

DOUTORAMENTO
CIÊNCIAS DE ENFERMAGEM

Empoderamento Profissional e Enfermagem Baseada na Evidência: contributos para uma otimização da prática

Abílio Cardoso Teixeira

D
2021



Empoderamento Profissional e Enfermagem
Baseada na Evidência: contributos para uma
otimização da prática

Abílio Cardoso Teixeira



Abílio Cardoso Teixeira

**EMPODERAMENTO PROFISSIONAL E ENFERMAGEM BASEADA NA EVIDÊNCIA:
CONTRIBUTOS PARA UMA OTIMIZAÇÃO DA PRÁTICA**

**Tese de Candidatura ao grau de Doutor em Ciências de
Enfermagem submetida ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel
Salazar da Universidade do Porto.**

Orientadora	Doutora Maria do Céu Barbieri de Figueiredo
Categoria	Investigadora distinguida Sénior
Afiliação	Universidade de Huelva

Coorientadora	Doutora Maria Assunção Nogueira
Categoria	Professora Adjunta Principal
Afiliação	Instituto Politécnico de Saúde do Norte

"O importante é não parar de questionar.

A curiosidade tem sua própria razão para existir."

(Einstein)

Agradecimentos

Um percurso como o que este relatório descreve será sempre um percurso inacabado, com um ponto de início, mas sem final. Apesar desta etapa estar próxima de um final, muitas outras surgirão! Assim teremos que estar atentos, aproveitar todas as oportunidades de aprendizagem: pessoais, profissionais e académicas. Tal poderá ser facilitado, por e com aqueles que nos rodeiam. Sendo todos importantes, não poderei deixar de agradecer:

À Professora Doutora Maria do Céu Barbieri, responsável pela orientação desta dissertação, por toda a disponibilidade, assertividade, apoio, rigor científico e incentivo demonstrados em todos os momentos.

À Professora Doutora Assunção Nogueira, responsável pela coorientação desta dissertação, por toda a disponibilidade, assertividade, incentivo, apoio, escuta e conselhos, em todos os momentos.

Obrigado por confiarem neste trabalho e por exigir, nunca menos que o máximo. São, para mim, um exemplo. Obrigado!

Ao André, ao Eduardo, ao Fábio, ao Hélder, ao Rui “simplesmente” pela amizade, essencial!

Ao Enfermeiro José Ribeiro por acreditar, desde o início, neste projeto.

Às Enfermeiras Elsa Pinto e Paula Guimarães pela ajuda, empenho e profissionalismo com que participaram e se envolveram neste estudo.

A todos os enfermeiros e restantes profissionais do Centro Hospitalar onde este estudo se realizou pelo carinho com que me continuam a receber, demonstrando que este projeto terá sido muito mais que isso.

A toda a equipa do Serviço de Cuidados Intensivos 1 do Centro Hospitalar Universitário do Porto, onde cresci como profissional, mas, acima de tudo, como pessoa.

À Escola Superior de Saúde de Santa Maria, a todos os seus profissionais e a todos os seus estudantes, com os quais, diariamente, tenho inúmeras oportunidades de aprendizagem.

A todos aqueles com os quais tive o privilégio de discutir Enfermagem e, em especial,
ao Acácio, à Carina, à Inês, ao João L., ao José António, à Manuela, à Marlene, ao
Nélson, ao Pedro S.

À Mariana, ao Afonso, à Elisa por me mostrarem o valor do tempo e a importância das
pequenas coisas. Por me fazerem perceber qual o(s) verdadeiro(s) propósito(s) da vida.

Aos meus pais e ao meu irmão, por todo o crescimento.

E, àqueles que me mostraram que o doutoramento, tal como o Karaté-do é um percurso
que começa no cinto branco e não termina no negro!

Simplesmente, obrigado!

Resumo

Contextualização: a exigência e complexidade associada aos cuidados de saúde está a aumentar, sendo imperativo a adoção de uma Prática Baseada na Evidência (PBE). Numa altura de elevados constrangimentos económico-financeiros, com restrições de recursos, é importante que as instituições se comprometam com este processo, promovendo ambientes promotores de empoderamento e de mudança. Com este estudo pretendemos implementar uma cultura de prática baseada na evidência, com recurso ao modelo ARCC® numa instituição hospitalar, e contribuir para o empoderamento profissional dos enfermeiros.

Metodologia: trata-se de uma abordagem de investigação-ação em três etapas: revisão, descrição e implementação. Na primeira, revisão, foi elaborada uma revisão sistemática de métodos mistos de acordo com a metodologia preconizada pelo Instituto Joanna Briggs, procurando identificar a relação de um ambiente promotor de empoderamento na implementação da PBE nos enfermeiros, explorar a forma como um ambiente promotor de empoderamento interage com a implementação da PBE e examinar criticamente como este tema foi estudado na literatura. Na “descrição” foi realizado um estudo descritivo, correlacional transversal, com recurso ao Questionário para a Eficácia das Condições de Trabalho, ao Instrumento de Empoderamento Psicológico e ao Questionário de Eficácia Clínica e PBE, com 368 Enfermeiros que desempenhavam funções num Centro Hospitalar do Norte. Estes dados subsidiaram a fase de “implementação” na qual foi implementado o Modelo ARCC®, em departamentos piloto. Nesta fase recolhemos dados através de notas de campo, dois grupos focais com a participação de 18 enfermeiros e voltamos a aplicar os questionários, mencionados na fase 2.

Resultados: na primeira etapa, na pesquisa foram obtidos 477 artigos, e após aplicação dos critérios de inclusão e exclusão ficamos com uma amostra de 9 artigos. Da análise e sínteses dos estudos pudemos concluir que o uso e implementação da prática baseada em evidências é influenciado pelas "características de organização e liderança", pelas "características individuais", influenciando os “resultados”. As conclusões desta revisão apontam para uma relação direta entre empoderamento e PBE.

Na segunda etapa, os resultados mostram um valor total de empoderamento psicológico de 66,2 (desvio-padrão = 8,9 e empoderamento estrutural 18,6 (desvio padrão = 3.3). Existe uma correlação positiva entre a idade e a "autodeterminação", "impacto" e "empoderamento psicológico". A idade tem correlação positiva com "poder informal", "recursos" e "empoderamento estrutural"; e "competência" está negativamente correlacionada com "poder formal", "informação" e "empoderamento estrutural". No que diz respeito ao Questionário de Eficácia Clínica e PBE, a pontuação total média foi de 4,9. Existe associação estatisticamente significativa e negativa entre a idade e as "atitudes" e o tempo na posição atual e as "atitudes". Existe correlação positiva entre as dimensões de empoderamento estrutural e as dimensões de empoderamento psicológico e as "práticas, atitudes e conhecimentos e habilidades" de PBE.

Na terceira etapa, com a implementação do modelo ARCC[®], verificamos que, os participantes, acreditam na importância da PBE, mas consideram o nível de conhecimento, prévio à formação insuficiente; consideram que é importante que a liderança esteja comprometida com o processo de implementação da evidência, incentivando a mudança e que as estruturas sociais, dentro da organização influenciam as atitudes dos colaboradores; consideram que a criação de uma massa crítica de mentores é uma estratégia eficaz para sustentar a mudança; consideram a periodicidade do plano formativo, positiva; e consideram que têm, atualmente, uma prática mais reflexiva.

Conclusão: O modelo ARCC[®], sendo um modelo desenhado para avançar na implementação e sustentabilidade da PBE, assume-se como uma estratégia positiva: teve efeitos positivos na percepção dos participantes sobre a cultura organizacional e prontidão para a PBE, e no desenvolvimento de competências necessárias para o papel de mentor, sentindo os mentores apoio dos líderes para a sustentação desta mudança.

Palavras-chave: Empoderamento Profissional; Enfermagem baseada na evidência; Prática baseada na evidência

Abstract

Background: the demand and complexity associated with health care is increasing. It is important to adopt an Evidence-Based Practice (EBP), due economic and financial constraints. Nurse managers play an important role in the implementation of EBP and in promoting environments that stimulate empowerment and change.

Methodology: in a participatory action research approach, in three main phases: review, description and implementation, we describe the relationship between professional empowerment and knowledge, skills and competencies, practices and attitudes in nurses in a portuguese hospital center and implemented and described the implementation of the ARCC® model. In the "review phase", a systematic mixed-methods review was undertaken according Joanna Briggs Institute's methodology. Research studies published between January 2001–January 2020 reporting data focusing on empowerment and EBP were eligible. Thematic analysis was used to synthesize the data. In the "description phase", in a cross-sectional study, data was collected with the Portuguese versions of "Conditions of Work Effectiveness Questionnaire-II", the "Psychological Empowerment Instrument", and the "Evidence-Based Practice Questionnaire". These data supported the third phase in which the ARCC® Model was implemented, as training on EBP was carried out to the group of previously defined mentors of the pilot services. In this phase data was collected through field notes, two focus groups with the participation of 18 participants and we reapplied the questionnaires, mentioned in phase 2.

Results: 477 articles were obtained from the search. Upon application of the inclusion and exclusion criteria, 9 articles were analyzed and reviewed, and the following categories emerged: "organizational and leadership characteristics", "individual characteristics" and "outcomes".

In second phase, we obtained a total psychological empowerment value of 66.2 (standard deviation = 8.9) (highest score for "meaning"; lowest for "impact") and structural empowerment 18.6 (standard deviation = 3.3) (highest score for "opportunity" and "informal power"; lowest for "resources"). There is a positive correlation between age and "self-determination", "impact" and "psychological empowerment". Age has a positive correlation with "informal power", "resources" and "structural empowerment"; and "competence" is negatively correlated with "formal power", "information" and "structural empowerment". Regarding the Evidence-Based Practice Questionnaire, the mean total score was 4.9 (highest score for "attitudes"; lowest for "practices").

There is a statistically significant and negative correlation between age and "attitudes" and time in the current position and "attitudes". There is a positive correlation between the dimensions of structural empowerment and the dimensions of psychological empowerment and the "practices, attitudes and knowledge and abilities" of EBP.

In the third phase, we found that although nurses showed a positive attitude toward EBP, certain barriers were obstructing their adoption, namely insufficient knowledge, prior to training. The mentors considered that it is important that leadership is committed to the process of implementing evidence, encouraging change and that social structures within the organization influence staff attitudes; consider that creating a critical mass of mentors is an effective strategy to sustain change; consider the periodicity of the formative plan positive; and consider that they currently have a more reflective practice

Conclusion: The ARCC® model, being a model designed to advance the implementation and sustainability of EBP, assumes itself as a positive strategy: this and the education and training program, had positive effects on the participants' perception of the organizational culture and readiness for EBP, its beliefs and implementation.

Keywords: Professional Empowerment; Evidence-based nursing; Evidence-based practice

Siglas e abreviaturas

AIQ: amplitude inter-quartil

ARCC®: *Advancing Research and Clinical practice through close Collaboration®*

CINHAL: Cumulative Nursing and Allied Health Literature

CPLEE: Cursos de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem

DP: desvio-padrão

IEP: Instrumento de Empoderamento Psicológico

JBI: *Joanna Briggs Institute*

PBE: Prática Baseada na Evidência

PICO: População, Intervenção, Comparação, *Outcome*

PG: Curso de Pós-Graduação

PRISMA: *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses*

QECT: Questionário de Eficácia para as Condições de Trabalho

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

SPSS: *Statistical Package for the Social Sciences*

Índice

Introdução.....	21
Prática Baseada na Evidência.....	21
Implementação da Evidência	26
Liderança	29
Empoderamento Profissional	31
A transição na cultura organizacional.....	33
Objetivos do estudo e finalidade.....	37
Partes constituintes do relatório	40
Etapa 1: revisão.....	19
Justificação	42
Método	44
Critérios de inclusão e de exclusão	45
Resultados	47
Análise dos resultados	52
Características da organização e liderança	52
Características individuais	54
Resultados/Consequências	56
Discussão dos resultados	57
Notas finais	59
Limitações	59
Considerações sobre a revisão no contexto deste estudo.....	60
Etapa 2: a descrição	61
Questão de investigação e objetivos do estudo:.....	64
Métodos	65

População e amostra	65
Recolha de dados e procedimentos éticos	66
Instrumentos de recolha de dados	66
Análise dos dados	67
Resultados.....	67
Perfil demográfico dos participantes.....	67
Empoderamento Psicológico	71
Empoderamento estrutural.....	73
Eficácia clínica e PBE	75
Empoderamento profissional.....	76
Empoderamento Profissional e Práticas, Atitudes e Conhecimentos, Habilidades/ Competências de PBE	77
Discussão dos resultados	79
Limitações.....	83
Conclusão.....	84
Considerações sobre a descrição no contexto deste estudo.....	84
Etapa 3: a implementação	85
Método	91
Participantes	91
Recolha de dados e procedimentos éticos	91
Recolha de dados	92
Intervenção: educação com programa de mentoria	92
Análise de dados	92
Resultados.....	93
Identificação de forças e barreiras.....	96
Desenvolvimento e uso de mentores de PBE.....	97
Implementação de PBE.....	98
Crenças e atitudes	98

Resultados da implementação da PBE	99
Sobre o modelo	99
Discussão	100
Empoderamento profissional e PBE na instituição	104
População e amostra	105
Instrumento de recolha de dados	105
Análise dos dados	105
Perfil demográfico dos participantes	106
Associação entre outcomes	109
Fatores associados ao empoderamento	110
Discussão	112
Considerações sobre a “Implementação” no contexto deste estudo	114
Reflexão geral.....	115
Conclusão	123
Referências Bibliográficas.....	127
Anexos	149
Anexo 1: Autorização para realização do estudo	
Anexo 2: Termo de consentimento informado para participação no estudo	
Anexo 3: Formulário de recolha de dados aplicado na esta 2 – “Descrição”	
Anexo 4: Guião para reunião focalizada	
Anexo 5: Publicações e comunicações efetuadas	

Índice de tabelas

Tabela 1: Estratégia PICO para elaboração da questão de pesquisa	44
Tabela 2: Descritores e estratégia de pesquisa utilizada nas bases de dados Medline e CINHALL	44
Tabela 3: Abordagem metodológica e avaliação da qualidade dos diferentes estudos (assinalada célula como uma coloração diferente)	47
Tabela 4: Características dos estudos – Autor, ano, local, principais conclusões	48
Tabela 5: Categoria "Características da organização e liderança", subcategorias e estudos	53
Tabela 6: Categoria "Características individuais", subcategorias e estudos	55
Tabela 7: Categoria "Resultados", subcategorias e estudos	56
Tabela 8: Descrição das variáveis sociodemográficas da amostra	68
Tabela 9: descrição dos outcomes da amostra em estudo, relativamente a Empoderamento Profissional	69
Tabela 10: descrição dos outcomes em estudo para o QECPE-20	70
Tabela 11: Associação entre empoderamento psicológico e variáveis sociodemográficas.	72
Tabela 12: Associação entre empoderamento estrutural e variáveis sociodemográficas	74
Tabela 13: Associação entre práticas (Pr.), atitudes (At.), conhecimentos, habilidades/competências (C,H/C) e variáveis sociodemográficas	75
Tabela 14: Associação entre outcomes (dimensões e escala total) de Empoderamento Profissional	76
Tabela 15: dimensão entre outcomes (dimensões e escala total) de Empoderamento Psicológico e Eficácia Clínica e PBE	77
Tabela 16: dimensão entre outcomes (dimensões e escala total) de Empoderamento estrutural e Eficácia Clínica e PBE.....	78
Tabela 17: Descrição das variáveis sociodemográficas da amostra nas fases "implementação" e "descrição"	107

Tabela 18: descrição dos outcomes da amostra em estudo, relativamente a Empoderamento Profissional nas fases "Implementação" e "Descrição"	108
Tabela 19: descrição dos outcomes em estudo para o QECPE-20 nas fases "Implementação" e "Descrição"	108
Tabela 20: Associação entre outcomes (dimensões e escala total).....	109
Tabela 21: Associação entre outcomes (dimensões e escala total).....	110
Tabela 22: Modelos univariados e multivariável.	111

Índice de figuras

Figura 1: Etapas de investigação e atividades principais desenvolvidas	37
Figura 2: diagrama PRISMA	46
Figura 3: relação entre as diferentes categorias	57
Figura 4: Friso cronológico com reuniões e eventos das etapas 2 e 3	64
Figura 5: reuniões de formação para os mentores e principais conteúdos abordados.	87
Figura 6: categorias identificadas, em consonância com o modelo ARCC. Adaptado de Melnik et al. (2010).	95
Figura 7: tipo de estudo, objetivos e métodos de análise das diferentes etapas.	117
Figura 8: Teoria das transições de Meleis (esquema adaptado)	120

Introdução

O que sabemos.

Objetivos e finalidade.

O desenvolvimento desta investigação foi alicerçado na curiosidade intelectual desenvolvida e potenciada ao longo de 15 anos de experiência profissional, clínica, docente e associativa. Tal permitiu discutir e refletir Enfermagem, tentando encontrar soluções para os problemas surgidos.

Decorria o ano de 2011 quando tivemos o primeiro contacto com a Prática Baseada na Evidência (PBE) durante a frequência do Mestrado em Ciências de Enfermagem. Este, foi um marco neste percurso, tendo iniciado, por esta altura, um caminho, desafiador. Tal, foi desde então, uma preocupação de formação e de investigação.

Do contacto com inúmeros estudantes de enfermagem e enfermeiros, em contexto clínico e eventos científicos e/ou formativos, apercebemo-nos da existência de barreiras e fatores dificultadores à PBE e à incorporação da evidência na prática clínica. Se, por um lado, verificamos que algumas das características individuais poderiam condicionar a adoção de uma PBE, verificamos que as estruturas organizacionais também a podem influenciar.

Mais tarde, em 2016, com o início deste programa de doutoramento em ciências de Enfermagem, delineamos este estudo assumindo que tudo tem uma lógica e quando não a percebemos deveremos buscar o seu entendimento: refletindo sobre a disciplina e procurando estratégias capazes de dar resposta às nossas questões. Da mesma forma, sendo esta uma nossa preocupação, foi (e é) uma preocupação da instituição onde o estudo foi realizado. Esta preocupação foi clara, desde o primeiro momento, havendo um comprometimento de todos para com este processo. Neste sentido, consideramos, importante, responder à questão: “Qual a relação entre Empoderamento Profissional dos enfermeiros em contexto hospitalar e os conhecimentos, habilidades e competências, as práticas e as atitudes da PBE?”. Ao darmos resposta a esta inquietação, julgamos obter alguns fundamentos que viriam a subsidiar a aplicação de um modelo de PBE eficaz para o contexto clínico.

