa... por isso é que eu acho que era fundamental a construção ou a eliminação de barreiras da prática para o ensino, de forma a que os próprios enfermeiros da prática também tivessem essa capacidade de assimilar o novo conhecimento científico...” (E15)</p>
		<p>“Ter uma equipa com formação. Acho que a formação, porque os colegas com formação, acabam sempre por mobilizarem os outros colegas para... para as boas práticas. E... a formação pós-graduada dos colegas, por exemplo...”; “Os colegas nunca foram tão bem formados como são hoje... eu, aqui no serviço, a grande parte das pessoas tem formação pós-graduada... [...] Têm formação três ou quatro em tratamento de feridas, têm uma série de enfermeiros especialistas, quatro em reabilitação, uma em saúde comunitária, outra em saúde mental, pronto, uma série... nunca tivemos uma equipa tão bem formada.” (E17)</p>
	Peritos	<p>“São essas duas coisas que podem ser, de facto, trabalhadas, eu penso é que se nós tivermos alguém que possa fazer essa filtragem, porque nós... as competências de investigação e de busca do conhecimento não é uniforme em todas as equipas nem em todos os profissionais...”; “Um mentor, exatamente, se conseguíssemos identificar à semelhança... nós temos hoje nas equipas quase de forma disseminada aquela coisa dos elos... elos para isto, elos para aquilo... Um elo para o conhecimento, ou seja, alguém na equipa a quem reconhecamos, de facto, competências, que ajude os outros a crescer nesse domínio...”; “A lógica é essa... é ser o mentor, ou seja, eu tenho alguém na minha equipa que vai ajudar a procurar informação específica sobre isto, ou seja, eu quero melhorar neste domínio...”; “Portanto, temos alguém que seja devidamente treinado ou minimamente treinado para ajudar os outros na equipa a fazer essa procura de conhecimento, não é? Portanto, é o meu elemento, é o meu mentor de referência... olha, preciso de encontrar alguma coisa sobre isto... acho que não está a correr bem, olha ajuda-me, como é que eu procuro...” (E1)</p>
		<p>“Podemos pegar, por exemplo, num perito numa pessoa que seja perita, num ou dois, em determinada matéria, convidá-los a desenvolver um trabalho para, que passa inicialmente por um período de formação, mas que ao mesmo tempo essas pessoas possam perceber se nós temos uma situação que queremos evidenciar uma determinada melhoria, ... criar um pequeno projeto que essa evidência fosse visível, pronto.”; “Passa por convidar uma pessoa que seja perita na área.”; “...encontrar alguém que o ajude, que seja perito numa determinada área e que o possa ajudar a partilhar a melhor informação junto dos colegas.” (E2)</p> <p>“Nós somos um bloco operatório com alguma dimensão, temos 5 salas operatórias. O que eu promovo é, eu tenho sempre pessoas responsáveis em cada sala que têm maior experiência e acabam por ser eles um bocadinho a controlar o ambiente e a implementar essas boas práticas.”; (E3)</p>

Tabela 4

Continuação

Categorias	Subcategorias	Unidades de Significado
Existência e gestão de recursos eficiente (Continuação)	Peritos (Continuação)	<p>(Continuação)</p> <p><i>“Um enfermeiro experiente... Eu considero que já terá juízo crítico e por isso é que estando um mais velho ajuda também os outros a crescerem... a crescerem... e também a questionarem... e a começarem a desenvolver esse juízo crítico.” (E3)</i></p>
		<p><i>“Eu costumo dizer que neste momento na equipa onde estou, há coisas que eu já não preciso de fazer, porque eles já fazem, porque eu, o que digo é, você faz, transmite ao outro, você... [...] Isso é para replicar, isso é para disseminar, isso é para que todos... eu quero que todos saibam... pronto e é isto. Quando eu, às vezes, vejo alguma coisa, por exemplo, ainda hoje, passei a visita com os médicos, percebi lá uma coisa, disse à enfermeira que tinha a coordenar, atenção ali àquela colega, oriente para ela ter isto e isto em atenção, pronto, porque depois não tenho de andar sempre eu a dizer... e eu já... e depois quando a gente já tem, estes colegas identificados, eles próprios depois vão nos ajudando a trabalhar a cultura da equipa...”; “Identificar as pessoas certas e trabalhá-las, básicos, coisas básicas, a partir daí... é empoderá-las, no sentido delas se sentirem uma mais-valia dentro da equipa e, portanto, é para andar. [...] Disseminar e depois também há os níveis de comunicação e de intervenção em função da... [...] Tenho especialistas ou não tenho especialistas, tenho alguém que é perito numa área em que não há especialidade e não posso eliminar... porque há aí áreas no hospital onde há peritos, enfermeiros peritos, nalguns contextos, e que não... e que não há ninguém especialista que consiga chegar ao nível deles e essas pessoas a gente não as pode perder também.” (E7)</i></p>
		<p><i>“Uma pessoa sozinha não consegue fazer tudo... não consegue fazer tudo... faz alguma coisa, não consegue fazer tudo... isto, vamos nós... vamos, depois, munir-nos de elos de ligação, que são pessoas que estão motivadas também para estas temáticas e que depois eles próprios... e que estão mais no terreno, no dia a dia, porque eu não estou... a avaliar, por regra, enfim... por exemplo, neste caso a avaliação... o procedimento da... da... da colocação e da manutenção da sonda nasogástrica... e esses colegas que estão no terreno e vão dizendo... olha, esqueceste-te disto... [...] olha, para a próxima não te esqueças... olha, que assim... olha, que assado...”; “Há de haver uma coisa ou outra que passa e, portanto, estes elos do terreno, depois têm a função de uma forma pedagógica...” (E8)</i></p>
		<p><i>“E para isso termos, no fundo, termos quase os auditores das úlceras por pressão que conseguem dar uma ajuda... ajuda... [...] é sempre no sentido de ajuda... acho que é sempre esse aspeto, que eu tento de frente às pessoas e os colegas veem isso dessa forma, não é? Não é vir cá... o colega que está... não, é sempre ajuda... ajuda a melhorar, ajuda a mudar... vamos lá mudar...” (E9)</i></p>
		<p><i>“Eu acho que essa questão de ter um elo para o conhecimento, aliás, o elo para o conhecimento, eu acho que o enfermeiro da formação é esse elo do conhecimento, porque se ele fizer bem, digamos a sua função, não é? Ele ao detetar as necessidades, ao fazer o planeamento da formação, já está a ir de encontro a esta questão da prática baseada na evidência... que vai encontrar modelos que respondam às necessidades, e à prestação de cuidados que tem que ser feitos naquela equipa... Portanto, já ele deteta as principais necessidades e faz o planeamento, execução e a avaliação do plano formativo.” (E10)</i></p>