Assim, durante este percurso, através de contínuas e profícuas discussões com a equipa de investigação e com os Enfermeiros, envolvidos no processo, foi possível implementarmos o projeto que agora apresentamos. Todos os atores deste processo demonstraram enorme motivação, dedicação e empenho, possibilitando a implementação do modelo *Advancing Research and Clinical practice through close Collaboration*[®] (ARCC[®]), o que contribuiu para a adoção de atitudes organizacionais promotoras de uma PBE.

Atualmente, existe uma preocupação crescente por uma PBE, a qual está associada a uma melhoria dos resultados, um incremento da qualidade e uma redução dos custos (1–4). Para a sua operacionalização, são seguidas diversas etapas e, ao longo destas, existem atitudes e barreiras, de cariz individual, coletivo ou organizacional, que poderão influenciar o uso clínico da melhor evidência disponível.

As características organizacionais e de liderança influenciam a PBE: o contexto organizacional influencia o suporte e atitudes perante a mesma, sendo enfatizada a importância de mudanças nas organizações de saúde, garantindo a implementação da evidência na prática clínica, e sua enculturação, nestes sistemas profissionais complexos.

Nesta linha de pensamento, a produtividade do enfermeiro está relacionada com a sua autonomia, com a relação com a equipa e com os recursos. Empoderamento profissional em Enfermagem é um processo que pode ser explicado pela perceção de poder formal e informal e sua influência em estruturas organizacionais promotoras de empoderamento (empoderamento estrutural) ou pela motivação, intrínseca, manifestada em diferentes cognições, refletindo uma orientação perante o trabalho (empoderamento psicológico). Empoderamento estrutural tem um efeito positivo no empoderamento psicológico que, por sua vez, tem influência no comprometimento organizacional, daqui advindo inúmeros resultados positivos.

Deste modo, iniciamos este percurso de investigação-ação, alicerçado em três etapas: revisão, descrição e implementação.

Após uma revisão de métodos mistos de acordo com a metodologia preconizada pelo Instituto Joanna Briggs, foi realizada a descrição do contexto, nomeadamente as condições estruturais oferecidas pela instituição aos enfermeiros (empoderamento estrutural) e como estes as encaram (empoderamento psicológico), relacionando com os conhecimentos, habilidades, as práticas e as atitudes de Prática Baseada na Evidência. Os dados resultantes das etapas anteriores, subsidiaram a implementação do modelo ARCC®, com a criação de uma massa crítica de mentores e formação em PBE.

Neste relatório serão descritas estas etapas sendo, neste capítulo inicial, realizado um enquadramento conceptual das problemáticas e conceitos centrais: PBE, empoderamento profissional, liderança e transições. Após, apresentaremos a finalidade e os objetivos deste estudo e uma visão geral sobre este relatório, nomeadamente a sua organização.

Prática Baseada na Evidência

A prática clínica poderá conduzir a incertezas, nomeadamente na opção pelo melhor tratamento tendo em conta os resultados esperados ou qual o resultado previsível para um possível diagnóstico. A ligação entre a prática de enfermagem e a qualidade dos resultados é inconfundível, mas estando dependente do uso da evidência na prática. Os enfermeiros precisam de informação para tomar decisões adequadas (5). Um corpo crescente de evidência sustenta que da implementação da evidência existe melhoria da qualidade dos cuidados, aumentando o conhecimento clínico e, assim, aumenta a liberdade de agir e, consequentemente, a autonomia (5). Paralelamente, quanto maior a autonomia, melhores os resultados dos clientes (6).

No entanto, a prática clínica ainda é norteadada pela reprodução ou tradição (7,8), promovendo o erro sistemático e a adoção de práticas que não sendo congruentes com a evidência, poderão propiciar um aumento dos custos institucionais, para o cliente e para o profissional (2,9). Paralelamente, o Enfermeiro apresenta fragilidades para a adoção de uma PBE, associadas a lacunas de conhecimento, sobrecarga de trabalho e resistência à mudança (7).

Archibald Cochrane, na obra “Effectiveness and Efficiency”, advogou que a falta de evidência, fiável e robusta, poderia colocar em causa a qualidade de prática clínica, devendo ser uma exigência a realização de cuidados baseados na evidência, até porque haverá sempre limitação dos recursos, os quais deverão ser utilizados racionalmente (10). Sugeriu que a prática deveria ser orientada por conhecimento, que advém da investigação, e é reunido através da pesquisa e análise crítica rigorosa e sistemática (10).

Porém, nesta altura, a evidência ainda se encontrava dispersa, havendo uma dificuldade acrescida na obtenção da mesma. Os seus esforços levaram à criação da “*Cochrane Collaboration*”, um passo tremendo para a agregação de conhecimento, sob a forma de revisões, devidamente atualizadas para uso na prática clínica.

Em 1996, num editorial, considerado seminal, Sacket e colaboradores (11) advogam que Medicina Baseada na Evidência é a integração da perícia clínica individual com a melhor evidência disponível, obtida através de uma pesquisa sistemática, rompendo com o conceito de prática baseada na tradição. Trata-se do uso consciencioso, explícito e sensato da melhor evidência na tomada de decisão clínica, individualmente. Claramente, com esta definição expõe-se algumas das barreiras à PBE, nomeadamente a falta de tempo reportado para as tarefas de pesquisa e de avaliação crítica da evidência e o uso da tradição como norteadora da prática (12–15).

Do mesmo modo, os autores reforçam que a perícia clínica é essencial para adequar os resultados que advêm da investigação à situação individual do cliente, já que a evidência pode não ser aplicável e/ou adequada (16). Os cuidados de saúde baseados em evidências conduzem a melhores decisões clínicas e, conseqüentemente, melhores resultados no cliente (17).

A aplicação destes conceitos na prática de Enfermagem foi mais lenta. A investigação em Enfermagem ainda era insipiente, e os Enfermeiros implementavam, por vezes, os resultados de uma única investigação (18). DiCenso, Cullum e Ciliska (19), em 1998, reforçam que, não sendo novo o reconhecimento da importância da PBE, torna-se importante identificar e atuar sobre as suas barreiras: restrições de tempo, acesso limitado à literatura, lacunas de conhecimentos de investigação e pesquisa, ênfase no conhecimento prático e ambientes de trabalho inibidores da pesquisa. Duas décadas após, estas barreiras ainda são reportadas em inúmeros estudos (7,20–23).

Por um lado, o Enfermeiro reconhece a importância em se adotar uma PBE e, por outro, deverá exercer a sua prática profissional em consonância com os adequados conhecimentos técnicos e científicos de forma a obter cuidados e serviços de elevada qualidade (24), devendo ser uma prioridade das organizações e dos profissionais (25,26). Atualmente a informação circula velozmente, como verificamos recentemente com a quantidade de informação produzida e disseminada durante a recente pandemia por COVID-19 (27–30). Desta forma, é importante que os Enfermeiros tenham adequadas competências de pesquisa e de investigação para analisarem e avaliarem criticamente as evidências. Isto influencia as atitudes e os valores sobre a PBE. A falta de valor tem sido identificada como uma barreira fundamental para o uso da evidência na prática), pelo que inúmeros estudos tiveram como foco as estratégias capazes de as minimizar (31,32), tanto a montante (educação pré-graduada) como a jusante (após o início da prática profissional).

A montante, a educação em enfermagem deve permitir ao estudante a compreensão dos conceitos, do processo e da influência dos resultados da PBE. A identificação destas barreiras permite a atuação, precoce, sobre as mesmas, recorrendo a estratégias capazes de as minimizar e com resultados de aprendizagem com foco nas habilidades crítico-reflexivas e o uso da investigação na prática clínica (31). São entraves a falta de formação e treino em PBE dos docentes (33), a sua carga de trabalho e a resistência em contextos de prática clínica (34).

A comunicação da evidência entre os docentes é primordial, devendo haver estratégias otimizadoras da comunicação e do pensamento crítico-reflexivo (35) e o reforço e apoio das escolas aos docentes, assim como uma avaliação dos planos curriculares e incorporação de diferentes estratégias: palestras, seminários, tutoriais, trabalhos laboratoriais, aprendizagem baseada em problemas, abordagem invertida em sala de aula e uso de sistemas de gestão *online* de apoio à educação (36,37). Algumas destas estratégias podem ser gravadas e/ou disponibilizadas em meios digitais (35) possibilitando uma visualização posterior e uma aprendizagem consoante as necessidades.

O incentivo à investigação conjunta entre o corpo docente, corpo clínico e os estudantes pode contribuir para a incorporação da evidência na prática (35), contribuindo para aprendizagem de competências de investigação e PBE. Aliás, os estudantes sublinham a importância de programas promotores da aquisição de competências e PBE e o valor daqueles que incentivam o envolvimento na mesma (38). Os ambientes de aprendizagem, os diferentes modelos e experiências poderão contribuir para a aquisição de competências e habilidades de investigação e pesquisa, permitindo a adoção, na prática clínica, enquanto profissionais, de estratégias promotoras de PBE (39–43).

Apesar de crenças positivas sobre PBE, o nível de conhecimento sobre a mesma e consequente implementação são insuficientes (7,44,45). Existe, por vezes, o sentimento de não preparação para o uso da evidência e sua implementação. Alguns estudos têm como foco as crenças, sentimentos e conhecimentos dos Enfermeiros sobre esta temática (44,46,47), identificando-se diferentes barreiras e facilitadores.

São identificadas variáveis como a idade (16,46), as habilitações académicas (13,16,47), as habilitações profissionais (35), os anos de experiência em enfermagem (16,46,47), e a experiência em investigação (47) e formação em metodologias de investigação e/ou PBE (16,46,47) com influência positiva nas práticas, atitudes e conhecimentos e competências de PBE.

Como barreira, frequentemente identificada, a carga de trabalho está dependente do ambiente dos cuidados de saúde e fortemente dependente do tempo (8,20,23,35,46,48) e dos recursos (8,15,20,21). São, ainda, identificados como barreiras: a identificação dos colegas como fontes principais de informação (22,48), refletindo, uma prática baseada na tradição (8); o défice de informação e conhecimento e habilidades para uma PBE (15,16,49,50), nomeadamente falta de competências na pesquisa, recuperação, avaliação crítica, compreensão e extração dos dados (16) e no acesso a bases de dados (20,51); a falta de tempo para tarefas de pesquisa (50); a falta de comunicação entre a academia e a

prática clínica (20); insuficiente proficiência na língua inglesa (20) e falta de motivação (8,15).

Assim, deverão ser elaborados programas educativos que possam mitigar estas barreiras, que podem variar em função das características sociodemográficas dos enfermeiros, focando a aquisição de conhecimentos e competências relacionadas com a prática e com a investigação, devendo, ainda, ser realizadas intervenções educativas adaptadas ao seu trabalho diário (46).

A experiência em atividades de investigação pode promover a atitude positiva e o conhecimento relativo à investigação e à PBE, mas não é suficiente para promover a sua implementação (47). É importante desenvolver as competências em PBE das equipas de enfermagem, adequando os planos formativos às necessidades. Diferentes ambientes e modelos de aprendizagem são referidos em diferentes estudos.

Um conjunto de competências fundamentais de PBE podem subsidiar programas de ensino e aprendizagem, divididas em 5 domínios (52): (0) introdução (compreender o conceito de PBE e das vantagens inerentes, distinguindo entre a produção e o uso da evidência), (1) pergunta (identificar diferentes tipos de questões clínicas, sendo capaz de converter questões clínicas em questões clínicas estruturadas), (2) aquisição (efetuar pesquisas nas bases de dados adequadas, identificando os descritores e os operadores booleanos), (3) avaliação e interpretação (analisar criticamente diferentes tipos de estudos), (4) aplicação (envolver os clientes no processo de tomada de decisão, informando-os e sendo capaz de delinear diferentes estratégias para gerir a incerteza) e (5) avaliação (reconhecer potenciais barreiras na implementação da evidência, identificando processos de auditoria e monitorização).

Isto possibilita a construção de blocos educativos personalizados, tendo em conta as necessidades de aprendizagem, a disponibilidade de tempo, o contexto e a experiência anterior em PBE. Com isto poder-se-ão utilizar diferentes cenários de aprendizagem e, com o recurso a casos clínicos, promover a aquisição e o treino de tomada de decisão, explicando, simultaneamente, os conceitos subjacentes.

Poderá ser especialmente útil nos hospitais que são sistemas complexos onde múltiplos atores interagem perante uma crescente demanda e exigência na prática clínica, podendo interferir, direta ou indiretamente, na produtividade, saúde e bem-estar (53). O uso da PBE é uma força motriz para afastar a prática baseada na tradição, cujas intervenções são muitas vezes ineficazes, permitindo através de processos de tomada de decisão, conscientes, garantir cuidados de qualidade e eficientes, reduzindo a variabilidade da prática.

Neste sentido, os líderes¹ têm um importante papel na promoção e sustentação da PBE em Enfermagem (46,54–57) porém, apesar de acreditarem no valor da mesma, a sua implementação é baixa (3). Este processo de implementação é influenciado pela cultura organizacional, liderança, comunicação, recursos, monitorização e *feedback* dentro das organizações de saúde.

Os líderes devem ter em conta estes aspectos, identificando e atuando sobre os mesmos, otimizando a eficácia da implementação da PBE, atuando sobre as barreiras e potenciando as forças. Nesta linha de pensamento, líderes transformacionais são, normalmente, solidários e apoiam a mudança, influenciando os colaboradores de forma positiva (55). Estes líderes são capazes de fomentar e alimentar a mudança necessária nas instituições de saúde, onde a implementação da PBE é, muitas vezes, insipiente. Para tal é necessário um conjunto de ações capazes de alterar a cultura organizacional e desenvolver os contextos, promovendo a mudança.

A institucionalização da PBE é complexa e multifacetada, refletindo inúmeros comportamentos, estratégicos e funcionais (58,59), interligados nos diferentes níveis da organização (55). Os líderes, tendo uma atitude mais positiva em relação à PBE que os enfermeiros da prática clínica (16) devem ser inspiradores e indutores, intervirem ativamente e envolverem-se, educarem, monitorizarem e fornecerem *feedback* e implementarem projetos específicos de PBE. Isto deverá fazer parte do plano estratégico, dos serviços, da instituição, clarificando objetivos prioritários, construindo e sustentando uma cultura de apoio à PBE (55,60). É importante que os líderes assumam a PBE como um aspeto integrante do seu desempenho profissional, dado que, por vezes, na resolução de problemas procuram a experiências dos pares e a intuição, ignorando a evidência (22).

O conjunto de medidas descrito anteriormente, poderá auxiliar a ultrapassar algumas das barreiras descritas para com a PBE. No entanto, existem algumas barreiras que fogem do controlo do Enfermeiro na prática clínica, nomeadamente as barreiras organizacionais.

¹ Em diferentes estudos, são usados os termos liderança, líder e gestão, sendo a liderança conceptualizada principalmente como apoio à liderança ou apoio à gestão, não diferenciando assim os conceitos de liderança e gestão (58), podendo ser consideradas complementares (59). No contexto deste trabalho, usamos a definição de liderança proposta por Cummings e colaboradores (81): é um processo, que implica influência, que ocorre dentro de um contexto de grupo e visa alcançar objetivos que refletem uma visão comum e partilhada.

Uma cultura organizacional resistente à mudança ou a falta de apoio entre pares cria barreiras à PBE (8,15,50), tal como a falta de apoio organizacional à PBE (15,20), falta de apoio (15,50), constrangimentos financeiros (50), inadequada comunicação na equipa (8) e sentimento de não terem autoridade suficiente para alterar a prática com base em evidências (20,48,61). Existem alguns facilitadores a este processo, que poderão contribuir para a otimização do mesmo, nomeadamente o acesso a bibliotecas, a acessibilidade a meios digitais a cultura de aceitação e o acesso à internet (50,62).

Existindo uma correlação entre as crenças e a implementação da PBE (45), importa conhecer os conhecimentos, habilidades, as práticas e as atitudes, as barreiras, os facilitadores, as crenças e os sentimentos. Os líderes têm influência positiva na promoção de comportamentos facilitadores da PBE. Assim, considera-se competência dos líderes em Enfermagem a implementação e sustentabilidade organizacional da PBE, criando estruturas para garantir o acesso à informação, recursos e apoio, capazes de otimizar a prática e obter eficiência clínica, sendo a base consistente da prestação de cuidados.

Implementação da Evidência

Apesar da PBE ser desejada, nem sempre é implementada e as variações da prática abundam (63). Se, por um lado, são necessárias condições organizacionais que permitam implementar e sustentar a mudança, em processos transicionais positivos, por outro existem alguns desafios a este processo que devem ser ultrapassados. Isto visa atingir alguns objetivos, capazes de promover a qualidade dos cuidados: o sistema deve ser seguro, oportuno, eficaz, equitativo, eficiente e centrado no cliente (64). Deste modo, a translação da ciência tornou-se uma preocupação central para aqueles que procuram cuidados de saúde, para os profissionais de saúde e para os decisores (65).

A implementação da evidência na prática dos cuidados e a avaliação do seu impacto e resultados são um fim de um processo complexo. Apesar da existência de barreiras, já referidas anteriormente, que influenciam a tradução da evidência na prática, este processo inclui a investigação de métodos que influenciam a adoção da PBE pelos indivíduos, devendo ser orientado por um modelo concetual que organize as estratégias para a sua implementação (63,66).

Os diferentes modelos existentes sugerem que a implementação da ciência ocorra em diferentes etapas, considerando: a produção e síntese crítica do conhecimento, a disseminação, a adoção e implementação no contexto das organizações e a avaliação do impacto nos clientes e organizações. Diferentes modelos são usados, tendo sido descritos, como mais usuais (67,68) os que a seguir se descrevem:

- *ACE Star Model of Knowledge Transformation* (69), com foco na prática clínica e na transformação do conhecimento, abordando fatores que influenciam a adoção da inovação. Assenta em cinco etapas (os pontos da estrela): (1) descobrir – procura de novos conhecimentos através da pesquisa; (2) sintetizar a evidência – processo, rigoroso, de revisão sistemática; (3) translação – criação de um documento que oriente a prática, como normas de orientação clínica; (4) integrar – mudança na prática, individual e organizacional; (5) avaliar – o impacto da mudança na prática na qualidade dos cuidados.

- ARCC® (70), com ênfase no uso organizacional e com foco na teoria do comportamento cognitivo, orientando os profissionais a mudarem comportamentos e/ ou atitudes. Assenta em cinco etapas: (1) avaliar a cultura e prontidão organizacional para a implementação da PBE; (2) identificar os pontos fortes e barreiras organizacionais à PBE; (3) identificar os mentores (responsáveis por auxiliarem na mudança e na sustentação da mesma); (4) implementar a evidência na prática; (5) avaliar os resultados.