Tabela 4

Continuação

Categorias	Subcategorias	Unidades de Significado
Existência e gestão de recursos eficiente (Continuação)	Peritos (Continuação)	<p>“As decisões são tomadas, mas sustentadas, ou seja, eu tenho elos... os elos são responsabilizados elos dinamizadores de determinadas áreas... os elos são responsabilizados por dinamizar a área...”; “Mas, não é só por dizer: eu sou elo, não... é por procurar tudo o que é evidência científica mais atual, para que as práticas possam ser mudadas em função disso...”; “Depois, tenho elos dinamizadores como há em todos os serviços... ou na maioria dos serviços, mas uma coisa é... é termos a designação do elo... outra coisa, é o papel, o trabalho que pode fazer na equipa... e para mim não é só ter o nome... é construir alguma coisa, é fazer alguma coisa... E, portanto, o elo tem... neste serviço, faz o diagnóstico da situação, vê como é que está... vamos falar, por exemplo, de... gestão de risco... [...] vamos falar sobre prevenção de quedas, de... de úlceras, por exemplo, não é? [...] Portanto, eles fazem o diagnóstico da situação e depois definimos áreas de melhoria... e essas áreas de melhoria são sempre sustentáveis, eles têm que ver, não é? Têm que fazer uma pesquisa, ver o que é que há de mais atual sobre... para nós fazermos esse percurso melhoria, sim...” (E11)</p>
		<p>“Uma tomada de decisão conjunta com... com o colega que faz parte do grupo de tratamento de feridas, e tem que haver evidência disso... tem de estar no registo... [...] Em termos de SClínico...” (E17)</p>
	Tempo	<p>“Disponibilidade estratégica, que eu acho que é fundamental, ou seja, assumir-se essa partilha de conhecimento como algum integrante da atividade de enfermagem, encontrar espaço para isso.”; “Essa disponibilidade estratégica conseguir criar no seio da equipa a disponibilidade em termos da atividade do dia a dia.” (E1)</p>
		<p>“Passa pelo tempo.” (E2)</p>
		<p>“O facto de nós conseguirmos que o tempo seja contabilizado e que o tempo além das 35 horas em bolsa sejam contabilizados em horas extraordinárias, caso os recursos não permitam, também são determinantes... Porque durante muitos anos, os enfermeiros trabalharam horas a fio nesta instituição, sem que ninguém lhes pagasse. Eu... eu e outros colegas fizemos trabalhos para apresentar em n congressos... viemos trabalhar e fizemos por gosto à camisola, que era assim que nós dizíamos. Só que hoje em dia, o tempo, o mundo mudou, os contextos mudaram, e, portanto...” (E7)</p>
		<p>“O tempo é essencial, termos tempo para falar sobre as coisas” (E12)</p>
	Recursos humanos	<p>“São os recursos humanos, pessoas... que estão afetas ao núcleo de investigação e que têm tempo para fazerem estas coisas, as... os encontros, as tertúlias, as... os webinars... passar as notícias, sensibilizar... fazer conhecer o que fazemos... estes são... são recursos humanos.” (E6)</p>
		<p>“Os recursos... obviamente que são... são importantes, mas... eu não acho que haja falta de recursos que impeçam... ou melhor que justifiquem tudo... a falta de recurso não justifica tudo... muitas vezes, nós dizemos... aí não tenho recurso para isto, não tenho recurso para aquilo... é uma questão, muitas vezes, de gestão... adequada daquilo que aqui temos ao nosso dispor... e às vezes fazer um esforço também para procurar melhorar um bocadinho dentro do que é possível, o recurso... nomeadamente, se são recursos humanos, nós gerimos em função, de facto, da... da... de cada situação... (E8)</p>

Tabela 4

Continuação

Categorias	Subcategorias	Unidades de Significado
Existência e gestão de recursos eficiente (Continuação)	Recursos humanos (Continuação)	<p>(Continuação)</p> <p><i>e muitas vezes aproveitando o tempo, sensibilizando as pessoas para... não há digamos um custo, em termos de consumo de horas que seja... tenha um impacto em termos institucionais... de... de... é uma questão mesmo de... acho de gestão e motivação das pessoas... ” (E8)</i></p> <p><i>“A relação que se constrói com estas pessoas com a metodologia de trabalho... que facilita muito a implementação da boa prática, mas tendo em atenção... [...] Do doente... da pessoa...”; “Que pessoas com mais experiência, com mais... porque isso também é importante, não é? [...] Para me ajudar na tomada de decisão... eu neste momento tenho uma equipa... eu ainda hoje dizia, tenho aqui tanta gente e não sei quem é que vou pôr a trabalhar... porquê? Porque entraram quatro pessoas novas, com três que tinham entrado antes são sete pessoas... E sete pessoas novas numa equipa é terrível, não é?” (E11)</i></p> <p><i>“Nós estamos numa rede de cuidados continuados, eu na minha unidade tenho o dobro dos recursos que têm a maior parte das unidades entregues ao privado, às IPSS, às misericórdias... [...] Alguma coisa fazemos diferente e temos que ter essa evidência do que fazemos diferente. Eu tenho quatro enfermeiros de reabilitação, uma das coisas que os pressiono e que os questiono... eu quero evidências, no final do ano, de ganhos em termos de autonomia e funcionalidade dos doentes decorrentes dos cuidados do enfermeiro de reabilitação.”; “Eu neste momento, tenho os recursos humanos adequados às minhas necessidades... neste momento não devo... não devo horas, não há bolsa de horas dos enfermeiros... os enfermeiros fazem, neste momento, na... no horário de fevereiro devo ter 10 ou 15 horas no somatório de todos os enfermeiros de horas positivas, ou seja, a equipa tem uma dotação adequada.”; “É muito facilitador ter uma... ter uma equipa jovem.” (E17)</i></p>
	Recursos materiais e digitais	<p><i>“Se tu depois se chamares atenção, e disseres que tens o recurso e que podíamos fazer assim. Eles também são os primeiros a aceitar...” (E3)</i></p> <p><i>“Olhe, por exemplo, nós temos uns monitores que foram adquiridos... agora na época de COVID foi mais fácil adquiri-los que têm a possibilidade de ter dois módulos de SpO2... facilita-nos imenso, em vez de termos dois monitores e de ter a preocupação de saber onde é que os vamos buscar, porque tem de ter um SpO2 só... que existiam, que agora já não tenho, porque eram muito velhos... e esse monitor, agora, com dois módulos, o mesmo monitor já nos permite ter saturações pré e pós ductais das crianças cardíacas, que é muito importante e reduz-nos... o tempo que a gente precisa de ter dois sensores... dois sensores é preciso à mesma, mas os dois aparelhos, os dois monitores... o espaço em si, facilita muito isso... os ventiladores novos também têm, também permitem flexibilidade, porque já são híbridos, permite fazer ventilação invasiva e não invasiva, mas eu só tenho um para fazer isso... também facilita muito o trabalho dos enfermeiros...” (E14)</i></p>
Cultura organizacional		<p><i>“Estrategicamente as instituições assumirem e, portanto, os líderes assumirem isso como fundamental.”; “Um sistema de comunicação que faça chegar a cada um de nós essa orientação.”; “Vão buscá-las àquilo que é o nosso canal de comunicação interno ou orientações expressas da direção de enfermagem...” (E1)</i></p>

Tabela 4

Continuação

Categorias	Subcategorias	Unidades de Significado
Cultura organizacional (Continuação)		(Continuação) <i>que importa, de facto, fazer chegar ao terreno estas orientações ou via grupo quando são disseminadas pelo portal interno e, portanto, que de alguma forma, em função dessas orientações têm que ser disseminadas para determinados grupos profissionais...</i> ” (E1)
		“Tenho/dão-me todas as condições para eu desenvolver este tipo de projetos, obviamente que, pronto, isto são coisas que... e é preciso algum tempo ainda para nós chegarmos lá, mas há essa disponibilidade.” (E2)
		“Neste hospital, há uma coisa que é: não há impossíveis desde que consigamos explicar o porquê e isso, como gestor, para mim deixa-me satisfeito, porque sinto-me envolvido neste projeto. Porque se queremos fazer estas coisas, nós conseguimos mudá-las.”; “O que é que eu sinto enquanto parte do grupo deste hospital? Se o gestor fundamentar bem, qualquer pedido que faça à administração, o que eu sinto é que a coisas são... são recetivos a mudar... Muitas vezes há coisas que não aumentam os custos, lá está... Se nós formos a ver os custos diretos sim, mas se formos a ver os custos indiretos não... a longo prazo e tudo... E acho que existe por parte dos nossos gestores, eu falo a nível local, que é aqueles que tenho maior... acho que existe uma grande sensibilidade de... a nível motivacional...” (E3)
		“Nós temos trabalhado nesse sentido, o nosso percurso tem sido esse... O Enfermeiro Diretor antes de mim, ele iniciou aqui um percurso muito baseado nesta prática, nesta prática e... muito virado para a motivação, para fazer... para a elaboração de trabalhos de investigação que, efetivamente, sejam importantes para a instituição e que nós utilizemos depois o conhecimento que produzimos, aquilo não fique na gaveta... [...] temos investido muito na formação dos colegas, temos investido muito em padronizar aquilo que é nosso couro, o nosso padrão de cuidados, não é? [...] porque temos o padrão de cuidados também baseado naqueles referenciais que a... que a senhora enfermeira conhece, não é? Que fomos buscar também o que de melhor existe e que de melhor está preconizado. [...] e, portanto, o nosso esforço...”; “O melhor recurso que nós temos para fazer isto é a comunicação... É uma boa estratégia de comunicação... É utilizar uma boa estratégia, porque se nós utilizarmos uma boa estratégia de comunicação... eu, ainda assim, acho que nós temos muito a melhorar, temos muito a melhorar, mas que já melhorámos, mas temos muito a melhorar... Se a informação chegar às pessoas... as pessoas, se quiserem agarrar a oportunidade, agarram... se não quiserem agarrar, também, se a informação não lhes chegar, também não a agarram... mas nunca poderão dizer, não, eu se tivesse tido esta informação tinha-me direcionado desta forma, ou tinha-me posicionado desta forma, e é isso, que eu não quero que aconteça, se estou a conseguir ou não? Pronto, o tempo o dirá, mas estou-me a esforçar para isso...” (E5)
		“São recursos comunicacionais que vão desde os mails institucionais aos cartazes e... às outras formas de divulgação da instituição...” (E6)