- *Iowa Model* (71), com ênfase no uso organizacional e projetado como uma abordagem interdisciplinar. Inclui um fluxograma para orientar a tomada de decisão e etapas de resolução de problemas. Utiliza ciclos de *feedback* para orientar o processo de mudança. Assenta em seis etapas: (1) identificar questões com interesse para a prática; (2) determinar se o tópico é uma prioridade organizacional; (3) criar uma equipa para pesquisar, avaliar e sintetizar a evidência; (4) determinar se a evidência é suficiente para responder à questão (se insuficiente, realizar investigação) (5) se a evidência for considerada suficiente, implementar a alteração da prática (projeto piloto) (6) se o projeto piloto for bem sucedido, divulgar os resultados e implementar na prática.

- *Joanna Briggs Institute model of Evidence-Based Healthcare* (72): com ênfase no uso organizacional, este modelo foi frequentemente utilizado para conceber cuidados de saúde baseado na evidência e os passos necessários para os alcançar. Assente em quatro principais componentes: (1) gerar evidências para os cuidados de saúde - produção de investigação primária, com recurso a diferentes metodologias; (2) sintetizar a evidência – avaliação ou análise de evidências sobre um tema específico para ajudar na tomada de decisões em cuidados de saúde; (3) transferir a evidência - ato de transferência de evidência para profissionais de saúde, unidades de saúde e sistemas de saúde, a nível global através de publicações científicas, educação e formação e sistemas de apoio à decisão; (4) utilizar as evidências na prática - com avaliação do seu impacto nos resultados em saúde dos indivíduos, nos sistemas de saúde e na prática profissional.

- *John Hopkins Nursing Evidence Based Practice Model* (73), com ênfase no uso individual, fornece um guia prático para o uso da melhor evidência na prática clínica, com recurso a diferentes ferramentas, nomeadamente para o desenvolvimento de questões, escala de classificação de evidências, e avaliação de evidências de pesquisa. Assente em três etapas: (1) identificar a questão, utilizando uma abordagem em equipa; (2) evidência: pesquisar, avaliar criticamente, sintetizar, avaliar a força de evidência, e desenvolver recomendações de mudança com base na força de evidência; (3) translação – determinar a viabilidade, criar um plano de ação, implementar mudanças, avaliar e comunicar resultados.

- *Knowledge to Action* (74): com ênfase no uso organizacional. Assente em dois principais componentes: (1) criar conhecimento – inclui investigação primária, investigação secundária (síntese) e ferramentas ou produtos de apoio à prática. Este processo é interativo, podendo informar e alimentar o ciclo de ação; (2) Ciclo de Ação - a implementação do conhecimento, do qual constam diferentes passos: identificação do problema com identificação, revisão e seleção do conhecimento; adaptação do conhecimento ao contexto local; avaliação das barreiras e facilitadores ao uso do conhecimento; desenvolvimento e execução e implementação das intervenções; monitorização do uso do conhecimento; avaliação do impacto; sustentar o uso do conhecimento.

- *Promoting Action on Research Implementation in Health Services Framework* (PARIHS) (75): com ênfase no uso organizacional, é utilizado um quadro para avaliar os progressos na implementação da mudança, indicando fatores que preveem a probabilidade de sucesso. A implementação da evidência, com sucesso, é baseada na interação entre os seguintes elementos: (1) evidência - procura de evidências, das mais diversas fontes; (2) contexto - a adoção de uma inovação é influenciada pela cultura organizacional, características organizacionais e apoio da liderança; (3) facilitadores – os indivíduos, dentro da organização, usam os seus conhecimentos e competências para ajudar na implementação da mudança da prática.

- *Stetler Model* (55,76): com ênfase no uso individual, centrando-se no pensamento crítico e na utilização de evidência externa (decorrentes da investigação) e interna (provas sistemáticas obtidas localmente, tais como dados de resultado, opinião de peritos). Assente em cinco etapas: (1) preparação – definir a necessidade prioritária e iniciar a pesquisa de evidência; (2) validação – avaliação crítica e síntese da evidência (3) avaliação comparativa e tomada de decisão – decisão sobre que evidência usar para responder à necessidade

identificada; (4) translação e aplicação; (5) avaliação – determinar se os objetivos de utilização da evidência foram alcançados.

Existe um aumento exponencial do corpo de conhecimento sobre modelos de PBE (68). Os conhecimentos gerados durante este processo são valiosos para capturar e alimentar o processo, contribuindo para que outros possam adaptar e executar estas estratégias de implementação (66). Se, por um lado, deverá haver uma sensibilização de todos os intervenientes no processo (77), por outro lado, importa alimentarmos a implementação com a evidência que deriva de outros estudos. As estratégias sugeridas devem ser implementadas desde o início do processo, sendo necessárias diferentes medidas durante as diferentes fases de implementação e sustentação. A ênfase nas características positivas de uma mudança de PBE, antecipando as potenciais vantagens pode promover o interesse e a consciencialização dos intervenientes (77).

Liderança

A prontidão organizacional e a implementação da PBE são insuficientes (44). Sabe-se que uma organização que ofereça serviços de maior qualidade, apoie a inovação e tenha a capacidade de atrair colaboradores, experimenta menos resistência à mudança e reduz os custos. Concomitantemente, existe uma relação positiva entre práticas de liderança positivas e redução da prevalência de eventos adversos, na satisfação do cliente, na satisfação profissional, no comprometimento organizacional e com a profissão, na redução da ansiedade, exaustão emocional e stress, na comunicação com os pares e em equipa, no empoderamento e na produtividade e efetividade (78–82).

A liderança tem sido estudada em vários contextos, nomeadamente na psicologia, a nível militar, na educação, na gestão e, mais recentemente, na enfermagem (83): aquelas focadas nos aspetos relacionais, tais como a liderança transformacional e transacional (84,85), liderança ressonante (86) e liderança autêntica (87) são frequentemente analisadas (79,83,88).

Apesar de uma concetualização diversa, existem alguns elementos fulcrais para a sua definição: (a) é um processo; (b) implica influência; (c) ocorre dentro de um determinado contexto ou grupo; e (d) envolve alcançar objetivos que refletem uma visão comum (78). No entanto, verifica-se inconsistência nos diferentes estudos que procuram analisar a influência da liderança em Enfermagem nos resultados.

Comparativamente a outros estilos de liderança, os estilos de liderança relacional estão frequentemente relacionados com resultados positivos (78), nomeadamente na promoção do bem-estar e satisfação profissional, no aumento da produtividade e da qualidade, na promoção de ambientes promotores de empoderamento e o comprometimento organizacional e diminui o burnout (89–97).

A liderança transformacional apresenta efeito positivo no comprometimento organizacional: os efeitos dos preditores da intenção de permanecer (a satisfação do trabalho e o comprometimento organizacional) são cumulativos, podendo ser otimizados pela liderança (98). Por exemplo, a liderança transformacional afetou positivamente o empoderamento psicológico dos enfermeiros que, por sua vez, influenciou a motivação intrínseca e o comportamento de partilha de conhecimento (99).

Num outro exemplo, a liderança ressonante teve uma correlação positiva no empoderamento estrutural, que por sua vez teve uma correlação negativa na incivilidade, influenciando positivamente a satisfação profissional e, com isto, reduzindo o burnout (100).

Líderes capazes de promover o empoderamento, capazes de envolverem os Enfermeiros promovem ambientes de trabalho saudáveis (101), promotores de satisfação profissional (102,103)

A liderança focada exclusivamente na conclusão das tarefas é insuficiente para alcançar os melhores resultados em Enfermagem; por outro lado, a liderança relacional deve ser encorajada tendo em conta os resultados positivos a ela relacionados (78). Líderes capazes de promover o empoderamento, capazes de envolverem os Enfermeiros promovem ambientes de trabalho saudáveis (101), promotores de satisfação profissional (102). Pelo contrário, a insatisfação profissional e mais reduzidas perceções de empoderamento estão associadas ao burnout e à intenção de deixar a profissão (103).

Paralelamente, existe relação entre os ambientes de trabalho e os resultados sensíveis aos cuidados de Enfermagem (104). Deste modo, é importante aumentar a satisfação profissional dos enfermeiros, melhorando a qualidade dos cuidados, garantindo um comprometimento profissional e com a disciplina (105). A otimização dos ambientes de trabalho e dos recursos, nomeadamente com estratégias organizativas centradas no colaborador, perícia e habilidades relacionais baseadas em evidência (106–108) têm uma influência positiva na satisfação profissional, na redução da intenção de abandono, melhorando o comprometimento e a criação de um ambiente positivo e, concomitantemente, incentivando o envolvimento em práticas inovadoras e de alta qualidade (108). Ainda, existe menor intenção de abandono quanto maior a colaboração em equipa e quanto mais forte a liderança (109).

Empoderamento Profissional

Da otimização das condições de trabalho, com a criação de um ambiente organizacional estruturado, surgem profissionais empoderados. Assim, empoderamento é um elemento-chave nas organizações contemporâneas (110), podendo o seu ser analisado por diferentes teorias. Na teoria social, assume-se o poder e o empoderamento como fenómenos sociais e políticos; na abordagem organizacional o empoderamento é visto como um processo associado ao aumento da produtividade e eficácia; na abordagem psicológica o empoderamento é abordado do ponto de vista individual, sofrendo influência do ambiente e pelas qualidades e valores individuais. Vários estudos apontam as limitações das teorias organizacionais na descrição do empoderamento profissional, enfatizando a necessidade de a expandir na direção da teoria psicológica (111).

Poder, dentro da organização, deriva de sistemas formais e informais e é necessário para poder influenciar um indivíduo ou grupo. Poder formal decorre de desempenho que permita arbítrio, fornece reconhecimento, sendo relevante no atingir dos objetivos organizacionais (111), possibilitando o acesso a estruturas promotoras do Empoderamento.

Numa abordagem clássica, empoderamento está associado à presença ou ausência de poder. Poder está associado ao negativo, ao patriarcal e ao autoritário, sendo extrapessoal: o aumento de poder numa pessoa corresponde a perda de poder noutra (112). Porém, considera-se, atualmente, que o poder deve ser compreendido a nível individual: as pessoas são os meios e os geradores de energia, caracterizando-se pela reciprocidade (113–115). Assim, considera-se um processo, transacional, pelo qual as pessoas, organizações e comunidades ganham controlo sobre as suas próprias vidas, implicando que habilidades e/ou competências estejam presentes ou sejam possíveis (116). É um estado decorrente da valorização dos outros, sendo encarado como delegação da autoridade e partilha de poder, nomeadamente através de técnicas de gestão participativa, e criação de redes de trabalho (117).

Nesta linha de pensamento, poder é a capacidade de fazer as coisas, de mobilizar recursos e obter e usar o necessário para atingir os objetivos (118). Poder é gerado pelas ações do indivíduo e das suas relações com o que o rodeia, sendo os seus elementos as características individuais, conhecimentos e o potencial para agir e adquirir informação (119), através do qual o indivíduo adquire controlo sobre a sua vida (110,120). Neste sentido, afirma-se que Empoderamento é um processo, contínuo, dinâmico e sinérgico, de crescimento e desenvolvimento (119), sendo um construto motivacional, influenciado por fatores individuais e ambientais, através do qual o indivíduo se sente mais ou menos empoderado (120).

Os fatores ambientais poderão ser facilitadores ou inibidores do empoderamento. Em organizações burocráticas e hierárquicas, com um estilo de liderança autoritária, em que não existe espaço para a participação ou para a partilha das responsabilidades, o empoderamento estará inibido. Pelo contrário, naquelas organizações onde a participação é estimulada, onde todos sentem, efetivamente, que as suas ações têm influências nos objetivos organizacionais, o empoderamento estará estimulado.

Assim, os comportamentos e as atitudes são resposta a situações surgidas na organização (118), tendo o impacto organizacional maior influência que o impacto da personalidade (111). Ou seja, determinantes estruturais afetam os comportamentos e as atitudes organizacionais: o colaborador reage, racionalmente, a diferentes situações e, quando estas se proporcionam de forma estruturada, poder-se-á sentir empoderado.

O líder deverá promover as condições necessárias para que o Enfermeiro tenha acesso às estruturas promotoras de empoderamento: informação, suporte, recursos e oportunidade. Este processo é subsidiado pelo poder informal, que resulta das relações entre as pessoas na organização (118). De acordo com Kanter (118), a atitude do indivíduo depende, meramente, das condições oferecidas pela organização, não descrevendo as relações dos indivíduos às estruturas organizacionais promotoras de empoderamento (121). Porém, foi encontrada uma forte relação entre as estruturas psicológicas e estruturais: o Empoderamento estrutural engloba elementos que poderão facilitar o Empoderamento psicológico (122,123).

Empoderamento é definido como um construto motivacional que, não sendo um traço de personalidade duradouro (120), está inserido num determinado ambiente e manifesta-se em quatro dimensões, que refletem uma orientação ativa para um determinado papel de trabalho: sentido, competência, autodeterminação e impacto, assumindo-se a valorização positiva de experiências que derivam, diretamente, de uma tarefa (110,120,124).

Sentido é o valor atribuído ao objetivo ou finalidade da tarefa, em consonância com os padrões do indivíduo (124); competência é a crença de um indivíduo na sua capacidade em realizar as atividades com habilidade; autodeterminação é a capacidade de ter escolha no início e no centro das ações, refletindo autonomia sobre a realização das tarefas; impacto é o grau em que um indivíduo pode influenciar resultados estratégicos, administrativos ou operacionais no trabalho, sendo influenciado pelo contexto de trabalho.

A ausência de qualquer uma destas dimensões contribuirá para a redução de empoderamento mas não para a sua eliminação: não é uma variável contínua, não se tratando da ausência ou presença de empoderamento; por outro lado, o indivíduo pode ser encarado como tendo mais ou menos empoderamento (110,120).

No seu conjunto, estas dimensões refletem uma atitude ativa, através da qual o indivíduo se sente apto a desempenhar o seu papel (120,123,125). Empoderamento estrutural tem uma correlação positiva com empoderamento psicológico que, por sua vez, influencia positivamente a participação na tomada de decisão, a autonomia, o atingir de objetivos, o comprometimento organizacional e profissional, a satisfação (126–132). É, deste modo, fulcral que a organização o promova, de forma a assegurar resultados positivos (133), obtendo-se maior eficácia, segurança, eficiência e cuidados centrados no cliente (134).

A transição na cultura organizacional

A cultura de uma organização molda as atitudes e comportamentos dos colaboradores e desempenha um papel fundamental nos resultados organizacionais. No entanto, é desafiante gerir a mudança. A mudança é algo com o qual as instituições modernas devem estar comprometidas, sendo vital para a sua saúde, e uma característica presente da vida organizacional, tanto a nível operacional como estratégico.

Pode ser definida como o processo de renovação, contínua, de forma a atender às necessidades ambientais, dos clientes e dos colaboradores (135). A organização deverá ser capaz de identificar qual o seu futuro e como gerir as mudanças necessárias para lá chegar. Apesar da mudança ser considerada necessária e com resultados positivos, existe, muitas vezes, resistência à mesma (136,137). Grande parte da literatura de gestão, centra-se na mudança como dinâmica organizacional, especialmente por aqueles que estão no topo e, muitas vezes, com pouca atenção ao papel dos colaboradores (137). É importante, para que a mudança seja bem-sucedida, que os objetivos dos colaboradores, da organização e do sistema sejam integrados, assumindo-se a mudança, a aprendizagem e a adaptação ativa como parte da cultura organizacional (136).

Deverá haver equilíbrio entre a preocupação com a mudança e com a estabilidade, garantindo a efetividade e apoio à mudança, a competitividade da organização e a qualidade dos serviços prestados (136). A resistência à mudança é minimizada quando existe um comprometimento dos colaboradores e um ambiente propício à comunicação, ao *feedback* e à aprendizagem contínua. Para tal, poderão ser necessárias mudanças na estrutura, nos processos ou nas funções, isoladamente ou em conjunto.

Considera-se, assim, que a mudança deverá ser encarada de forma sistêmica: mudança de partes do sistema afetam o todo (138), devendo haver uma visão compartilhada dos membros da organização para implementar e sustentar a mudança. Quando a prontidão organizacional para a mudança é alta, os membros da organização são mais propensos a iniciar a mudança, exercer maior esforço, exibir maior persistência e exibir um comportamento mais cooperativo (138,139).

A mudança não pode ser alcançada através de uma receita de etapas, linearmente fixas (139). Pode, no entanto, ser sintetizada em três passos necessários, identificados por Lewin (140,141): (1) descongelar (*unfreezing*) a organização, descartando comportamento antigos e adotando novos, com o fornecimento de nova informação e a criação da visão (para onde se pretende ir); (2) moldar (*moving*) os comportamentos, dado que o primeiro passo cria a motivação mas não prediz a direção. Neste passo, dever-se-á criar um equilíbrio entre as forças e as barreiras necessárias à mudança. (3). recongelar (*refreezing*) a nova condição, visando a estabilização o equilíbrio na organização, garantindo que os comportamentos estão estáveis, seguros da regressão.

Por seu lado, Hayes (142), assegura que os diferentes passos devem ser implementados num modelo com cinco fases:

1. estabelecer os objetivos de mudança;
2. criar a equipa de gestão da mudança;
3. implementar estratégias de mudança bem-sucedidas;
4. superar obstáculos e resistência;
5. sustentar a mudança.

A estas fases está subjacente a importância de reconhecer a mudança, de acordo com o seu motivo e sua necessidade, revendo o estado atual e a conceção de futuro, preparando e planeando cronologicamente a implementação e implementando e sustentando a mudança.

Já Kotter (59), advoga um modelo de oito estágios, transformando o erro em diferentes etapas necessárias para conseguir uma mudança bem-sucedida:

1. examinar a realidade, buscando a oportunidade. Este passo é essencial, dado que a transformação depende da cooperação de muitos indivíduos, implicando a sua motivação.