Tabela 4

Continuação

Categorias	Subcategorias	Unidades de Significado
Cultura organizacional (Continuação)		<p>“Acho que tem havido um esforço grande... estas... esta... enfim, estes dois anos que temos estado a viver... não têm sido muito... muito facilitadores, não é? Mas tem havido muito... apesar de tudo, tem havido muita divulgação... o núcleo de investigação... há aliás... há aliás, vários grupos institucionais, mas há dois que têm feito formação de uma forma mais ou menos contínua... tirando aqueles períodos mais críticos da pandemia... nomeadamente, o núcleo de investigação que tem uma apresentação mensal sobre temas bastante interessantes... claro que uns, eventualmente, mais... [...] direcionados para... para... para uma determinada área, mas globalmente interessantes... Assim como, o grupo do... do... do... Nursing Share... também tem tentado, digamos assim, motivar os serviços a apresentar os seus trabalhos... isso depois é assim... as pessoas fazem as coisas e depois não têm oportunidade de dar visibilidade... também... não... pronto, há uma certa frustração... é importante disseminar, nomeadamente aquilo que correu bem nos serviços... claro... as implementações...”; “Acho que a instituição também tem feito esse esforço... pronto, há todos os anos formação... pelo serviço de formação sobre áreas diversas... que não só, relativamente à enfermagem, mas também, relativamente... a... enfim, a coisas transversais a toda a instituição... E, portanto, ontem... ou anteontem... saiu o plano estratégico para a formação para 2022... E, portanto, temos ali um conjunto vastíssimo de temas... de temas... que ajudam-nos... é evidente que não pode ir toda a gente... mas, depois é sempre esta questão, a pessoa vai a um congresso, a pessoa vai a uma formação... façam um resumo, façam... tirem o sumo daquilo e transmitam-no à equipa... e transmitam... de facto, porque senão, aquilo fica muito limitado à pessoa... e limitado à pessoa... vai embora... eu costumo dizer, eu quando estou a replicar alguma coisa que aprendi, ou melhor... que esteja eu a tentar transmitir aquilo que eu aprendi num congresso eu próprio... o esforço que eu estou a fazer de... de constituir um raciocínio para transmitir... eu próprio já estou a interiorizar mais aquilo... se eu não voltar a falar naquilo... aquilo vai-se... apaga-se... mas se eu tivesse feito... tivesse feito este trabalho... de disseminar... eu próprio vou ficar com esse conhecimento muito mais sedimentado... do que se não o fizer... e, portanto, é importante que as pessoas...” (E8)</p>
		<p>“Eu acho que a instituição não pode fazer mais... [...] Tem feito muito e tem as portas abertas para nós... [...] Quisermos e fazermos” (E9)</p>
		<p>“Eu acho que a cultura do hospital... é até no sentido de desenvolver mais... mais projetos... [...] e... e... e de acompanhamento desses projetos que até temos um núcleo de investigação... [...] no hospital, e que acaba por ser um... um facilitador, sim, sim...” (E12)</p>
		<p>“Eu acho que, presentemente, a cultura institucional tem uma grande preocupação em projetos, em... em estarmos no topo daquilo que é a atualidade...” (E13)</p>
		<p>“Tanto com o enfermeiro gestor, como com o enfermeiro que presta cuidados gerais, como o especialista, como assistente operacional, como o assistente técnico, todos eles sabem que normalmente tenho uma filosofia porta-aberta, digamos assim... e se a Enfermeira [omissão de nome original] que está ali hoje, se quiser vir falar comigo sabe tem 90% de probabilidades de chegar ali... olhe, posso falar com o Enfermeiro e vem falar...” (E15)</p>

Tabela 4

Continuação

Categorias	Subcategorias	Unidades de Significado
Cultura organizacional (Continuação)		(Continuação) “Nós a cultura organizacional nesta dimensão é muito diferente daquilo que são os hospitais grandes... aqui as pessoas, muito facilmente, interiorizam aquilo que é esta... esta filosofia do próprio hospital... e, portanto, eu acho que isso é sempre um aspeto facilitador.” (E15)
Ligação da academia à clínica		<p>“Nas instituições que têm ensinamentos clínicos poder haver aqui, de facto, a possibilidade dos ensinamentos clínicos serem uma excelente porta de disseminação daquilo que é, de facto, a nova evidência para novas práticas ou melhoria de práticas... Por exemplo, nós começamos com os ensinamentos clínicos aqui no hospital da luz há relativamente pouco tempo, mas a realização de coisas tão simples, como o journal club é uma boa forma de até potenciarmos e criarmos um espírito de... ok, vamos lá olhar para a evidência, vamos partilhar esse conhecimento e vamos ajudar a repensar as práticas que temos na organização...”; “A ligação efetiva da academia com os contextos clínicos é fundamental para nós darmos robustez a todo este processo...”; “Eu penso que os serviços de saúde tinham muito a ganhar em ter gente verdadeiramente ligada à academia... [...] Porque é gente que está constantemente a beber conhecimento, a experienciar novas realidades, a partilhar fóruns inter pares de diferentes domínios... [...] Exatamente e, portanto, isto ajudaria muito a fortalecer aquilo que são os sistemas de saúde, independentemente, de serem públicos ou privados, é o sistema de saúde per se... portanto, ter esta gente ligada às diferentes áreas...” (E1)</p> <p>“Por outro lado, haver uma maior interligação entre as escolas de enfermagem e as unidades de saúde, de uma maneira geral, dando nota dos resultados dessa prática na evidência e fazer disto um ciclo, em que por um lado vamos implementar projetos de desenvolvimento, por outro lado vamos beber informação.” (E2)</p> <p>“Olhe, por exemplo, termos alunos, acho que é muito facilitador, porquê? Porque sempre que temos alunos... Ao início, quando comecei a exercer funções nem tínhamos e depois é... houve essa possibilidade que o enfermeiro diretor me colocou e eu agarrei mesmo, pronto, de braços abertos... porque achei sempre que é muito produtivo virem ideias novas...”; “Acho que é muito facilitador termos alunos nesse aspeto, de trazer novas... novas ideias e potenciar, e depois haver esse debate, e conseguirmos adequar ao nosso serviço, à nossa realidade...” (E4)</p> <p>“E isso é facilitador desses processos, não só de virem cá investigar, como também de virem cá fazer implementação da evidência...” (E6)</p> <p>“Os alunos têm agora uma... uma... uma, enfim... uma estratégia, digamos assim... ou uma obrigação para eles... e para nós funciona como estratégia... que é o journal club... e então, nós aproveitamos sempre, a presença deles... porque eles têm que fazer esse trabalho... então, que seja útil para o serviço... [...] e temos sempre aproveitado... dá-nos temas que nós no dia-a-dia não... não... não... não nos debruçamos tanto... e que criamos aqui momentos de reflexão... porque trazem artigos mais recentes... fazem uma... uma... enfim, uma pesquisa... sobre... sobre... sobre... sobre... sobre [uma dada problemática...] uma determinada problemática... pronto, vão buscar artigos que... que... que... passam, por fim, também pelos próprios tutores...” (E8)</p>

Tabela 4

Continuação

Categorias	Subcategorias	Unidades de Significado
Ligação da academia à clínica (Continuação)		<p>(Continuação) e, portanto, são artigos científicos... sustentados... e depois fazemos aqui também esta... essa discussão... e essa... pronto, os próprios tutores aqui do serviço... dizem, olhe, se calhar, ainda não falamos disto, olha que...” (E8)</p>
		<p>“A construção de parcerias entre a escola no sentido de, mas isso às vezes também se faz já com algumas áreas... no sentido dos alunos, e os ensinamentos clínicos também são muito isso, facilitam muito, às vezes, a melhoria na... da evidência.”; “O conhecimento que o próprio profissional traz da escola atualizado, não é? Muitas vezes também vem ajudar as próprias equipas... Portanto, são estas parcerias.” (E10)</p>
		<p>“Sempre achei que era muito importante terem alunos em ensino clínico, nunca fui daquelas pessoas que achavam que os alunos vinham complicar ou dar mais trabalho... não, acho sempre que os ensinamentos... os alunos... tanto, porque nós quando temos alunos também temos necessidade de atualizar mais os conhecimentos... como também, os alunos ao virem também nos trazem algum... também crescem qualquer coisa em tipos de conhecimento, em tipos de... pela postura deles... é gente mais jovem... é gente que... nós também nos vamos apercebendo das novas tendências... do que é que a escola vai passando... de que forma é que os alunos também vão atualizado... e o que é que os alunos querem... eu sempre achei que os alunos nos serviços eram... eram uma mais valia... e também sempre tive a preocupação de não termos alunos de uma só escola... termos alunos de vários... [...] Vários pontos, porque... acabam por... como tu disseste à bocado... alunos de várias áreas de conhecimento... aqui, também, alunos de... apesar de ser de ser da mesma área de conhecimento... mas de contextos... diversos... [...] também sempre achei que isso era muito facilitador...” (E13)</p>
		<p>“Considero muito importante... Facilitadora... mesmo as alunas, nós temos cá, alunos da especialidade de saúde infantil e pediatria... obriga que as pessoas que estão aqui... a formá-las, não é? As tutoras estejam atentas àquilo que estão a ensinar e tem que se também formar, porque depois os alunos vão trazendo coisas novas... Ah, isso agora é assim... Também há ali uma troca de conhecimentos que também é muito importante para quem cá está e...” (E14)</p>
		<p>“Nós... já temos alguns protocolos instituídos, temos situações em que nos dão um acesso facilitado à... ou diminuir a questão das propinas para estimular também a ida dos nossos enfermeiros a fazer formação, mas é pouquinho... acho que tem que haver um trabalho de mais proximidade... [...] E nós vamos fazer esse serviço no caminho do envelhecimento... depois há outros que podem também ser feitos, há muitas possibilidades...” (E15)</p>
		<p>“E depois também os protocolos que temos com... com as instituições de ensino superior, quer formação pós-graduada, quer formação de base, ou seja, a presença de alunos, em contexto de ensino clínico...” (E17)</p>
Motivação e comprometimento		<p>“Um dos grandes entraves, se calhar, à sistematização da qualidade é a não uniformização de práticas e a grande disparidade que pode haver naquilo que são os diferentes profissionais, portanto, ter as equipas e os profissionais alinhados com aquilo que são as melhores práticas, obviamente que vai concorrer para essa melhoria da qualidade dos cuidados.” (E1)</p>

Tabela 4

Continuação

Categorias	Subcategorias	Unidades de Significado
Motivação e comprometimento (Continuação)		<p>“Os profissionais envolvidos também precisam de ser ganhos, para... não só para aderirem, mas também para reconhecerem que aquela é efetivamente a melhor evidência, com que grau é que se pode afirmar para que se seja convicto de que vale a pena fazer diferente... também precisam de ser ganhos e, particularmente, para prevenir as resistências à mudança.” (E6)</p>
		<p>“E o envolvimento das equipas neste... neste... percurso, digamos assim, é... é... fundamental...”; “Motivo-os e é uma equipa motivada e, porque... é fácil de fazer compreender que, se pudermos... se temos ferramentas, se temos orientações, se temos... se há evidência de conhecimento científico mais atualizado, e que o podemos utilizar... só... só... podemos aproveitar... não... não... não podemos continuar a fazer como se fazia...” (E8)</p>
		<p>“Cria-se esta cultura de segurança... e... e... de... de... qualidade, não é? Que depois já não é preciso o líder... [...] ser o líder a incentivar, já se começa... já são as próprias pessoas emolidas... [...] Isso mesmo, emolidas dessa cultura que já são elas a... querer fazer melhor...” (E11)</p>
		<p>“A disponibilidade também de... da... de... das pessoas, porque a motivação... estou a falar... [...] Estou a falar, em termos de... enquanto nós, cada um de nós, se... se tivermos motivação... [...] Motivados para desenvolver mais e melhor é... é também uma... é uma arma importante... muito importante...” (E12)</p>
		<p>“Tendo uma equipa motivada, os cuidados são melhores...” (E16)</p>
		<p>“Porque as pessoas que tenho a recibos são pessoas motivadas, empenhadas com a expectativa de mudar a sua situação contratual, face... acabam por ser... paradoxal que seja, acaba por ser até um fator positivo... porque as pessoas tentam também que, tentam passar para outro tipo de... de contrato que lhe permita outra estabilidade... Também temos poucos colegas... os colegas que temos a recibo verde são colegas recém-formados, que acabaram a formação em 2021.” (E17)</p>
Liderança		<p>“São os líderes.”; “Alguns contextos estão condenados ao sucesso e outros estão condenados à perpetuação da mediocridade... consoante os gestores que lá tenham sejam ou não sejam líderes... no verdadeiro sentido da palavra...” (E6)</p>
		<p>“Senão é o cuidado do enfermeiro gestor... ter atenção, e ter em conta... essas práticas baseadas na evidência científica... pode acontecer que os cuidados já tenham um bocadinho ultrapassados... em determinados serviços não há esse acompanhamento e esse rigor científico...” (E10)</p>
		<p>“A liderança é muito importante.” (E14)</p>
Organização que regula o exercício da profissão		<p>“Eu julgo que se nós deixarmos à vontade de cada líder, essa possibilidade de implementar estratégias para sistematizar isto, penso que não vamos lá... Obviamente tem que haver aqui uma estratégia global ou pela ordem dos enfermeiros... [...] ou pelas próprias organizações que de alguma forma sistematizem e passem a mensagem de que isto é para ser assumido como estratégia organizacional. (E1)</p>