2. criar sinergias entre os líderes e restantes membros da organização e agentes de mudança. Caso não seja alcançada uma massa mínima de colaboradores, no início, poderá ditar insucesso na mudança. Mudanças bem-sucedidas estão relacionadas com o desenvolvimento de compromisso partilhado, entre diferentes colaboradores.
3. desenvolver uma visão e estratégia para orientar a mudança e atingir o objetivo, comunicando aos clientes e colaboradores. A visão ajuda a clarificar o rumo em que uma organização precisa de se mover.
4. comunicar a visão de mudança, com recurso a diferentes estratégias. Sem comunicação credível e, caso os colaboradores não acreditem na possibilidade de mudança, o sucesso desta será difícil. Em transformações bem-sucedidas, os líderes usam os canais de comunicação existentes para transmitir a visão.
5. a comunicação nunca é suficiente por si só. A mudança também requer a eliminação de obstáculos. É importante capacitar e agir de acordo com a visão, ultrapassando eventuais obstáculos, incentivando a criatividade e assumindo riscos;
6. a mudança pode ser demorada, sendo importante criar objetivos alcançáveis a curto prazo, permitindo uma recompensa para aqueles que conduzem a mudança. Sem vitórias a curto prazo, muitas pessoas desistem ou juntam-se àqueles que têm resistido à mudança.
7. consolidar os ganhos e construir novas mudanças prospetivas, promovendo e incentivando as pessoas.
8. institucionalizar as novas abordagens, desenvolvendo a liderança e uma gestão mais eficaz. Até que novos comportamentos estejam enraizados em normas e valores partilhados, estão sujeitos a deterioração assim que a pressão para a mudança seja removida.

Do atrás exposto, assume-se a importância que todos, em todos os níveis da organização, se consciencializem da necessidade da mudança. Transição é o movimento e adaptação à mudança, envolvendo as respostas das pessoas durante a passagem de uma mudança. As transições geram mudanças, mas nem sempre um processo de transição (143). Esta ocorre ao longo do tempo, implicando a mudança e adaptação (144,145).

O conceito de transição foi concetualizado para a Enfermagem por Meleis (143), sendo inicialmente, identificados três tipos de transições relevantes (desenvolvimento, situacional e saúde-doença), sendo posteriormente adicionada uma outra categoria: transições organizacionais (146). As organizações experimentam transições que afetam a vida das pessoas que trabalham nelas e os seus clientes. As transições organizacionais representam transições no ambiente, podendo ser precipitadas por mudanças no ambiente social, político ou económico ou por mudanças na estrutura ou dinâmica da organização (146,147).

As transições são processos complexos e podem ocorrer transições múltiplas simultaneamente durante um determinado período de tempo (146–148), exigindo que a pessoa incorpore novos conhecimentos, altere comportamentos e, portanto, mude a definição de si mesmo no novo contexto social (149,150). O desafio para os envolvidos no apoio àqueles que estão em transição é compreender este processo e desenvolver intervenções eficazes para ajudá-los a recuperar a estabilidade e o sentido de bem-estar (146).

É preciso que se entenda o significado atribuído à transição: a consciência do significado de uma transição é essencial para compreender a sua experiência e as suas consequências. Do mesmo modo, as expectativas influenciam, coletivamente, a experiência de transição (146), tal como o ambiente e o nível de planeamento. A interação entre pessoas e subsistemas dentro da organização, os recursos e o apoio, nomeadamente programas formativos ou elementos facilitadores, a carga de trabalho e a presença de mentores ou perceptores (98,147,151–156), durante uma transição, podem funcionar como facilitadores ou inibidores da mudança. Um programa de transição bem estruturado e programas adequados de mentoria são importantes para a facilitar (157,158).

O planeamento que ocorre antes e durante uma transição influencia, positivamente, o seu sucesso (147), mesmo quando a mudança seja precipitada por momentos não planeados ou de crise. Para garantir a sua eficácia, é importante identificar os problemas e necessidades que possam surgir, incluindo as pessoas facilitadoras (147). Desta forma, poder-se-á atingir o domínio do papel. Este é atingido quando a pessoa demonstra desempenho e conforto qualificados com o comportamento exigido na nova situação (146).

A nível organizacional, os resultados de transição indesejáveis incluem falta de coesão, aumento do absentismo, diminuição da cooperação, demissões e incapacidade de reter os profissionais. Por outro lado, são o reflexo de uma transição saudável a cooperação, nos diferentes níveis da organização, a comunicação eficaz, o trabalho em equipa e a confiança (146).

Daqui se assume a necessidade de adequados ambientes de trabalho e de educação para todos os grupos de enfermeiros, sendo que a utilização de modelos de transição existentes pode facilitar transições individuais bem sucedidas e, assim, otimizar a o local de trabalho (150).

Objetivos do estudo e finalidade

Com a promoção de ambientes estruturados é possível obter ganhos no empoderamento profissional, na saúde e bem-estar do enfermeiro e, conseqüentemente, nos ganhos na qualidade assistencial, para a instituição e sociedade. Paralelamente, os líderes são fulcrais na adoção e sustentação, organizacional, de uma PBE, identificando os facilitadores e barreiras e desenvolvendo estratégias para os potenciar ou mitigar, respetivamente.

E, porque, na nossa realidade, carecem de estudos sobre esta temática, desenvolvemos este estudo, dividido em três etapas, visando descrever a relação entre empoderamento profissional e os conhecimentos, habilidades e competências, as práticas e as atitudes nos enfermeiros de um centro hospitalar do norte de Portugal e descrever a implementação do modelo ARCC®, na mesmo centro hospitalar (figura 1).



Figura 1: Etapas de investigação e atividades principais desenvolvidas

Num percurso característico de investigação-ação (159,160), tivemos necessidade de numa primeira etapa realizar uma revisão sistemática da literatura que visou:

1. identificar a relação de um ambiente promotor de empoderamento na implementação da PBE nos enfermeiros;
2. explorar a forma como um ambiente promotor de empoderamento interage com a implementação da PBE;
3. examinar criticamente como este tema foi estudado na literatura.

As revisões sistemáticas da literatura constituem respostas eficientes para preocupações em Enfermagem porque fornecem resumos confiáveis de investigações, agrupando resultados de múltiplos estudos. Ou seja, são desenvolvidas para dar resposta a inquietações que afetam as pessoas e permitem agrupar a mais recente e completa evidência relevante sobre dado assunto, auxiliando nas decisões da prática. Permitem a integração no quotidiano das melhores evidências disponíveis, sendo um compromisso e um desígnio ético.

Nesta etapa, como finalidade, pretendemos explorar o estado atual do conhecimento científico relacionado com o empoderamento profissional e enfermagem baseada na evidência.

Numa segunda etapa, realizamos um estudo descritivo, correlacional transversal, com recurso a um instrumentos com questões caraterizadoras dos participantes, ao Questionário para a Eficácia das Condições de Trabalho (111,161), ao Instrumento de Empoderamento Psicológico (120,162) e ao Questionário de Eficácia Clínica e Prática Baseada na Evidência – 20 itens (23,163), cuja população-alvo foram os Enfermeiros que desempenhavam funções num centro hospitalar do norte de Portugal, com este pretendeu-se responder à questão de investigação:

“Qual a relação entre Empoderamento Profissional dos enfermeiros em contexto hospitalar e os conhecimentos, habilidades e competências, as práticas e as atitudes da Prática Baseada na Evidência?”.

E, para a dar resposta a esta questão, foi nosso propósito, descrever:

1. a relação entre as variáveis sócio demográficas (género, idade, estado civil, habilitações académicas e profissionais, tempo de experiência profissional, tempo na instituição, tempo no serviço) e os conhecimentos, habilidades e competências, as práticas e as atitudes da Prática Baseada na Evidência;

2. a relação entre as variáveis sócio demográficas (género, idade, estado civil, habilitações académicas e profissionais, tempo de experiência profissional, tempo na instituição, tempo no serviço) e o Empoderamento estrutural;
3. a relação entre as variáveis sócio demográficas (género, idade, estado civil, habilitações académicas e profissionais, tempo de experiência profissional, tempo na instituição, tempo no serviço) e o Empoderamento psicológico;
4. a relação entre as dimensões de Empoderamento Estrutural (oportunidade, informação, suporte e recursos) e as dimensões de Empoderamento Psicológico (autodeterminação, competência, confiança, sentido e impacto);
5. a relação entre as dimensões de Empoderamento Estrutural (oportunidade, informação, suporte e recursos) e os conhecimentos, habilidades e competências, as práticas e as atitudes da Prática Baseada na Evidência;
6. a relação entre as dimensões de Empoderamento Psicológico (autodeterminação, competência, confiança, sentido e impacto) e os conhecimentos, habilidades e competências, as práticas e as atitudes da Prática Baseada na Evidência.

Após a identificação dos objetivos para esta etapa, e dada a complexidade das relações estabelecida nos hospitais, visando o envolvimento e comprometimento de indivíduos chave (66), foram identificados os mentores, em consonância com os “elos dinamizadores”, previamente identificados na instituição, e os requisitos da instituição (160).

Nesta etapa foi implementado o Modelo ARCC®, sendo efetuada formação sobre PBE ao grupo de mentores, previamente definidos, dos serviços piloto: departamento de medicina e ambulatório. Ao longo de algumas reuniões com o Enfermeiro Diretor e os gestores intermédios, verificamos que as características do modelo ARCC® se enquadravam nalgumas características da instituição, nomeadamente na figura de “elos facilitadores” já em uso na mesma. Estes enfermeiros têm, de acordo com os gestores intermédios, características pessoais e profissionais que os levam a ser os responsáveis pela implementação e sustentação da mudança, nos diferentes serviços, estando comprometidos e motivados com a mesma.

Para garantir a fiabilidade dos dados, triangulamos métodos (entrevistas, grupo focal, notas de campo, questionários), investigadores (equipa de investigação refletiu sobre e ao longo das diferentes fases do ciclo) e dados (diferentes fontes: enfermeiros gestores, enfermeiros especialistas, restantes enfermeiros) (159). Pretendeu-se, obter uma descrição detalhada

de todo o processo de forma a possibilitar um juízo sobre a transferibilidade dos resultados para outras realidades, descrevendo o processo de transição.

Nesta etapa, pretendemos:

- Criar um grupo de mentores, capacitando-os para procurar proactivamente a melhor evidência disponível, melhorar os cuidados e os resultados dos clientes, e difundir a implementação da PBE no centro hospitalar. Assim, de acordo com o modelo ARCC®; pretendemos explorar as percepções dos participantes relativamente à cultura organizacional, no que à PBE concerne; às forças e barreiras à PBE; à promoção e sustentação da PBE; aos resultados decorrentes de uma PBE e, ainda:

- Avaliar o impacto do modelo ARCC® nos enfermeiros;

- Avaliar o potencial impacto do modelo ARCC® na organização.

E, como finalidade, pretendemos: avaliar os efeitos preliminares da implementação do modelo ARCC® nos enfermeiros e na instituição, num contexto hospitalar, recolhendo e analisando criticamente as sugestões dos utilizadores.

Partes constituintes do relatório

Com este relatório, pretendemos descrever todos as etapas deste processo, detalhando as opções metodológicas. Assim, cada capítulo é referente a uma etapa do processo de investigação, terminando com a discussão do mesmo.

No primeiro capítulo é apresentada a revisão sistemática de métodos mistos; no segundo capítulo é apresentada a segunda etapa; no terceiro capítulo é apresentada a etapa de implementação e avaliação da implementação do Modelo ARCC®.

Ao longo dos capítulos, o conhecimento adquirido é analisado e interpretado à luz da Teoria das Transições (143). A tese termina, no quarto capítulo, notas finais, onde serão apresentadas as considerações, a relação entre os resultados obtidos e os objetivos delineados, e apresentadas as limitações e sugestões de estudos futuros.

Etapa 1: revisão

O crescimento contínuo do conhecimento de investigação e as exigências da prática criaram a necessidade de reunir, analisar e sintetizar conhecimentos de investigação anteriores. Com as revisões sistemáticas, ou “investigação de investigação”, o investigador pretende reunir as melhores evidências para desenvolver PBE ou identificar lacunas no conhecimento, ajudando a esclarecer como dado tema foi analisado e que evidência foi obtida.

Este método difere da revisão tradicional porque é aplicada uma abordagem rigorosa, sistemática, pretendendo ser o mais exaustiva possível. Numa revisão sistemática os objetivos e questões a abordar estão claramente articulados, os critérios de inclusão e exclusão foram estipulados, à priori, no protocolo, é realizada uma busca abrangente para identificar os estudos relevantes (publicados e não publicados), é realizada a avaliação da qualidade dos estudos e da validade dos resultados, é realizada a análise dos dados extraídos, sendo apresentados e sintetizados e, por fim, o relatório deve transpor, claramente, a metodologia e os métodos usados para a revisão (164).

As revisões sistemáticas visam, geralmente, responder a questões específicas, procurando sintetizar e resumir os conhecimentos existentes sobre certos tema(s) (164,165), sendo guiadas pelo protocolo de revisão, desenvolvido e publicado antes do início da revisão sistemática, no qual são elencados os critérios de elegibilidade dos estudos e os métodos a utilizar. Isto limita o enviesamento e reduz a possibilidade de alterar o foco da revisão, consoante os resultados obtidos, impondo rigor a este processo e garantindo que os resultados são fiáveis e significativos (164,165).

Com esta revisão pretendemos reunir e mapear a evidência existente sobre empoderamento profissional e enfermagem baseada na evidência, desde 2001.

Justificação

Há uma preocupação crescente com uma prática de enfermagem baseada em evidências devido a uma clara melhoria dos resultados e a um aumento da qualidade. Com a adoção de diferentes intervenções baseadas em evidência é possível, entre outros: redução do tempo de ventilação mecânica invasiva e da pneumonia associada à ventilação, decréscimo da incidência de úlceras por pressão, redução dos reinternamentos hospitalares nos clientes com insuficiência cardíaca, redução do tempo para administração de terapêutica analgésica e diminuição do tempo de estadia no serviço de urgência, diminuição da fadiga pelos alarmes e diminuição da dor (70,166,167). A melhoria dos resultados está associada a uma redução dos custos para as instituições de saúde e, concomitantemente, para o cliente.

No entanto, a implementação da evidência na prática nem sempre é fácil (21,48,168), apontando-se alguns fatores, entre os quais, as atitudes e conhecimentos dos Enfermeiros para com a PBE e algumas barreiras (1,7,8,20,21,169). O conceito de PBE está, por vezes, associado a uma mera leitura de evidências, sem a sistematização subjacente, devido a lacunas de conhecimentos (7,8,20,62,168,169), de competências (1,7,8,20,62,169) e, nalguns casos, a desinteresse (21). Existem, ainda, algumas barreiras organizacionais capazes de impactar a PBE, nomeadamente a implementação pela ausência/ inadequação de recursos (1,7,8,20,21,169), carga de trabalho (7,8,20,48,169) e falta de tempo (7,8,20,21,169).

O contexto organizacional influencia o apoio e as atitudes em relação à prática baseada em evidências (7,48), pelo que se salienta a importância de mudanças nas organizações de saúde (em particular na política) para garantir a implementação e promoção da mesma, nestes complexos sistemas profissionais. Nalgumas realidades, embora os recursos de PBE sejam adequados, há falta de conhecimento e competências para a sua implementação, sendo necessário desenvolver estratégias capazes de mudar o contexto e a prática organizacional. É importante que os gestores reconheçam que a variabilidade das práticas pode contribuir para a escassez de qualidade dos cuidados e para o aumento dos custos.

Inúmeros resultados positivos advêm de profissionais empoderados: participação na tomada de decisões, maior autonomia e controlo sobre o trabalho, facilitação na consecução de objetivos, maior empenho organizacional e com a profissão, aumento da satisfação profissional e redução do stress profissional e burnout (130,170,171). Estando associado à produtividade dos enfermeiros e à sua autonomia, à relação com a equipa e aos recursos, consideramos pertinente estudar a relação entre o empoderamento profissional e a PBE.

Assim, com esta revisão pretendemos explorar a literatura que relata a relação entre o empoderamento profissional e a prática baseada em evidências em Enfermagem. Da nossa pesquisa concluímos que esta é a primeira revisão a centrar-se na relação entre a PBE e o Empoderamento Profissional dos Enfermeiros, existindo uma revisão prévia, que descreveu as atividades de liderança de gestores de enfermagem que influenciam o uso da pesquisa na prática clínica de enfermagem (172).

Método

Esta revisão foi realizada de acordo com a metodologia proposta pelo *Joanna Briggs Institute* (JBI) para revisões sistemáticas de métodos mistos (173), tendo sido registada na PROSPERO com o número de registo CRD42018086414. Foi baseada na estratégia *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses* (PRISMA) (174) sendo a questão de pesquisa elaborada segundo a estratégia PICO (tabela 1):

Tabela 1: Estratégia PICO para elaboração da questão de pesquisa

População (P)	Área de Interesse (I)	Comparação (C)	Outcomes (O)
Enfermeiros	Empoderamento Profissional	não se aplica	uso de PBE
Qual é a relação entre o empoderamento profissional e a PBE, em Enfermagem?			

Os objetivos desta revisão foram: (1) identificar a relação de um ambiente promotor de empoderamento na implementação da PBE nos enfermeiros; (2) explorar a forma como um ambiente promotor de empoderamento interage com a implementação da PBE; (3) examinar criticamente como este tema foi estudado na literatura.

A pesquisa decorreu entre janeiro de 2018 a dezembro de 2019, onde se usaram palavras-chave (associadas aos operadores booleanos) e vocabulário controlado (tabela 2).

Tabela 2: Descritores e estratégia de pesquisa utilizada nas bases de dados Medline e CINAHL

Base de dados	Pesquisa
Medline	"((((nursing research[Title/Abstract]) OR Nursing Administration Research [Title/Abstract]) OR Clinical Nursing Research[Title/Abstract])) AND (((((Power[Title/Abstract]) OR empowerment[Title/Abstract]) OR Organizational Policy[Title/Abstract]) OR Organizational Change[Title/Abstract]) OR Organizational Culture[Title/Abstract])) AND (((Evidence-Based Practice[Title/Abstract]) OR Evidence Based Practice[Title/Abstract])) OR ((Evidence-Based Nursing[Title/Abstract]) OR Evidence Based Nursing[Title/Abstract]))"
CINAHL	((TI Research, Nursing OR AB Research, Nursing) OR (TI Clinical Nursing Research OR AB Clinical Nursing Research)) AND (((TI power OR AB Power) OR (TI Empowerment OR AB Empowerment)) OR ((TI Organizational Change OR AB Organizational Change) OR (TI Organizational Culture OR AB Organizational Culture) OR (TI Organizational Policies OR AB Organizational Policies))) AND ((TI Evidence Based Practice OR AB Evidence Based Practice) OR (TI Nursing Practice, Evidence-Based OR AB Nursing Practice, Evidence-Based) OR (TI Nursing Practice, Research-Based OR AB Nursing Practice, Research-Based) OR (TI Professional Practice, Evidence-Based OR AB Professional Practice, Evidence-Based))

Foram consultadas as seguintes fontes de dados bibliográficas: (1) Medline, *Cumulative Nursing and Allied Health Literature* (CINAHL), *JBI Database of Systematic Reviews and Implementation Reports* e *The Cochrane Library*; (2) para todos os estudos incluídos, listas de referência, citações e artigos relacionados foram revistos nos estudos incluídos.; (3) Bases de dados de teses e dissertações, nomeadamente no Repositório Científico de Acesso Aberto em Portugal (RCAAP) e OpenGrey, onde foi usado texto livre para a pesquisa; (4) também examinamos páginas da Web de organizações de referência e programas de Eventos Científicos, de referência.

Critérios de inclusão e de exclusão

Foram considerados estudos:

- Que incluam enfermeiros ou profissionais de saúde com uma análise de subgrupo reportada a enfermeiros, quer trabalhando em contexto clínico quer em funções de gestão, sem restrições ao tipo de instituições de saúde.
- Que investigassem o empoderamento profissional (com recurso a escalas ou pela existência de políticas ou práticas organizacionais) e a implementação da PBE (estudada com escalas ou pela existência de políticas ou práticas organizacionais destinadas a melhorar os conhecimentos, competências e atitudes de PBE).
- Quantitativos, Qualitativos e mistos. Os estudos de métodos mistos só foram considerados caso os dados dos componentes quantitativos ou qualitativos puderem ser claramente extraídos.

Os artigos deveriam ter sido publicados, em inglês, português e espanhol, desde 2001, isto porque em 1995, a Teoria do Empoderamento Psicológico foi publicada por Spreitzer (120); em 1996, Sackett e colaboradores (11) publicaram um artigo seminal sobre a PBE e em 2001, Laschinger, Finegan Shamian e Wilk (111) expandiram o modelo de empoderamento estrutural. Assim, consideramos, que com esta última data obteríamos estudos com maior relevância.

Foram selecionados 477 artigos, tendo em conta os critérios de inclusão e exclusão dos artigos duplicados (7), tal como descrito na figura 2. Com recurso ao gerenciador de referências EndNote™ X8, os títulos e resumos dos artigos selecionados para revisão foram avaliados por toda a equipa de investigação de forma independente (para aumentar a fiabilidade e garantir os critérios de qualidade).

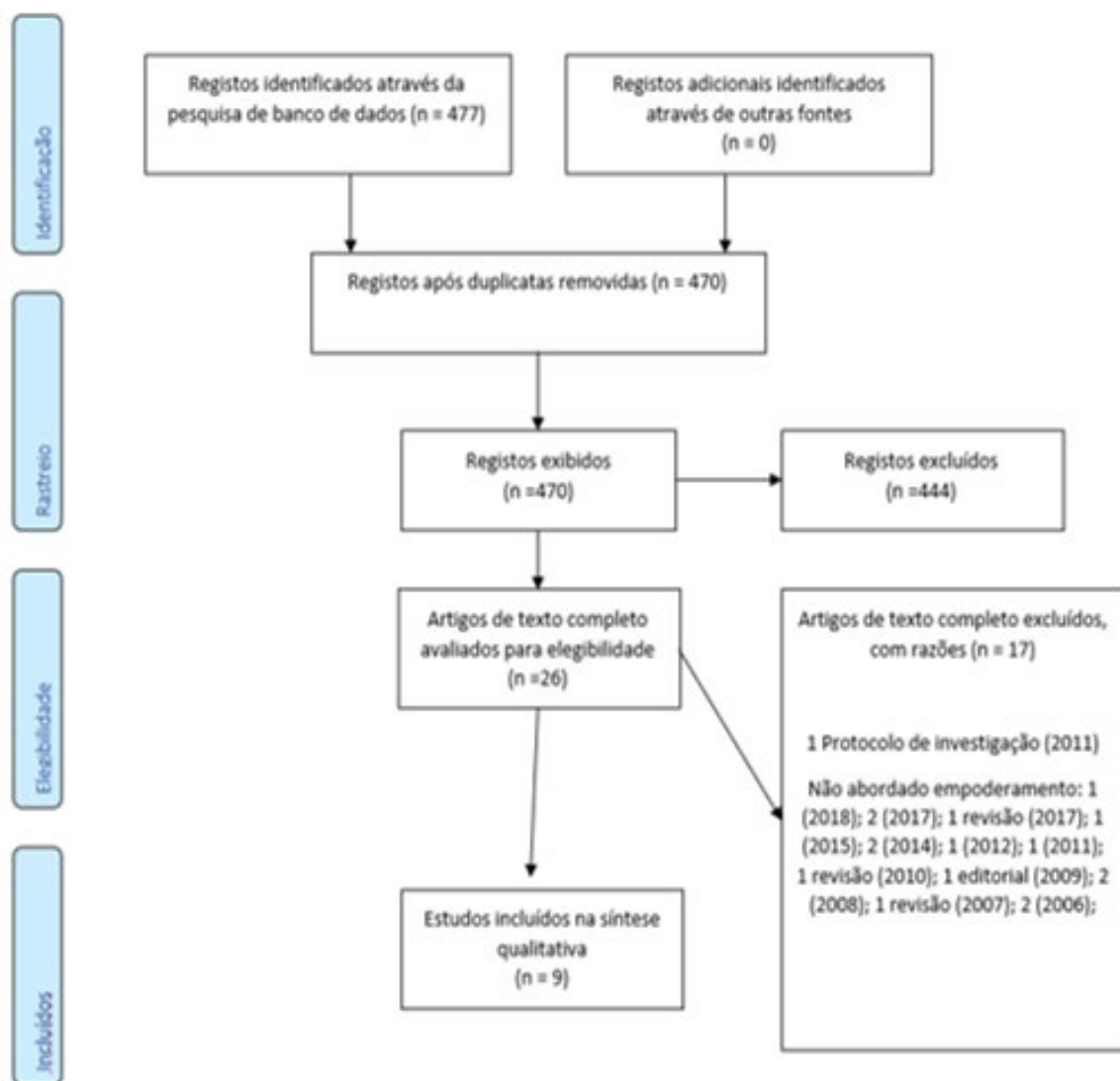


Figura 2: diagrama PRISMA

Os 26 artigos constantes desta seleção foram analisados na íntegra por 2 autores (AT e MB-F), não havendo necessidade de enviar artigos que suscitassem dúvidas para o outro autor. A lista final de artigos incluídos (9) foi verificada pela equipa de investigação.

Foi avaliada a qualidade dos artigos pelos autores AT e MB-F; o terceiro autor foi responsável pela resolução de possíveis discrepâncias. Os dados extraídos dos artigos incluídos foram agrupados num quadro de acordo com as recomendações do JBI (175) (tabela 4). Antes da verificação final, foi realizada uma revisão geral pelos três autores dos dados extraídos.

Os estudos foram avaliados criticamente, de acordo com as recomendações do JBI para avaliar a investigação qualitativa e a investigação quantitativa, numa abordagem

estruturada, garantindo o rigor técnico dos elementos de estudo e a sua solidez metodológica, identificando o impacto de possíveis falhas metodológicas nos resultados e conclusões (tabela 3)

Os resultados de cada artigo foram revistos e comparados até à identificação de temas preliminares (176). Os temas foram discutidos entre todos os autores à medida que a extração de dados e a síntese temática evoluíram (177); a síntese temática foi atualizada e alterada consoante o avançar da análise (tabela 4).

Resultados

Dos 9 estudos incluídos na revisão, um era qualitativo (178), um com metodologia mista (13) e os restantes quantitativos (179–185) como o apresentado na tabela 3.

Tabela 3: Abordagem metodológica e avaliação da qualidade dos diferentes estudos (assinalada célula como uma coloração diferente)

		Avaliação da qualidade		
		Muitas limitações	Algumas limitações	Excelente
Metodologia: qualitativa				
E27	Christenbery, Williamson, & Sandlin (2016)			
Metodologia: mista*				
E28	Wilson et al. (2015)			
Metodologia: quantitativa				
E29	Cummings et. al (2007)			
E30	Estabrooks et. al (2007)			
E31**	Estabrooks et. al (2008)			
E32	Marchionni & Ritchie (2008)			
E33	Davies, Wong, & Laschinger (2011)			
E34	Hauck, Winsett, & Kuric (2013)			
E35	Engström, Westerberg, & Mårtensson (2015)			

Legenda: *neste estudo, que seguiu uma abordagem etnográfica, são apresentados os dados quantitativos; ** Os autores referem-se ao uso de métodos qualitativos (observação participante, entrevistas e grupos focais), que não são discutidos neste artigo, sendo publicados em outros artigos

Tabela 4: Características dos estudos – Autor, ano, local, principais conclusões

Autor (ano) País	Metodologia (instrumentos)	Amostra	Principais conclusões
Cummings et al. (2007) (179) CANADÁ	Quantitativo (<i>Alberta Registered Nurse survey</i>)	n= 6526	O contexto organizacional é importante e influencia o uso da evidência; A liderança responsiva e o capital relacional influenciam o uso da evidência; O esgotamento emocional é um preditor do uso de evidência.
Estabrooks et al. (2007) (180) Canadá	Quantitativo (<i>Alberta Registered Nurse survey</i>)	n= 6526	Na análise univariada: organização inovadora, a liderança responsiva, programas de desenvolvimento de pessoal, os recursos humanos adequados e o tamanho influenciam o uso da evidência (embora não estatisticamente significativas no modelo final). A nível hospitalar: apenas o tamanho do hospital está associado a altos níveis de utilização da evidência. Ao nível da especialidade: todas as variáveis testadas eram significativas. A nível individual: a utilização da internet (para investigação) e o esgotamento emocional foram importantes na utilização de evidência (idade e sexo sem significado) No modelo final, o capital relacional e o tempo para a prática de enfermagem não permaneceram significativos.

Tabela 4 (continuação): Características dos estudos – Autor, ano, local; Metodologia; Amostra; Principais conclusões

Autor (ano) País	Metodologia (instrumentos)	Amostra	Principais conclusões
Estabrooks et al. (2008) (181) Canada	Quantitativo (<i>Research Utilization Survey, California Critical Thinking Disposition Inventory, Project Research in Nursing, Environmental Complexity Scale, Nursing Unit Cultural Assessment Tool</i>)	Mês 1: n= 176; Mês 6: n= 117.	As unidades com maior média de utilização de evidência têm os seguintes fatores preditivos, agrupados: - Pensamento crítico, cultura da unidade (medida pela criatividade e eficiência no trabalho e comportamento inquiridor, apoio aos colegas e importância atribuída ao acesso à educação contínua); - Complexidade ambiental (medida pela mudança da acuidade e continuidade dos cuidados do cliente); - Atitudes dos enfermeiros em relação à investigação. Unidades com uso moderado de evidência têm os seguintes fatores, agrupados: apoio organizacional, suspensão de crenças e intenção de usar provas. Unidades com baixo uso de evidência têm os seguintes fatores, agrupados: carga de trabalho e falhas de suporte.
Marchionni & Ritchie (2008) (182) Canada	Quantitativo (<i>Organizational Learning Survey; The Multifactor Leadership Questionnaire</i>)	n= 90	Presença de uma cultura de aprendizagem em ambas as unidades. Liderança, predominantemente transformadora em ambas as unidades. Alteração avaliada 6 e 12 meses após a implementação da orientação (variação de pelo menos 30% da prática): considerada a implementação parcial.

Tabela 4 (continuação): Características dos estudos – Autor, ano, local; Metodologia; Amostra; Principais conclusões

Autor (ano) País	Metodologia (instrumentos)	Amostra	Principais conclusões
Davies et al. (2011) (183) Canada	Quantitativo (<i>Personal Knowledge Transfer scale; Conditions of Work Effectiveness Questionnaire-II; LMX-MDM scale</i>)	n= 234	Enfermeiros moderadamente empoderados, com maior acesso à oportunidade, seguidos pelo poder informal. Número de anos de experiência correlacionado positivamente com a transferência de evidência. A teoria Liderança de troca líder-membro explica a variação na transferência de conhecimento, mas não é um preditor independente. O empoderamento estrutural também explica a variação, sendo um preditor independente. A combinação de teoria Liderança de troca líder-membro e empoderamento estrutural explica 9,1% da participação na transferência de evidência.
Hauck et al. (2012) (184) Estados Unidos da América (EUA)	Quantitativo (<i>EBP Beliefs Scale; EBP Implementation Scale; Organizational Culture & Readiness for System-Wide Integration Survey</i>)	Mês 1: n=427 Mês 24: n=469	A liderança facilitou o desenvolvimento de infraestruturas em três grandes áreas: A incorporação da PBE no plano estratégico; apoio aos mentores e alocação de recursos para a educação e divulgação de resultados. Com as intervenções: a pontuação total das crenças e implementação da PBE aumentou.

Tabela 4 (continuação): Características dos estudos – Autor, ano, local; Metodologia; Amostra; Principais conclusões

Autor (ano) País	Metodologia (instrumentos)	Amostra	Principais conclusões
Engström et al. (2014) (185) Suécia	Quantitativo (<i>Single-Item Measure of EBP; Conditions of Work Effectiveness Questionnaire-II</i>)	n= 253 (Desconhece-se o número de enfermeiros que compõem a amostra.)	Níveis moderados de Empoderamento Associação estatisticamente significativa e positiva entre a capacidade de PBE e Empoderamento Estrutural, bem como todas as dimensões; os participantes com valores médios de oportunidades mais elevado apresentavam maior capacidade para a PBE; associação estatisticamente significativa e positiva entre a prontidão para a PBE e empoderamento, bem como oportunidades, apoio, recursos e poder informal; os participantes com valores médios de oportunidades mais elevadas e os funcionários do conselho municipal apresentavam maior prontidão para a PBE. Oportunidades e recursos parecem ser as condições estruturais mais importantes para a PBE.
Wilson et al. (2015) (13) EUA	Misto (<i>Information Literacy for Evidence-Based Nursing questionnaire</i>)	n= 2441	Os hospitais com certificação Pathway ou Magnet apresentam barreiras à PBE mais baixas. AS habilitações académicas e profissionais estão relacionadas positivamente com a PBE.
Christenbery et al. (2016) (178) EUA	Qualitativo (6 grupos focais)	15 participantes	O suporte, os recursos, a oportunidade, os conhecimentos e o empoderamento têm influência positiva na utilização da evidência.

Análise dos resultados

Atendendo à natureza dos estudos, optou-se por uma abordagem temática em detrimento de uma abordagem quantitativa. A análise dos resultados dos diferentes estudos permitiu a identificação de temas preliminares (176), progredindo a síntese temática à medida que a extração de dados evoluiu. Diferentes temas surgiram à medida que a codificação e discussão dos diferentes estudos foi realizada pelos investigadores. Com o refinamento da análise dos dados obtidos emergiram 3 categorias principais: características da organização e liderança, características individuais e resultados/ consequências. Cada uma destas categorias é descrita de seguida, juntamente com citações que se alinham com as mesmas.

Características da organização e liderança

Promover o acesso dos colaboradores às estruturas organizacionais, responsabilizando-os pelas suas ações, para que assumam a sua liderança, resulta em elevado impacto e efeitos positivos, melhorando o envolvimento e o compromisso (185). Diferentes redes, com diferentes relações entre si, coexistem dentro das organizações. Estes são fatores que poderão predispor ou dificultar o acesso, uso e implementação da evidência (tabela 4).

O **suporte** (mentores e a liderança e outros profissionais) motivou a “*confiança na construção*” (178)^(p.4) que, juntamente com redes informais de partilha de interesses e objetivos comuns ajudam a ultrapassar barreiras, sendo um preditor positivo da capacidade de PBE (185). Uma liderança responsiva tem influência positiva nesta dimensão: aumento do suporte aos profissionais, apoiando-os e apoiando a inovação (180).

A mudança da prática é possível através dos recursos sendo estes “*os itens tangíveis que auxiliam este processo*” (178)^(p.4). Os recursos influenciam positivamente a capacidade de prática baseada em evidências, sendo o recurso mais frequentemente referido os especialistas, que são aqueles capazes de fornecerem as ferramentas necessárias à mudança, nomeadamente, em “saber fazer a pesquisa” (178)^(p.5).

Tabela 5: Categoria "Caraterísticas da organização e liderança", sucategorias e estudos

Categoria	Subcategoria	Autor
Características da organização e liderança	Suporte	Christenbery et al. (2016); Engström, Jacobson & Martensson (2015); Cummings et al. (2007)
	Recursos	Christenbery et al. (2016); Engström, Jacobson & Martensson (2015)
	Oportunidade	Christenbery et al. (2016); Engström, Jacobson & Martensson (2015); Estabrooks et al. (2008); Cummings et al. (2007)
	Empoderamento	Christenbery et al. (2016); Engström, Jacobson & Martensson (2015); Davies, Wong & Laschinger (2011)
	Cultura	Estabrooks et al. (2008); Marchionni & Ritchie (2008); Estabrooks et al. (2007)
	Plano estratégico	Hauck, Winsett & Kuric (2012)
	Autoridade para o uso da investigação	Estabrooks et al. (2008)
	Certificação dos hospitais	Wilson et al. (2015)

A oportunidade, definida como “autodeterminação, um sentimento de desafio” (178)^(p.5) também está relacionada positivamente com a capacidade de prática baseada em evidências (185). Permite, ao longo de programas de aquisição de competências, a “oportunidade de se desafiarem, aprenderem e crescerem, e tornarem-se mais autónomos” (178)^(p.5), crescendo profissionalmente. A oportunidade está relacionada com o tamanho da unidade/ organização, conduzindo “a um maior apoio à inovação e facilitação à mesma” (179)^(p.S31), influenciando positivamente a utilização da investigação: em unidades com níveis moderados a elevados de uso de pesquisa tinham níveis elevados de oportunidades na organização (180).

O **empoderamento**, ou “a crença de que se pode mudar a prática” (178)^(p.5) pressupõe que aquele profissional é o mais habilitado, profissionalmente, para desempenhar, autonomamente aquela tarefa (ibidem), está relacionado positivamente com a capacidade de prática baseada em evidências (183): “esta instituição pode fazer melhor: e onde está o meu papel nela?” (178)^(p.5).

Estas “relações e os elementos dentro da estrutura da organização influenciam como os colaboradores se sentem em relação ao trabalho” (183)^(p.639), ou seja, apesar da influência do empoderamento e da liderança na transferência da evidência, o empoderamento é o “único preditor significativo de comportamento de transferência de evidência” (183)^(p.639).