Tabela 4

Continuação

Categorias	Subcategorias	Unidades de Significado
Organização que regula o exercício da profissão (Continuação)		(Continuação) <i>Não podemos deixar isso também muito à mercê das características de cada liderança e, portanto, tem que haver aqui algum trabalho de sistema que, de alguma forma, ajude a que cada líder depois no seu contexto, cada gestor, operacionalize isso e aí sim depois as suas características de liderança podem influenciar ou não a maior adesão a determinadas...”; “Depois um grande alinhamento com... tudo aquilo que, nomeadamente, a ordem dos enfermeiros também vai emanando para o exercício profissional da enfermagem e, portanto, contempla tudo o que tem a ver com a área da investigação...” (E1)</i>
		<i>“Por um lado, a ordem reforçar... o exercício destas práticas junto dos enfermeiros e junto das unidades de saúde, fazer disso uma regra.” (E2)</i>
Reuniões multidisciplinares		<i>“Quando eu era enfermeira gestora na neurologia C, a visita médica era acompanhada pelo enfermeiro gestor, pelo enfermeiro especialista, pelo enfermeiro responsável pelo doente. [...] E pelo assistente social, e no fim, havia uma reunião multidisciplinar com os médicos responsáveis pelos doentes, o diretor de serviços, às vezes estava, outras vezes não estava, porque eram 3 unidades de serviço, comigo, com a enfermeira reabilitação, com o assistente social e neste caso já não estávamos os enfermeiros responsáveis pelos doentes, porque senão era a equipa toda.” (E5)</i>
		<i>“Fazemos aqui obrigatoriamente... nós aqui, todas as semanas... nos outros lados, todos os meses fazem uma reunião, nós aqui à terça-feira fazemos uma reunião, onde está presente, eu, o enfermeiro de reabilitação, a fisioterapeuta, o médico, a assistente social e a psicóloga. [...] E onde discutimos cada doente e o contributo de cada um, e a opinião de cada uma face àquela situação. [...] Que ganhos é que já houve, é preciso mais alguém intervir e como é que vai ser a alta...” (E17)</i>

Tabela 5

Análise de Conteúdo – Domínio - Papel dos Líderes Formais de Enfermagem na Implementação e Sustentação da PBE

Categorias	Subcategorias	Unidades de Significado
Comportamentos	Facilitadores	<i>“Desde logo é... é passar a mensagem e integrar naquilo que são os planos de atividades da direção de enfermagem... a institucionalização de momentos específicos para isso, alinhar indicadores de participação dos elementos nas diferentes atividades de disseminação do conhecimento e, portanto, fazer disto quase uma obrigação...” (E1)</i>
		<i>“O que eu faço é, levo a minha experiência e tento ter uma prática baseada na evidência... mas lá está, não sei tudo, mas tento levar o que acumulado que eu tive nos meus anos de serviço e levar isso aos outros e também a forma da não punição e fazermos as coisas pela positiva... sempre, com a equipa... E isso é uma forma de nós conquistarmos a equipa, porquê? (E3)</i>

Tabela 5

Continuação

Categorias	Subcategorias	Unidades de Significado
Comportamentos (Continuação)	Facilitadores (Continuação)	(Continuação) <i>Porque tu quando estás com esses tais líderes informais que fazem parte da equipa, na qual eu me incluo, tu é sempre mais fácil a conversa entre pares e não estás a ver alguém como o teu superior ou alguém que está ali para te criticar, ou para te julgar, ou para te dar uma avaliação. Não...</i> (E3)
		“O meu papel é sempre um papel facilitador... é sempre um papel facilitador, no sentido de proporcionar às pessoas, tudo aquilo que estiver ao meu alcance e as melhores ferramentas para que as pessoas possam prestar os melhores cuidados.” (E5)
		“Eu sou um pouco o pivô da promoção da implementação.” (E6)
		“O meu papel é só de facilitadora, é só de... um bocadinho, abanar as mentes das pessoas, tirá-las da sua zona de conforto e abrir-lhes outros horizontes.” (E7)
		“O meu papel, primeiro, deve ser... o de divulgar... o divulgar e... e, digamos, justificar o porquê... ou seja, isto é importante...” (E8)
		“Eu acho que sou um elemento facilitador...” (E9)
		“E ser um elemento facilitador, sobretudo, o gestor tem de ser um elemento facilitador...” (E10)
		“O meu papel é um bocadinho de agregador, digamos assim, de... de... [...] Facilitador, de...” (E12)
		“Eu tento ser facilitador o mais possível...” (E16)
	“Acima de tudo facilitador, de facilitador...”; “Dar-lhe recursos, dar-lhe tempo e incentivá-los também a disseminar as boas práticas.” (E17)	
	Motivacionais	“Por um lado, um líder não conhece tudo, portanto, ele tem que tentar envolver a equipa, motivá-la.” (E2)
		“Eu penso que sou, como se fosse, o pilar da equipa, ou seja, eu penso que muitas vezes a equipa precisa do incentivo para desenvolver os seus trabalhos... como se fosse o motor da equipa...” (E4)
		“Eu trabalho um bocadinho a área da liderança pelo exemplo e pela motivação das pessoas...” (E7)
		“Valorizar aquilo que as pessoas fazem... valorizar, apresentar, ainda agora, fizemos uma apresentação deste... deste trabalho das úlceras de pressão... isto depois incentiva e motiva a equipa... a equipa fica orgulhosa... epa, nós estamos a fazer um bom trabalho... acho que toda a gente gosta... de sentir que aquilo que está a fazer é positivo e que é reconhecido.” (E8)
		“Eu procuro um papel de... de garantia... de qualidade de cuidados, mas também de incentivo ao crescimento e ao desenvolvimento profissional...”; “É... é acompanhá-los, é incentivá-los, é fazê-los crescer... é mostrando-lhes quanto vale a pena trabalharmos bem... não é? O reflexo disso...” (E11)