Em contexto em que o enfermeiro percebe “a **cultura**, a liderança (...) o uso da investigação foi, em média, maior do que entre aqueles com menor percepção do seu contexto”(181)^(p.10). A cultura da unidade parece “ter uma relação próxima com a elevada utilização de pesquisa” (181)^(p.10). Num outro estudo, é referido que apesar da presença de uma cultura de aprendizagem estar presente, a implementação das normas de orientação clínica foi parcial(182).

Incluir a PBE no **plano estratégico**, com objetivos para a sua enculturação é uma estratégia que deve estar presente nos líderes de Enfermagem. Estes devem ser “*modelos e mentores*”(184)^(p.9), promovendo o uso e implementação da evidência. Este incentivo ao uso, ou “a **autoridade para usar a pesquisa está associada a maiores níveis de utilização da pesquisa**”(181)^(p.11).

A **certificação dos hospitais**, nomeadamente *Pathway to Excellence*® e *Magnet*® apresentam menor valor médio de barreiras para a PBE quando comparados com hospitais não certificados(13). Adiantam ainda que os Hospitais *Magnet*® apresentam valores mais elevados que os hospitais *Pathway to Excellence*®.

Características individuais

As características da organização influenciam a resposta ao uso da evidência e, indiretamente, influenciam respostas individuais que poderão inibir ou facilitar o mesmo uso (tabela 5). A **exaustão emocional** (relação inversamente proporcional com o aumento do capital relacional) conduz a um menor uso da investigação (179,180).

Para as **habilitações académicas** aqueles com maiores qualificações apresentaram valores significativamente maiores para a disposição para a PBE em comparação com aqueles com menores qualificações. As pontuações médias para barreiras de PBE, frequência, habilidades e prontidão à medida que o nível educacional aumenta (185). Similarmente, a **formação contínua** (13) influencia as habilidades na pesquisa científica e, concomitantemente, na análise e transferência da evidência. A isto associado, a **certificação do enfermeiro** influencia positivamente os comportamentos, o desejo e a habilidade para o uso da PBE mas, em contrapartida, reportam maiores barreiras a participar em investigação ou prática baseada em evidências (13).

Tabela 6: Categoria "Características individuais", subcategorias e estudos.

Categoria	Subcategoria	Autor
Caraterísticas individuais	Habilitações académicas	Engström, Jacobson & Martensson (2015); Wilson et al. (2015)
	Pensamento Crítico	Christenbery et al. (2016); Estabrooks et al. (2008)
	Acesso a educação contínua	Estabrooks et al. (2008)
	Certificação Profissional	Wilson et al. (2015)
	Valores de trabalho	Estabrooks et al. (2008)
	Tempo de experiência profissional	Davies, Wong, & Laschinger (2011)
	Tempo usado na Internet	Estabrooks et al. (2007)
	Atitude em relação à investigação	Estabrooks et al. (2008); Estabrooks et al. (2007)
	Participação em projetos de investigação	Wilson et al. (2015)
	dificuldade em compreender artigos de investigação	Wilson et al. (2015)
	falta de compreensão do processo de investigação	Wilson et al. (2015)
	Tempo passado desde o mais recente grau académico	Wilson et al. (2015)
	alteração do estado do cliente e continuidade de cuidados	Estabrooks et al. (2008)
	Exaustão emocional	Cummings et al. (2007); Estabrooks et al. (2007)
	Prestação de cuidados diretos ao cliente	Wilson et al. (2015)

A **participação prévia em projetos de investigação** influencia positivamente a prontidão para a PBE (13) sendo influenciada negativamente pela dificuldade em compreender artigos de investigação, falta de compreensão do processo de investigação, tempo passado desde o mais recente grau académico e desempenhar funções clínicas (13).

O uso da evidência está relacionado com o **pensamento crítico** e questionamento (181). Este questionamento sobre a prática leva a um aumento do **tempo passado na internet**, influenciando o uso da evidência (180). Aliás, *“enfermeiros que acreditavam que frequentemente precisavam de informação para apoiar a prática (...) eram mais propensos a perceber-se como prontos para se envolver na prática baseada em evidências”* (13) ^(p.15).

O fator tempo é relevante para o uso da evidência: *“o número de anos de experiência em enfermagem (...) é um preditor significativo de transferência de conhecimento”* (183) ^(p.638); o aumento da idade foi associado a maior transferência de conhecimento (183).

Resultados/Consequências

A ação conjunta entre os fatores organizacionais e os individuais e sua integração nas relações estabelecidas na organização irá influenciar os resultados que, em última instância, terão influência nos indivíduos e, consequentemente, na instituição (tabela 6).

Tabela 7: Categoria "Resultados", subcategorias e estudos

Categoria	Subcategoria	Autor
Resultados	Competência	Christenbery et al. (2016)
	Capacidade para a PBE	Engström, Jacobson & Martensson (2015)
	Transição	Christenbery et al. (2016)
	Menos eventos adversos	Cummings et al. 2007

O suporte e os recursos permitiram a aquisição, consolidada, de **competências** (178). A aquisição de competências está relacionada com a formação contínua, permitindo uma mudança de pensamento: pensamento crítico (178). Considera-se assim ter havido uma **transição** positiva, demonstrada por um aumento *“confiança para concluir um projeto de mudança prática”* (178) ^(p.5), com recurso a inúmeras ferramentas: cartazes, colaboração com a liderança ou com outros departamentos. Assim, destes programas resulta ganho de competência que por sua vez fornece aos enfermeiros *“capacidade de liderança”* e de *“poder orientar os outros”* (178) ^(p.5) e uma maior tendência para acreditar no valor da prática baseada em evidências (179).

Com a transição e foco na mudança e, concomitantemente, com uma maior utilização da pesquisa, surgem **menos eventos adversos** (179), alicerçados numa maior capacidade para a prática baseada em evidências (185).

Em suma, existe uma influência entre as características organizacionais, as características individuais e a prática baseada em evidências. Por sua vez, advêm resultados positivos da adoção de comportamentos de prática baseada em evidências (figura 3).

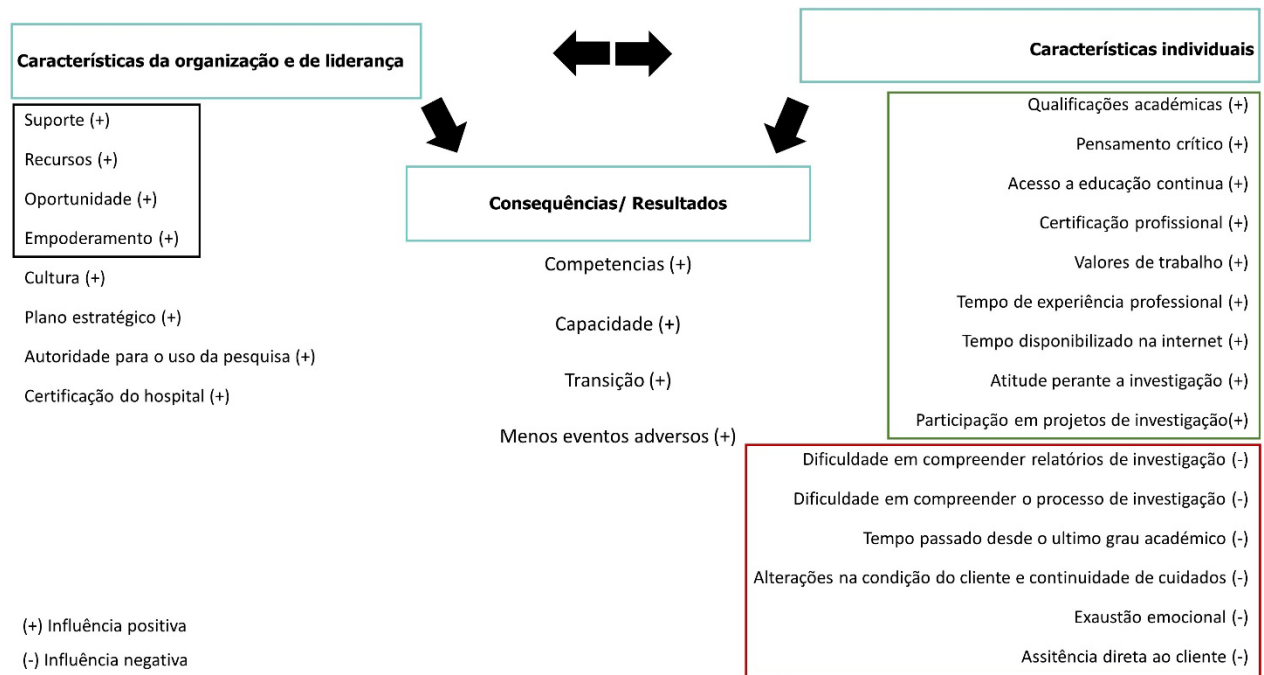


Figura 3: relação entre as diferentes categorias

Discussão dos resultados

Na literatura analisada, foram identificadas algumas divergências no foco da análise, no desenho do estudo, nos métodos de recolha e análise de dados.

Dos 9 estudos, 8 foram publicados no continente norte-americano (Canadá e Estados Unidos da América) e apenas 1 no continente europeu (Suécia), pelo que é importante desenvolver mais estudos nesta área noutros países.

Em 2009, o *Institute of Medicine* (178) defendeu que, em 2020, 90% das decisões clínicas deveriam basear-se em evidências. Neste sentido, alguns hospitais desenvolveram programas destinados a desenvolver competências de enfermeiros para a utilização da PBE. Para o sucesso destes programas é importante o apoio organizacional e o foco no plano estratégico, essencial para a enculturação da PBE (180,184).

Existem alguns fatores que se mostram importantes para o sucesso das intervenções, nomeadamente as dimensões de empoderamento identificadas por Kanter (118): suporte (feedback, liderança e orientação pelos gestores, pares e subordinados), recursos (recursos materiais e humanos necessários para o cumprimento dos objetivos) e oportunidade (autonomia, autodeterminação, mudança e oportunidade de crescimento) influenciando a qualidade, a efetividade e segurança dos cuidados (134).

A importância de criação de ambientes organizacionais estruturados é fundamental para a garantia da qualidade de cuidados (130), assegurando o empoderamento do profissional, ou seja, a capacidade de mobilizar os recursos necessários para atingir os objetivos, através do acesso à informação, suporte e oportunidade de crescimento (134). Desta forma garante-se que aquele profissional é o mais habilitado a desempenhar, profissionalmente aquela tarefa.

A cultura organizacional tem influência nos resultados, nomeadamente na qualidade dos cuidados, no envolvimento, no profissionalismo e no planeamento estratégico (134). A cultura é vista como um facilitador, havendo relação positiva com os sentimentos e implementação de prática baseada em evidências (15), apesar de não ser fácil a sua transformação, exigindo tempo para a fortalecer e sustentar (187). Neste sentido, a criação de uma massa crítica de mentores é uma estratégia que se mostra promissora na implementação e sustentação de uma cultura de prática baseada em evidências (187).

A enculturação da PBE está presente em hospitais com certificação, nomeadamente Magnet®, apresentando menores valores de barreiras para a PBE (13) e melhores resultados, nomeadamente menor mortalidade (188). Existe ainda relação com os resultados profissionais, nomeadamente menor insatisfação e burnout (188,189), mais oportunidades para tomada de decisão e influenciarem resultados e participação nas decisões de liderança (190) que têm influência na adoção de comportamentos de PBE.

As características da organização estão relacionadas com a resposta individual que, indiretamente, poderá influenciar a organização. Estas barreiras e facilitadores poderão condicionar ou promover o uso da PBE, nomeadamente: empoderamento dos profissionais (15), os conhecimentos (15,191,192), os recursos materiais, o tempo (192), recursos humanos, equipamento e logísticos (15), a carga de trabalho (15), a liderança e o suporte da liderança (15), coadunando-se com os resultados deste estudo.

A adoção de uma PBE tem influência positiva na aquisição de competências e, consequentemente, na qualidade dos cuidados (1). Do mesmo modo, os participantes reforçam que a aquisição de competências está relacionada com a formação contínua, permitindo uma mudança de pensamento: pensamento crítico, ocorrendo uma aquisição, consolidada, de competência (178).

Considera-se ter havido uma transição positiva, tal como descrito, envolvendo uma mudança nas estruturas e/ou dinâmicas organizacionais (178,179,182,184), operadas pela liderança: adoção de novas políticas e procedimentos (146), nomeadamente a enculturação da PBE. Estas mudanças trazem, inevitavelmente, a adoção de novos papéis e competências (178), sofrendo influência do planeamento estratégico (184), das expectativas e do ambiente organizacional (146).

Com a transição e foco na mudança, assumindo uma melhoria contínua da qualidade e, concomitantemente, com uma maior utilização da pesquisa, surgem menos eventos adversos (1), alicerçados numa maior capacidade para a PBE (185).

Notas finais

As conclusões desta revisão apontam para uma relação direta entre empoderamento e PBE. Assim foi evidente uma relação entre liderança, organização, empoderamento, características individuais e utilização e implementação de evidência, resultando em ganhos tangíveis e mensuráveis. Com o desenvolvimento de programas direcionados para o desenvolvimento de competências, com a inclusão do PBE no plano estratégico, com acesso a estruturas de promoção de empoderamento, otimiza-se a utilização e implementação de provas. Estas conclusões sugerem que ao investir nesta relação, os líderes afetam positivamente a saúde e o bem-estar dos seus enfermeiros e, em última análise, os resultados para o cliente.

Limitações

Apesar da definição de empoderamento profissional e conceitos alternativos que poderiam ter o mesmo significado, por vezes estes não eram devidamente descritos, por isso tivemos de analisar cuidadosamente os resumos e os artigos para determinar a sua relevância para o objeto de estudo. Assim, apesar dos métodos metódicos, particularmente na pesquisa da literatura cinzenta, podem ter sido excluídos estudos que incluíam dados sobre empoderamento, mas que não eram perceptíveis no resumo.

Da mesma forma, consideramos estudos que continham informações sobre PBE ou conceitos semelhantes, nomeadamente a utilização ou implementação de investigação, conhecimento ou evidência. Esta variabilidade nas conceptualizações e na medição de conceitos pode limitar a validade e generalização dos resultados.

Optámos pela análise de estudos de metodologia quantitativa ou qualitativa visando obter uma maior abrangência de resultados, considerando que a descrição de programas de aquisição de competências e a utilização e implementação de evidências são potencialmente descritas desta forma. A variabilidade dos métodos, a transversalidade dos estudos pode trazer algumas limitações, nomeadamente na associação entre variáveis. Na maioria dos estudos, os autores apontam, como limitações: amostragem (13,179,184,185), instrumentos de autopreenchimento (185), transversalidade (178,185) e algumas opções metodológicas (184).

A inclusão de estudos publicados em português, inglês e espanhol pode ter contribuído para a exclusão de outros estudos potencialmente interessantes.

Considerações sobre a revisão no contexto deste estudo

Recomenda-se a conceção e implementação de estudos, com foco em ações organizacionais que promovam a PBE, nomeadamente sobre a influência da liderança, com programas de desenvolvimento devidamente descritos e fundamentados.

Alguns fatores foram identificados, e existem fatores organizacionais que podem influenciar o uso da investigação que devem ser explorados, nomeadamente a dimensão da organização, a sua capacidade, a diferenciação funcional e recursos (181). Os programas estruturados para a aquisição de competências de PBE não são devidamente descritos (178), pelo que deve haver um maior foco, particularmente em relação ao empoderamento, dada a relação demonstrada por este estudo.

Etapa 2: a descrição

Cardoso Teixeira A, Nogueira A, Nunes JR, Teixeira L, do Céu Barbieri-Figueiredo M.

Professional empowerment among Portuguese nursing staff: A correlational study.

J Nurs Manag. 2021;00:1–10. <https://doi.org/10.1111/jonm.13250>

Os dados que emergiram da revisão sistemática, apontam para a necessidade de conhecimento da realidade. Neste sentido, considerando importa a descrição e examinar a relação entre as variáveis, desenvolvemos o estudo, que apresentamos neste capítulo.

Desta etapa, emergiram dados que permitiram o planeamento das intervenções na etapa seguinte. A literatura mostra que a PBE está insuficientemente integrada na prática de enfermagem, e que a sua implementação é complexa: é importante estudar a implementação da PBE em contexto natural e de forma sistematizada (159).

Consideramos, assim, que uma abordagem de investigação-ação foi compatível com a natureza participativa e de desenvolvimento do estudo, reconhecendo-se a natureza complexa do processo. Todos os que participaram neste estudo partilharam pontos de vista, percepções, contribuindo para a mudança de acordo com a sua experiência e conhecimento (159).

Deste modo, mantivemos um contacto regular e próximo com todos os intervenientes, potenciando, desde o início, o comprometimento com este processo e com a mudança, tal como descrito na figura 4 (adiantamos que nem todos os contactos estão representados no esquema, de forma a não o tornar extenso). Todo este processo envolveu algumas etapas preparatórias, iniciadas aquando do primeiro contacto do Enfermeiro Diretor do centro hospitalar onde este estudo se realizou, com a equipa de investigação e instituições parceiras. Existia interesse da instituição em acolher este estudo, sendo um dos propósitos da mesma e elencado no plano estratégico da instituição: a enculturação da investigação e da PBE.

O primeiro contacto que devemos ressaltar, foi o contacto inicial com os autores das escalas, explicando-se o estudo e solicitando a autorização para o uso das mesmas, tendo sido mantido um contacto periódico com os mesmos. Foram enviadas informações relativas aos diferentes passos do estudo, com envio de alguns resultados preliminares, o que permitiu a troca de opiniões, com um aprimorar do estudo, por peritos nas áreas em estudo.

Relativamente à unidade hospitalar, foi realizada, em setembro de 2017, uma primeira reunião com os investigadores e o Enfermeiro Diretor do Centro Hospitalar, sendo discutidos aspetos de interesse para a investigação, na ótica dos investigadores e dos participantes, sendo ajustado o desenho inicial do estudo.

Após esta reunião, foram enviados os documentos a solicitar a autorização do estudo e após a sua aprovação (Anexo 1) foi realizada uma reunião (reunião 1), em dezembro de 2017, com a presença do Enfermeiro Diretor e enfermeiros gestores, explicando o estudo, tendo ficada agendada a reunião 2.

Na reunião 2, em março de 2018, foram entregues os questionários, aos enfermeiros gestores, em consonância com a técnica de amostragem adotada. Foi explicado o estudo, a forma de preenchimento, as questões éticas e a estratégia de entrega, sendo garantido o consentimento informado (Anexo 2). Foram ainda solicitados os contactos dos enfermeiros gestores, visando a manter uma proximidade entre a equipa de investigação e os participantes, auxiliando no processo de esclarecimento de dúvidas e objetivando potenciar a adesão.