Tabela 5

Continuação

Categorias	Subcategorias	Unidades de Significado
Comportamentos (Continuação)	Motivacionais (Continuação)	“O meu papel... o meu papel é sempre muito... o que eu... a minha forma de as motivar... é... eu própria estar muito atualizada e estar muito dentro daquilo que se... daquilo que se... que hoje se sabe acerca de saúde materna, acerca de... acerca do... da gravidez... da normalização... da não medicalização da gravidez, do fomentarmos na gravidez a... sem tanta intervenção médica... é estar muito atualizada nisso e acreditar muito nisso e tentar passar-lhes esta...” (E13)
		“E incentivar as pessoas com dinâmicas positivas.” (E17)
Caraterísticas	Habilidades e Expertise	“Se alguém, de facto, é líder, ou pelo menos, aspira a ser, formal ou informal... deve ter presente sempre alguns princípios básicos daquilo que faz parte da liderança... Primeiro, uma verdadeira noção das prioridades.” (E1)
		“Capacidade de negociação, capacidade de motivação, capacidade de decisão... Determinação, a pessoa tem que ser determinada” (E2)
		“Tem de ser um inconformado, não é? Tem de ser uma pessoa que não faz por fazer. Não faz, porque viu fazer. Questiona, procura, informa-se, estuda... Isso... é assim, isso é essencial... mas não é só na enfermagem, em qualquer profissão. Se nós pararmos e dissermos assim, tudo o que eu aprendi na escola é o que eu sei e agora vou ser enfermeiro 40 anos, e não é preciso estudar mais nada nem saber mais nada, não é? E depois limito-me a ver, aí fazem assim, também vou fazer assim... isso não...” (E3)
		“Tentei sempre comandar um pouco e... E mudar as coisas para melhor, trazer novas ideias...[...] organização, principalmente um serviço bem organizado, as coisas no lugar...” (E4)
		“A autoconsciência de papel de líder, saber que ele é... o principal agente de mudança ou que deveria ser...”; “Ter visão... conseguir olhar para a frente e deslumbrar um futuro melhor... depois, saber comunicar essa visão à sua equipa... nós podemos fazer melhor, eu gostaria que fizéssemos melhor amanhã, para bem dos doentes... até para nossa imagem... e, portanto, esta é a minha visão, o que eu vejo que possamos vir a fazer no futuro é isto... e o caminho para lá chegar, o plano que eu traço a partir da minha visão é este... e depois tem de ser capaz de envolver o seu grupo, ser o negociador... não só de ter a visão e de a comunicar, mas fazer perceber ao grupo que aquilo é realizável, e que se contar com eles... podem conseguir... esta noção de saber ver, comunicar e planear... saber mobilizar os recursos da equipa para, efetivamente, concretizar aquilo que propõe... tem de ser um bom influenciador, não é? Alguém que ajuda as pessoas a fazer coisas, que as consegue munir em prol de objetivos... fazê-las desenvolver esforços em prol de objetivos... acho que são assim caraterísticas fundamentais, não é? Portanto, tem de ser... [...] Neste aspeto também um bom comunicador... E tem que saber conquistar, ganhar, envolver, motivar... é muito por aqui, a missão, as caraterísticas assim mais essenciais...” (E6)
		“As características de um líder formal... tem que ser uma pessoa, primeiro, que goste do que faça e que procure manter atualizado, não é? E perceba a tendência de futuro, perceba em que ponto é que está a enfermagem e qual é a tendência para onde vamos e depois tem que ser...”; “Há outras que se trabalham, que se aprendem, eu estudei imenso...” (E7)
“Capacidade de adaptação à mudança...”; “Iniciativa...” (E10)		

Tabela 5

Continuação

Categorias	Subcategorias	Unidades de Significado
Caraterísticas (Continuação)	Habilidades e Expertise (Continuação)	<p>“A primeira coisa é ser uma referência... eu acho que o líder tem de ser uma referência... [...] Uma referência no conhecimento, uma referência no comportamento, uma referência... não é? Eu tenho que ser... eu não posso estar a exigir aos outros o que eu própria não faço... não é? Se não é difícil reconhecerem-me, é difícil valorizarem aquilo que eu... e, portanto, eu não posso estar a dizer que é importante mobilizarem o conhecimento e depois eu ir fazer o contrário por trás...”; “Nós temos que ser exigentes... [...] Nós temos que ser exigentes... nós temos que fazer sentir às pessoas que elas estão aqui para trabalhar... para trabalhar bem... elas não estão aqui para trabalhar mal... Tenho muito trabalho... É o que é esperado... Oh chefe, eu venho para aqui, eu trabalhei o dia todo... Pois, eu também não a chamei para ela estar a descansar, não é? Eu chamei-a para ela... (riso).” (E11)</p> <p>“Ser exigente de... a exigência...” (E12)</p> <p>“Recetividade, liderança, ser exemplo... ser... eu acho que ser exemplo é muito importante... as pessoas saberem que nós também... e eu... é uma coisa que eu gosto muito ainda de estar na prestação de cuidados... ainda lidar com os utentes... ainda... a forma como lido com os utentes... a forma como faço a aproximação... eu tento muito que a liderança seja por... pela imagem que vou transmitindo, fundamentalmente do meu papel de junto dos utentes...” (E13)</p> <p>“Eu ia dizer que... uma das competências é... primeiro, saber bem gerir conflitos. As equipas de trabalho são equipas com... com muitas pessoas... muitas vezes até nem sempre... a aceitação da pessoa com maior formação... e a mudança implica... a mudança implica sempre algum conflito, por mais que digamos que não. Há sempre pessoas que... ou alguma resistência à mudança, e aqui o líder passa também por... tentar limar esses conflitos, incentivar a pessoa a ser persistente nas mudanças...” (E17)</p>
	Consideração pelos Seguidores	<p>“Um grande respeito pelo próximo, um grande sentido de justiça, a capacidade de reconhecer aquilo que deve ser diferenciado e discriminado de forma positiva, ou também de forma negativa, mas, portanto, ter esta perceção e depois um grande... uma grande capacidade de perceber que... as pessoas são pessoas e nós temos que olhar para os outros sempre com o máximo de respeito por aquilo que são os princípios básicos das relações... Exigência, obviamente, mas acima de tudo perceber que do lado de lá está alguém que tem para já... pode ter quadros de referência, quadros de valores, formas de estar diferentes, mas que... Obviamente alinhadas por aquilo que nos une, enquanto missão, enquanto objetivos de uma organização... deveremos ajudar também a que essas pessoas façam o seu percurso e o desenvolvam e o abracem da melhor maneira possível. Há colaboradores que são, de facto, muito fáceis de trabalhar, nesse sentido, há outros que são muito difíceis, mas respeitar a que essa dificuldade tem que ser trabalhada também pelos líderes, portanto, respeito acima de tudo, um grande sentido de justiça e cuidado perante aquilo que são as necessidades. Nós temos colaboradores que para atingir o mesmo patamar vão necessitar de muito mais atenção, muito mais capacidade de intervenção do que outros... e é aqui que nasce este sentido de equidade, ou seja, a equidade é fazer com que todos atinjam o mesmo patamar, sabendo que uns vão, de facto, necessitar de mais estratégias e outros de menos estratégia, mas é não desistir de ninguém. Eu costumo dizer que a partir do momento em que desistimos de alguém, estamos de facto a perder algumas características de líder.” (E1)</p>