Três semanas após esta reunião foi efetuado o primeiro contacto, averiguando o estado do preenchimento e existência de dúvidas. Não existindo dúvidas, uma semana após, foi efetuada novo contacto, tendo sido reportada uma adesão superior a 75% ao preenchimento dos instrumentos de colheita de dados, não havendo dúvidas sobre o estudo. Uma semana após este contacto, foi combinado com o Enfermeiro Diretor a estratégia para recolha dos questionários (em abril de 2018).

Em maio de 2018, nas comemorações do “Dia do enfermeiro” (Reunião 3), neste centro hospitalar, foram apresentados os resultados preliminares do estudo aos colaboradores de instituição, com enfoque nos enfermeiros, sendo apresentada a terceira fase do estudo.

No final de fevereiro de 2019 (Reunião 4) foram apresentados os resultados do estudo 2 ao Enfermeiro Diretor e investigadores locais e foram esquematizados os passos iniciais da terceira fase do estudo. Consideramos, nesta fase o término da etapa 2 e início da etapa 3 (figura 4).

O estudo descrito neste capítulo foi complementado com os dados (e relações dos mesmos) sobre conhecimentos, habilidades e competências, as práticas e as atitudes da PBE, não incluído no estudo publicado (193).



Figura 4: Friso cronológico com reuniões e eventos das etapas 2 e 3

Questão de investigação e objetivos do estudo:

Nesta etapa, pretendeu-se responder à questão de investigação:

“Qual a relação entre Empoderamento Profissional dos enfermeiros em contexto hospitalar e os conhecimentos, habilidades e competências, as práticas e as atitudes da Prática Baseada na Evidência?”.

Deste modo, pretendemos identificar:

1. a relação entre as variáveis sócio demográficas (género, idade, estado civil, habilitações académicas e profissionais, tempo de experiência profissional, tempo na instituição, tempo no serviço) e os conhecimentos, habilidades e competências, as práticas e as atitudes da Prática Baseada na Evidência;
2. a relação entre as variáveis sócio demográficas (género, idade, estado civil, habilitações académicas e profissionais, tempo de experiência profissional, tempo na instituição, tempo no serviço) e o Empoderamento estrutural;

3. a relação entre as variáveis sócio demográficas (género, idade, estado civil, habilitações académicas e profissionais, tempo de experiência profissional, tempo na instituição, tempo no serviço) e o Empoderamento psicológico;
4. a relação entre as dimensões de Empoderamento Estrutural (oportunidade, informação, suporte e recursos) e as dimensões de Empoderamento Psicológico (autodeterminação, competência, confiança, sentido e impacto);
5. a relação entre as dimensões de Empoderamento Estrutural (oportunidade, informação, suporte e recursos) e os conhecimentos, habilidades e competências, as práticas e as atitudes da Prática Baseada na Evidência;
6. a relação entre as dimensões de Empoderamento Psicológico (autodeterminação, competência, confiança, sentido e impacto) e os conhecimentos, habilidades e competências, as práticas e as atitudes da Prática Baseada na Evidência.

Métodos

População e amostra

Foi realizado um estudo descritivo-correlacional, transversal, com recurso a questionários. A população-alvo foram todos os enfermeiros a desempenharem funções no centro hospitalar: 618 enfermeiros. Por uma margem de erro de 5%, um intervalo de confiança de 95% e 50% de distribuição de resposta estimada, a amostra necessária foi calculada para pelo menos 238 participantes (194,195). Foi realizada uma amostragem por quotas (196), sendo as quotas alcançadas usando o valor dos enfermeiros de diferentes departamentos para o valor total, assumindo uma perceção semelhante de cultura organizacional em grupos menores.

O procedimento de amostragem foi inclusivo: todos os indivíduos da população-alvo foram convidados a participar no estudo, não havendo critérios de exclusão.

Foi obtida uma amostra de 368 enfermeiros (taxa de resposta de 73,6%). Foram adotadas medidas para proteger a identidade dos participantes: entrega em envelope fechado, sendo destacada a página relativa ao consentimento informado. Esta página foi devolvida num envelope destinado para o efeito e os instrumentos de recolha de dados num outro.

Recolha de dados e procedimentos éticos

Após obtenção da aprovação pela comissão de ética, foi realizada uma reunião introdutória (reunião 1) com o Enfermeiro Diretor e enfermeiros gestores, para explicar o estudo e os objetivos. Numa segunda reunião com enfermeiros gestores, foi explicado o método de recolha de dados, foi explicado o instrumento de colheita de dados e programadas as reuniões subsequentes.

Foram fornecidos contactos e foi criado um fórum digital para esclarecimento de dúvidas (<https://inove.freeforums.net/>).

Instrumentos de recolha de dados

O instrumento de recolha de dados (Anexo 3) incluiu o “Questionário de Eficácia das Condições de Trabalho” (QECT), o “Instrumento de Empoderamento Psicológico” (IEP) e o “Questionário de Eficácia Clínica e Prática Baseada na Evidência – 20 itens” (QECPE-20), precedidos de questões sobre o perfil demográfico dos participantes, incluindo idade, sexo, estado civil, duração da experiência clínica e qualificações académicas e profissionais.

O QECT (111,161), é um instrumento de autopreenchimento, constituído por 9 itens que medem as estruturas de empoderamento descritas por Kanter (118): oportunidade, informação, apoio, recursos e poder formal e informal. É obtida a média dos itens de cada uma das seis subescalas para criar pontuações que variam de 1 a 5. Estas seis subescalas são adicionadas, obtendo-se a pontuação de empoderamento total: pontuações mais altas (23-30) representam níveis mais elevados de empoderamento, e pontuações mais baixas (6-13) representam níveis mais baixo de empoderamento. A consistência interna global foi de $\alpha = 0,913$, demonstrando uma fiabilidade elevada.

O IEP (120,162) é um instrumento de autopreenchimento, constituído por 12 itens, organizados em quatro subescalas (sentido, competência, autodeterminação e impacto), com recurso a uma escala tipo Likert, que varia do 1 ao 7. O total de cada subescala é dividido por três para uma pontuação média para da subescala. Valores mais altos de empoderamento psicológico são obtidos por pontuações mais altas. A consistência interna global foi de $\alpha = 0,916$, demonstrando uma fiabilidade elevada.

O QECPE-20 (197,198), é um instrumento de autopreenchimento, constituído por 20 itens, organizados em três dimensões, com recurso a uma escala tipo Likert que varia do 1 ao 7: seis itens que avaliam as “Práticas”, do 1 (nunca) ao 7 (frequentemente); três itens que avaliam as “Atitudes”, através do posicionamento de proximidade para cada questão;

dez itens que avaliam os “Conhecimentos/Habilidades e Competências”, do 1 (pior) ao 7 (melhor). A consistência interna global foi de $\alpha = 0,900$, demonstrando uma fiabilidade elevada.

Análise dos dados

Em todas as análises, considerou-se um nível de significância de $\alpha = 0,05$. Os dados foram introduzidos e analisados utilizando o *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS versão 25.0).

A descrição das características sociodemográficas da amostra foi realizada usando medidas de tendência central e dispersão (para variáveis quantitativas) e frequências absolutas e relativas (para variáveis qualitativas). A descrição dos resultados (dimensões e escala total) foi conduzido com recurso a média e desvio-padrão (DP).

A avaliação da associação entre cada *outcome* (dimensões e escala total) e as variáveis sociodemográficas foi realizada utilizando o t teste de *t-student* ou ANOVA (variáveis qualitativas) e o coeficiente de correlação do Pearson (variáveis quantitativas). No caso da ANOVA, o teste de Scheffe foi usado para efetuar comparações múltiplas. A avaliação da associação entre os diferentes *outcomes* (dimensões e escala total) foi efetuada com recurso ao coeficiente de correlação de Pearson.

Resultados

Perfil demográfico dos participantes

A amostra (tabela 7) é composta por 368 enfermeiros (taxa de resposta de 73,6%), com uma média de idades de 38,65 anos ($DP = 7,92$ anos). A maioria dos participantes são mulheres ($n = 300$; 82,4%); 258 (71,9%) participantes eram casados; 78 (21,7%) eram solteiros; 21 (5,8%) eram separados; e 2 (0,6%) eram viúvos. Em relação às qualificações académicas, a maioria dos participantes era licenciado ($n = 317$; 87,6%), e 35 (9,7%) detinham um mestrado 10 (2,8%) um bacharelato.

Quanto às qualificações profissionais, 70 participantes (19,0%) tinha um curso de especialização em enfermagem (CPLEE) reconhecido pela Ordem dos Enfermeiros; 42 (11,4%) tinha um curso de pós-graduação (PG) e 36 (9,8%) um CPLEE e PG. O tempo médio de prática profissional foi de 14,8 anos ($AIQ = 12,5$ anos), e o tempo médio de prática profissional no local atual foi de 10,7 anos ($AIQ = 12,6$ anos).

O número de participantes em diferentes variáveis pode diferir do valor total, porque nem todos os participantes preencheram, devidamente, todos os itens.

Tabela 8: Descrição das variáveis sociodemográficas da amostra

Variável	n	n (%)
Idade, média (dp)	365	38,65 (7,92)
Sexo	364	
Feminino (%)		300 (82,4)
Masculino (%)		64 (17,6)
Estado civil	359	
Solteiro (%)		78 (21,7)
Casado/União de facto (%)		258 (71,9)
Separado (%)		21 (5,8)
Viúvo (%)		2 (0,6)
Habilitações académicas	362	
Bacharelato (%)		10 (2,8)
Licenciatura (%)		317 (87,6)
Mestrado (%)		35 (9,7)
Habilitações Profissionais	368	
Licenciatura (%)		220 (59,8)
Especialidade (%)		70 (19,0)
Pós-graduação (%)		42 (11,4)
Especialidade + Pós-graduação (%)		36 (9,8)
Tempo de exercício profissional, mediana (AIQ)	358	178,0 (150,25)
Tempo de exercício no trabalho atual, mediana (AIQ)	342	128,5 (150,75)

A pontuação total da escala de empoderamento psicológico variou entre 20 e 84, com um valor médio de 66,2 ($DP = 3,3$); a dimensão com a pontuação média mais alta foi “sentido”, e que com a pontuação média mais baixa foi “impacto”. No que diz respeito ao empoderamento estrutural, a pontuação total variou entre 8,17 e 29,5, com um valor médio de 18,6; a maior dimensão foi “oportunidade”, e o mais baixo foi “recursos”; os participantes enfatizaram a dimensão informal.

A análise descritiva da amostra com base nas pontuações das escalas e as respectivas dimensões avaliadas são resumidas na tabela 8.

Tabela 9: descrição dos outcomes da amostra em estudo, relativamente a Empoderamento Profissional

	n	Mínimo	Máximo	Média (dp)
Instrumento de Empoderamento Psicológico				
D1 – Sentido	363	3	21	18,5 (2,7)
D2 – Competência	365	3	21	18,3 (2,4)
D3 – Autodeterminação	361	5	21	15,3 (3,0)
D4 – Impacto	364	3	21	14,0 (3,2)
Total	354	20	84	66,2 (8,9)
Questionário de Eficácia para as Condições de Trabalho				
D1 – Oportunidade	360	1	5	3,6 (0,8)
D2 – Informação	361	1	5	3,1 (0,8)
D3 – Suporte	359	1	5	3,0 (0,8)
D4 – Recursos	361	1	5	2,7 (0,8)
D5 – Poder formal	362	1	5	2,5 (0,8)
D6 – Poder informal	357	1.25	5	3,5 (0,7)
Total	354	8.17	29.5	18,6 (3,3)

No que diz respeito ao QECPE-20, a pontuação total média foi de 4,9; a maior dimensão foi "atitudes", e a mais baixa foi "práticas". A análise descritiva da amostra com base na pontuação da escala e as respectivas dimensões avaliadas são resumidas na tabela 9.

Tabela 10: descrição dos outcomes em estudo para o QECPE-20

Questão		n	Média (dp)	Média (dp)
Práticas	Formulou uma pergunta de partida claramente definida, como início de um processo para preencher essa lacuna:	343	4,5 (1,3)	4,27 (1,5)
	Localizou as evidências relevantes depois de ter formulado a pergunta:			4,32 (1,4)
	Analizou criticamente e segundo critérios explícitos, qualquer literatura que tenha encontrado:			4,32 (1,5)
	Integrou as evidências que encontrou na sua prática:			4,65 (1,4)
	Avaliou os resultados da sua prática:			4,58 (1,5)
	Partilhou essa informação com colegas:			4,64 (1,5)
Atitudes	Congratulo-me com perguntas à minha prática clínica	345	5.7 (1,2)	5,71 (1,3)
	A prática baseada em evidências é fundamental para a prática profissional			5,76 (1,6)
	A minha prática mudou por causa das evidências que encontrei.			5,59 (1,4)
Conhecimentos, Habilidades/ Competências	Competências de pesquisa	344	4.9 (0,8)	4,89 (1,0)
	Competências em TI (Tecnologias de Informação)			4,84 (1,1)
	Monitorização e revisão de competências práticas			4,89 (1,0)
	Conversão das suas necessidades de informação numa pergunta de investigação			4,29 (1,2)
	Percepção dos principais tipos e fontes de informação			4,77 (1,0)
	Capacidade de identificar lacunas na sua prática profissional			5,35 (1,0)
	Saber como obter as evidências			4,83 (1,1)
	Capacidade de analisar, de forma crítica, as evidências segundo normas definidas			4,93 (1,1)
	Capacidade de determinar a validade (aproximação da verdade) do material			5,01 (1,1)
	Capacidade de determinar a utilidade (aplicabilidade clínica) do material			5,10 (1,1)
	Capacidade de aplicar a informação a casos individuais			5,12 (1,1)
Total		335	4.9 (0.7)	

Empoderamento Psicológico

A tabela 10 mostra a associação entre o empoderamento psicológico (dimensões e escala total) e variáveis sociodemográficas.

Uma associação significativa e positiva foi encontrada entre idade e “competência” ($r = 0,180$, $p = 0,001$), “impacto” ($r = 0,193$, $p < 0,001$) e “escala total” ($r = 0,167$, $p = 0,002$). Além disso, participantes solteiros apresentaram pontuações médias significativamente mais baixas para as dimensões “competência” ($F = 17,6$, $DP = 2,6$, $p = 0,002$) e “escala total” ($F = 64,8$, $DP = 9,8$, $p = 0,027$) em comparação com casados e viúvos. Participantes com um curso de pós-graduação tinha uma pontuação média significativamente menor para as dimensões “sentido” ($F = 17,3$, $DP = 3,7$, $p = 0,007$) e “autodeterminação” ($F = 13,9$, $DP = 3,0$, $p = 0,018$) quando comparado com os participantes que têm, simultaneamente, um curso de pós-graduação e curso de pós-licenciatura de especialização, que apresentaram valores médias mais baixos para a dimensão “impacto” ($F = 12,2$, $DP = 3,4$, $p = 0,002$) e para “escala total” ($F = 61,0$, $DP = 10,1$, $p = 0,001$). O tempo de prática profissional e, simultaneamente, o tempo de prática profissional no local atual, apresentaram uma associação positiva com o empoderamento psicológico e as suas dimensões: participantes com tempo de prática profissional mais longo apresentaram correlações mais elevadas para “competência” ($r = 0,165$, $p = 0,002$), “impacto” ($r = 0,197$, $p < 0,001$) e a “escala total” ($r = 0,155$, $p = 0,004$). A mesma associação foi encontrada entre o tempo de prática profissional no local atual: “competência” ($r = 0,147$, $p = 0,007$), “impacto” ($r = 0,158$, $p = 0,004$) e a “escala total” ($r = 0,153$, $p = 0,006$).

Tabela 11: Associação entre empoderamento psicológico e variáveis sociodemográficas.

	D1	p	D2	p	D3	p	D4	P	Total	p
Idade*	0,059	0,264	0,180	0,001	0,061	0,250	0,193	<0,001	0,167	0,002
Sexo**		0,051		0,954		0,312		0,962		0,480
Feminino	18,7 (2,5)		18,3 (2,4)		15,3 (2,9)		14,0 (3,1)		66,3 (8,6)	
Masculino	18,0 (3,1)		18,3 (2,7)		14,9 (3,5)		14,0 (3,3)		65,4 (10,1)	
Estado civil***		0,167		0,002		0,482		0,142		0,027
Solteiro	18,3 (2,9)		17,6 (2,6)		15,1 (3,1)		13,8 (3,3)		64,8 (9,8)	
Casado/União de facto	18,6 (2,5)		18,4 (2,3)		15,2 (2,9)		13,9 (3,1)		66,3 (8,5)	
Separado/Viúvo	19,4 (2,3)		19,4 (1,6)		16,0 (3,8)		15,2 (2,7)		70,6 (7,5)	
Habilitações académicas***		0,316		0,264		0,199		0,331		0,270
Bacharelato	18,7 (2,3)		18,0 (2,3)		15,3 (2,3)		12,7 (3,3)		65,4 (8,1)	
Licenciatura	18,6 (2,5)		18,4 (2,4)		15,4 (3,0)		14,0 (3,2)		66,4 (8,7)	
Mestrado	17,9 (3,7)		17,7 (3,2)		14,4 (3,4)		13,6 (2,8)		63,8 (11,0)	
Habilitações Profissionais***		0,007		0,177		0,018		0,002		0,001
Não	18,8 (2,3)		18,4 (2,3)		15,5 (2,9)		14,2 (2,8)		67,0 (8,0)	
CPLÉE	18,5 (2,4)		18,6 (2,1)		15,3 (3,0)		14,2 (3,6)		66,7 (8,8)	
PG	17,3 (3,7)		17,5 (3,0)		13,9 (3,0)		12,2 (3,4)		61,0 (10,1)	
CPLÉE + PG	18,4 (3,2)		18,2 (3,0)		15,4 (3,5)		14,2 (3,6)		66,3 (11,1)	
Tempo de exercício profissional*	0,041	0,429	0,165	0,002	0,047	0,378	0,197	<0,001	0,155	0,004
Tempo de exercício no trabalho atual*	0,040	0,460	0,147	0,007	0,082	0,135	0,158	0,004	0,153	0,006

D1: Sentido; D2: Competência; D3: Autodeterminação; D4: Impacto

*Coeficiente de correlação de Pearson; **Teste t de Student (média (dp)); ***ANOVA (média (dp)).