Tabela 5

Continuação

Categorias	Subcategorias	Unidades de Significado
Caraterísticas (Continuação)	Consideração pelos Seguidores (Continuação)	<p>“Quando não sei, também sou o primeiro a dizer assim, não sei, mas vou procurar... Acho que isso é muito importante. Porquê? Porque se nós estivermos ao nível dos pares, e eles também perceberem que nós não estamos ali com uma visão arrogante em que, temos... sabemos tudo, eles acabam por nos respeitar... E eles dizem assim... se ele não sabe e vai procurar, eu quando não sei também posso ir procurar, se calhar, é o que eu devo fazer, não é?; “Para mim, o mais importante que eu levo para a minha vida, ser justo com todos. Não há nenhum enfermeiro, se tu fores agora ao bloco que diga que teve um tratamento preferencial ou que teve em termos de horário uma benesse que todos não tiveram, percebes? O senso de justiça é muito importante. Outra coisa, como nós trabalhamos no privado e o desgaste é muito... e muitas vezes com horas também incomodativas... uma coisa que eu tento preconizar, eu tenho uma pequena agenda onde as pessoas fazem os seus pedidos e tento ao longo do ano que todos tenham os pedidos que querem, e que todos tenham o período de férias no período que pedem. Porquê? Isso é uma forma de ter os recursos humanos motivados e... e percebem que eu próprio estou preocupado com a vida pessoal deles, e com o conforto deles com a família, não só com o trabalho, mas também com o resto. Se ele tem um problema e não podem vir, eu sou o primeiro, se for preciso, a ir substituí-los para eles poderem ficar em casa, percebes? As características de um líder são ser dos pares... é pensar assim, se eu estivesse na equipa, gostava de ser tratado assim?” (E3)</p>
		<p>“Que acho que é importante que eu me ponha no lugar deles para eles sentirem esta proximidade entre... entre a chefia e eles... [...] ou seja, eu consigo-me sempre colocar no papel deles...”; “Criar empatia com a equipa, colocar-me no lugar do outro... ser um... uma pessoa que... também não sou apenas aquele... aquela pessoa de gabinete, mas que está sempre presente, se precisam de ajuda, também saio... muitas vezes ajudo nos cuidados, sou a primeira a arregaçar as mangas, caso seja necessário...” (E4)</p>
		<p>“Eu costumo dizer aos colegas que nós somos todos iguais com funções diferentes... eu sou enfermeira como todos que estão cá, assumo funções diferentes e acrescidas em relação a eles... mas acho que eles têm de me ver como uma líder que está junto, próximo das pessoas, correto? Para ajudar.... Em termos... em termos de equipa, em termos pessoais, para ajudar o crescimento de todos, sem dúvida... estou sempre aqui para dar as mesmas oportunidades às pessoas, para ajudar em tudo...” (E9)</p>
		<p>“Ter espírito de grupo e trabalho de equipa...” (E10)</p>
		<p>“Esta relação que se vai estabelecendo com as pessoas, não é? A disponibilidade que vamos tendo para com elas... para que elas tenham também para conosco... a compreensão que temos das situações delas, não é? Para que eles também tenham conosco... A valorização delas...”; “Eu gosto muito de valorizar o trabalho dos outros...” (E11)</p>
		<p>“De ir ao encontro da expectativa das pessoas de... pronto, as pessoas não são todas iguais, não é? Tentar perceber o que é que aquela pessoa, aquele enfermeiro, gosta mais de desenvolver ou, porque há áreas de trabalho, pronto... que temos diferentes, não é? E, uns gostam mais de uma coisa, outros gostam mais de outra... e é tentar conhecer aquela... aquela pessoa, não é? E tentar, digamos, ir ao encontro das expectativas de cada um.” (E12)</p>

Tabela 5

Continuação

Categorias	Subcategorias	Unidades de Significado
Caraterísticas (Continuação)	Consideração pelos Seguidores (Continuação)	<i>“Para mim a delegação é importantíssima numa gestão... o enfermeiro chefe não controla tudo... [...] E isso faz com que as enfermeiras, os enfermeiros, aliás... se sintam, em parte integrante da equipa, porque...”</i> (E14)
	Valores	<i>“Humildade, a simplicidade, a disponibilidade, a escuta atenta... Acho que é importantíssimo, realmente, a humildade... eu acho que nós sermos... acho que é uma das principais características que nós podemos ter”</i> (E9)
		<i>“Empatia.”</i> (E10)
		<i>“Sim... ser... ser compreensivo, ser ouvinte, digamos assim...”</i> (E12)
		<i>“Eu estou sempre disponível para a mudança... acho que sou humilde... muito humilde... e tento criar um bom ambiente com todos os profissionais com quem eu cá trabalho...”</i> (E16)