Empoderamento estrutural

A tabela 11 mostra a associação entre a pontuação média total e a pontuação média para as diferentes dimensões do QECT e as variáveis sociodemográficas.

Uma associação significativa e positiva foi encontrada entre a idade e os “recursos” ($r = 0,121$; $p = 0,022$), o “poder informal” ($r = 0,188$; $p < 0,001$) e a “escala total” ($r = 0,116$; $p < 0,029$). Indivíduos mais velhos apresentam pontuação mais elevada nesta dimensão. Participantes do sexo feminino apresentam pontuações médias mais baixas para as dimensões “informação” ($t = 3,1$; $DP = 0,8$; $p = 0,007$) e “suporte” ($t = 3,0$; $DP = 0,9$; $p = 0,04$).

Pontuações mais baixas foram encontradas nos participantes “divorciado/viúvo” para a dimensão “recursos” ($F = 2,3$; $DP = 0,9$; $p = 0,002$) e nos solteiros para a dimensão “poder formal” ($F = 3,3$; $DP = 0,7$; $p = 0,005$).

No que diz respeito às qualificações profissionais, os participantes com um CPLEE e PG apresentaram pontuações médias mais altas para a dimensão “informação” ($F = 2,9$; $DP = 1,0$; $p = 0,003$). Tal resultado foi significativamente diferente dos resultados dos outros grupos, e aqueles com um curso de PG apresentaram pontuações médias mais baixas para a dimensão “poder formal” ($F = 2,2$; $DP = 0,8$; $p = 0,008$) e “escala total” ($F = 17,2$; $DP = 3,8$; considerando que $p = 0,048$, no limite da significância fixada, a análise de comparações múltiplas não identifica diferenças entre grupos quando analisados dois a dois).

Relativamente ao tempo de prática profissional e tempo de prática profissional no local atual, existiu uma associação significativa e positiva entre o tempo e o “poder informal” (respetivamente, $r = 0,205$; $p < 0,001$; e $r = 0,195$; $p < 0,001$): participantes com mais tempo na profissão e mais tempo no local atual, apresentaram pontuação mais alta para esta dimensão.

Tabela 12: Associação entre empoderamento estrutural e variáveis sociodemográficas

	D1	p	D2	p	D3	p	D4	p	D5	p	D6	p	Total	p
Idade*	-0,020	0,700	0,021	0,693	0,072	0,173	0,121	0,022	0,080	0,131	0,188	<0,001	0,116	0,029
Sexo**		0,783		0,007		0,040		0,863		0,869		0,545		0,269
Feminino	3,6 (0,8)		3,1 (0,8)		3,0 (0,9)		2,7 (0,8)		2,5 (0,8)		3,5 (0,7)		18,5 (3,5)	
Masculino	3,7 (0,8)		3,4 (0,8)		3,2 (0,7)		2,7 (0,7)		2,5 (0,9)		3,4 (0,6)		19,0 (2,6)	
Estado civil***		0,693		0,985		0,737		0,002		0,816		0,005		0,245
Solteiro	3,7 (0,8)		3,1 (0,8)		3,0 (0,8)		2,6 (0,7)		2,5 (0,8)		3,3 (0,7)		18,1 (3,2)	
Casado/União de facto	3,6 (0,8)		3,1 (0,8)		3,1 (0,9)		2,8 (0,8)		2,6 (0,8)		3,6 (0,6)		18,7 (3,3)	
Separado/Viúvo	3,5 (0,9)		3,1 (0,8)		3,0 (1,2)		2,3 (0,9)		2,5 (0,9)		3,4 (0,8)		17,9 (4,3)	
Habilitações académicas***		0,805		0,737		0,921		0,686		0,732		0,561		0,997
Bacharelato	3,8 (0,7)		3,2 (1,0)		3,0 (1,1)		2,7 (0,8)		2,4 (0,7)		3,6 (0,7)		18,6 (3,6)	
Licenciatura	3,6 (0,8)		3,1 (0,8)		3,0 (0,9)		2,7 (0,8)		2,6 (0,8)		3,5 (0,7)		18,6 (3,4)	
Mestrado	3,6 (0,8)		3,0 (0,7)		3,1 (0,6)		2,8 (0,8)		2,6 (0,8)		3,4 (0,7)		18,6 (2,6)	
Habilitações Profissionais***		0,824		0,003		0,478		0,057		0,008		0,142		0,048
Não	3,7 (0,8)		3,1 (0,8)		3,1 (0,9)		2,7 (0,8)		2,6 (0,8)		3,5 (0,7)		18,7 (3,3)	
CPLEE	3,6 (0,8)		3,1 (0,7)		3,0 (0,8)		2,8 (0,7)		2,6 (0,8)		3,6 (0,6)		18,7 (3,0)	
PG	3,6 (0,8)		2,9 (1,0)		2,8 (0,9)		2,4 (0,7)		2,2 (0,8)		3,3 (0,9)		17,2 (3,8)	
CPLEE + PG	3,6 (1,0)		3,6 (0,9)		3,0 (0,8)		2,7 (0,8)		2,4 (0,8)		3,5 (0,7)		18,8 (3,2)	
Tempo de exercício profissional*	0,014	0,798	0,006	0,908	0,032	0,552	0,076	0,153	0,073	0,170	0,205	<0,001	0,102	0,060
Tempo de exercício no trabalho atual*	0,020	0,711	-0,046	0,401	0,007	0,906	0,028	0,611	-0,020	0,720	0,195	<0,001	0,044	0,432

D1: Oportunidade; D2: Informação; D3: Suporte; D4: Recursos; D5: Poder formal; D6: Poder informal

*Coeficiente de correlação de Pearson; **Teste t de Student (média (dp)); ***ANOVA (média (dp)).

Eficácia clínica e PBE

A Tabela 12 apresenta a associação entre a eficácia clínica e prática baseada na evidência (dimensões e escala total) e as variáveis sociodemográficas. Verificamos uma associação significativa e negativa entre a idade e as “atitudes” ($r = -0,118$; $p = 0,029$) e uma associação significativa e negativa entre a tempo na posição atual e as “atitudes” ($r = -0,160$; $p = 0,004$): participantes com mais tempo de serviço no local atual apresentam pontuação mais baixa desta dimensão.

Tabela 13: Associação entre práticas (Pr.), atitudes (At.), conhecimentos, habilidades/ competências (C,H/C) e variáveis sociodemográficas

	Pr.	p	At.	p	C, H/C	p	Total	p
Idade*	0,074	0,175	-0,118	0,029	-0,003	0,952	0,024	0,657
Sexo**		0,406		0,456		0,207		0,993
Feminino	4,5 (1,3)		5,7 (1,2)		4,9 (0,8)		4,9 (0,7)	
Masculino	4,3 (1,3)		5,6 (1,1)		5,0 (0,8)		4,9 (0,8)	
Estado civil***		0,277		0,143		0,532		0,365
Solteiro	4,5 (1,1)		6,0 (1,0)		5,0 (0,8)		5,0 (0,7)	
Casado/União de facto	4,4 (1,3)		5,7 (1,2)		4,9 (0,8)		4,9 (0,7)	
Separado/Viúvo	4,9 (1,3)		5,7 (1,4)		4,8 (1,0)		5,0 (1,0)	
Habilitações académicas***		0,737		0,254		0,381		0,653
Bacharelato	4,8 (1,3)		5,2 (1,8)		5,2 (0,5)		5,1 (0,8)	
Licenciatura	4,5 (1,3)		4,9 (0,8)		4,9 (0,8)		4,9 (0,7)	
Mestrado	4,5 (1,2)		5,5 (1,1)		4,8 (0,8)		4,8 (0,8)	
Habilitações Profissionais***		0,699		0,145		0,541		0,913
Não	4,5 (1,1)		5,6 (1,2)		4,9 (0,8)		4,9 (0,7)	
CPLEE	4,4 (1,5)		5,6 (1,3)		4,9 (0,8)		4,9 (0,8)	
PG	4,4 (1,4)		6,0 (1,1)		4,8 (1,0)		4,9 (0,9)	
CPLEE + PG	4,3 (1,3)		6,0 (1,2)		5,1 (0,9)		5,0 (0,8)	
Tempo de exercício profissional*	0,080	0,144	-0,092	0,093	-0,013	0,810	0,024	0,667
Tempo de exercício no trabalho atual*	0,021	0,705	-0,160	0,004	-0,026	0,646	-0,038	0,503

*Coeficiente de correlação de Pearson; **Teste t de Student (média (dp)); ***ANOVA (média (dp)).

Empoderamento profissional

A tabela 13 mostra a associação entre os diferentes resultados de empoderamento (dimensões e escala total). Com o coeficiente de correlação de Pearson entre 0.391 e 0.118, para a significância fixada, encontramos uma associação significativa e positiva entre várias dimensões, sendo de ressaltar: a associação entre os “recursos” e todas as dimensões e total de empoderamento psicológico, assim se verificando com o “poder informal” e a escala total de empoderamento estrutural.

Tabela 14: Associação entre outcomes (dimensões e escala total) de Empoderamento Profissional

		Empoderamento psicológico				
		Sentido	Competência	Autodeterminação	Impacto	Total
Empoderamento estrutural	Oportunidade	0,161	0,063	0,199	0,223	0,212
		(p=0,002)	(p=0,235)	(p<0,001)	(p<0,001)	(p<0,001)
	Informação	0,157	0,065	0,187	0,224	0,211
		(p=0,003)	(p=0,217)	(p<0,001)	(p<0,001)	(p<0,001)
	Suporte	0,073	0,062	0,235	0,270	0,220
		(p=0,173)	(p=0,247)	(p<0,001)	(p<0,001)	(p<0,001)
	Recursos	0,145	0,118	0,241	0,244	0,248
		(p=0,006)	(p=0,025)	(p<0,001)	(p<0,001)	(p<0,001)
	Poder formal	0,122	0,056	0,232	0,294	0,243
		(p=0,021)	(p=0,286)	(p<0,001)	(p<0,001)	(p<0,001)
	Poder informal	0,217	0,226	0,205	0,373	0,329
		(p<0,001)	(p<0,001)	(p<0,001)	(p<0,001)	(p<0,001)
Total		0,208	0,138	0,315	0,391	0,350
		(p<0,001)	(p=0,009)	(p<0,001)	(p<0,001)	(p<0,001)

Empoderamento Profissional e Práticas, Atitudes e Conhecimentos, Habilidades/ Competências de PBE

A tabela 14 mostra a associação entre os diferentes resultados de empoderamento psicológico (dimensões e escala total) com as práticas, atitudes e conhecimentos, habilidades/ competências de PBE.

Existe uma associação significativa e positiva entre:

- “Impacto” ($r = 0,146$; $p = 0,007$) e “escala total - empoderamento psicológico” ($r = 0,118$; $p = 0,031$) e “práticas”;
- “Sentido” ($r = 0,111$; $p = 0,039$) e “atitudes”;
- “Sentido” ($r = 0,300$; $p < 0,001$), “competência” ($r = 0,246$; $p < 0,001$), “autodeterminação” ($r = 0,127$; $p = 0,019$), “impacto” ($r = 0,182$; $p = 0,001$) e “escala total – empoderamento psicológico” ($r = 0,260$; $p < 0,001$) e “conhecimentos”;
- “Sentido” ($r = 0,265$; $p < 0,001$), “competência” ($r = 0,204$; $p < 0,001$), “impacto” ($r = 0,180$; $p = 0,001$) e “escala total – empoderamento psicológico” ($r = 0,221$; $p < 0,001$) e “escala total - eficácia clínica e prática baseada na evidência”.

Tabela 15: dimensão entre outcomes (dimensões e escala total) de Empoderamento Psicológico e Eficácia Clínica e PBE

		Empoderamento Psicológico				
		Sentido	Competência	Autodeterm.	Impacto	Total
Eficácia clínica e PBE	Práticas	0,093 ($p=0,088$)	0,100 ($p=0,065$)	0,040 ($p=0,460$)	0,146 ($p=0,007$)	0,118 ($p=0,031$)
	Atitudes	0,111 ($p=0,039$)	0,012 ($p=0,819$)	-0,067 ($p=0,220$)	-0,050 ($p=0,359$)	-0,016 ($p=0,765$)
	Conhecimentos	0,300 ($p<0,001$)	0,246 ($p<0,001$)	0,127 ($p=0,019$)	0,182 ($p=0,001$)	0,260 ($p<0,001$)
	Total	0,265 ($p<0,001$)	0,204 ($p<0,001$)	0,087 ($p=0,113$)	0,180 ($p=0,001$)	0,221 ($p<0,001$)

A tabela 15 mostra a associação entre os diferentes resultados de empoderamento estrutural (dimensões e escala total) com as práticas, atitudes e conhecimentos, habilidades/ competências de PBE.

Existe uma associação significativa e positiva entre todas as dimensões de empoderamento estrutural e “práticas” e “conhecimentos” de PBE. As “atitudes” ($r = 0,126$; $p = 0,020$) estão positivamente associadas à “informação”.

Tabela 16: dimensão entre outcomes (dimensões e escala total) de Empoderamento estrutural e Eficácia Clínica e PBE

		Eficácia clínica e PBE			
		Práticas	Atitudes	Conhecimentos	Total
Empoderamento estrutural	Oportunidade	0,222 (p<0,001)	-0,060 (p=0,267)	0,069 (p=0,203)	0,143 (p=0,009)
	Informação	0,153 (p=0,005)	0,126 (p=0,020)	0,267 (p<0,001)	0,274 (p<0,001)
	Suporte	0,265 (p<0,001)	0,036 (p=0,508)	0,169 (p=0,002)	0,260 (p<0,001)
	Recursos	0,231 (p<0,001)	-0,011 (p=0,834)	0,125 (p=0,021)	0,202 (p<0,001)
	Poder formal	0,261 (p<0,001)	-0,041 (p=0,452)	0,208 (p<0,001)	0,259 (p<0,001)
	Poder informal	0,284 (p<0,001)	0,091 (p=0,092)	0,303 (p<0,001)	0,362 (p<0,001)
	Total	0,343 (p<0,001)	0,032 (p=0,561)	0,273 (p<0,001)	0,360 (p<0,001)

Discussão dos resultados

Vários estudos têm demonstrado a relação entre o empoderamento, ambientes de prática profissional e organizacional e comprometimento profissional, qualidade dos cuidados e satisfação do trabalho (133,171,199).

Com este estudo, pretendemos descrever as relações existentes entre as variáveis que caracterizam os participantes e empoderamento profissional, assim como com as práticas, atitudes e conhecimentos e habilidades/ competências de PBE. Pretendemos, ainda, descrever a relação entre empoderamento estrutural e psicológicos e entre empoderamento profissional e as práticas, atitudes e conhecimentos e habilidades/ competências de PBE.

Neste estudo, os enfermeiros sentem-se moderadamente empoderados com uma correlação positiva entre empoderamento estrutural e empoderamento psicológico. O sexo, estado civil, qualificações profissionais e tempo de exercício profissional e tempo no local atual tiveram uma relação positiva com o empoderamento ou algumas dimensões.

O acesso a estruturas de promotoras de empoderamento permite um desempenho profissional de elevada qualidade dos enfermeiros, e está positivamente relacionado com a qualidade dos cuidados. “Oportunidade” (empoderamento estrutural) e “sentido” (empoderamento psicológico) foram as dimensões mais enfatizadas, com “recursos” (empoderamento estrutural) o menos expressivo, que é consistente com outros estudos.

Os resultados descritivos de empoderamento psicológico e as dimensões totais estão em consonância com as conclusões de outros estudos, nomeadamente no maior enfoque dado ao “sentido” (133,200,201). Noutro estudo, resultados semelhantes foram encontrados em enfermeiros mais velhos, enquanto os enfermeiros mais jovens focaram-se mais na “competência” (202). No entanto, pontuações mais altas foram encontrados no primeiro grupo para “sentido” e “competência” em comparação com os do grupo mais jovem, ou seja, a “competência” parece aumentar com a idade e experiência profissional (203).

No que concerne às práticas, atitudes e conhecimentos e habilidades/ competências, os participantes valorizam mais as “atitudes” e menos as “práticas”, congruente com outros estudos (204), no qual foram mais valorizadas as “atitudes” ou as “práticas” (205,206). Os resultados deste estudo, poderão demonstrar que existe uma familiarização com o conceito de PBE, independentemente do papel profissional e ambiente de prática (16). Os participantes acreditam que a PBE é útil na sua prática clínica, promovendo a qualidade dos cuidados (49), sendo relatadas, consistentemente, atitudes favoráveis sobre a PBE (16,45), existe, por vezes, a atribuição de significados, divergentes, deste conceito (16).

Por outro lado, os dados revelados neste estudo, mostram uma atitude algo divergente: à medida que aumenta a idade diminui a valorização atribuída às “atitudes” para com a PBE, sendo a mesma relação encontrada com o tempo de exercício profissional no local. Se, por um lado, enfermeiros mais jovens tendem a classificar-se mais nas competências de PBE do que enfermeiros mais velhos (1), outros estudos (207,208), apontam uma relação positiva entre a idade e as “atitudes”, nomeadamente o espírito crítico e reflexivo: os enfermeiros mais velhos questionam a prática e procuram respostas para essas questões, usando recursos baseados em investigação em detrimento dos mais novos, cujas fontes principais de informação são os colegas mais experientes (208) e, por outro lado, talvez porque muitos professores de enfermagem ensinavam investigação em detrimento de PBE (1).

Nesta amostra, os enfermeiros mais velhos obtiveram pontuações mais elevadas para o empoderamento estrutural e empoderamento psicológico, e aqueles com mais tempo de exercício profissional obtiveram pontuações mais elevadas de “empoderamento psicológico” e “poder informal”: Enfermeiros com mais tempo de exercício profissional apresentam maior percepção de empoderamento psicológico e de empoderamento estrutural (200,201,209). Da mesma forma, o empoderamento psicológico está relacionado com a capacidade pessoal para encontrar sentido na organização, e estima-se que esta capacidade melhora com a idade e com o desenvolvimento de estratégias que permitam essa realização (202).

As dimensões “sentido” e “competência” foram as mais pontuadas para “empoderamento psicológico”. Estas dimensões estão mais relacionadas aos valores, motivação e competências adquiridas que permitem o seu desenvolvimento. Por outro lado, “impacto” e “autodeterminação”, pontuação mais baixas, estão mais relacionadas com a percepção do profissional da estrutura da organização. No entanto, considerando a relação positiva encontrada neste estudo entre a idade e o empoderamento total e algumas dimensões, a variação da idade pode explicar esta diferença uma vez que é provável que a confiança e o significado atribuído para o trabalho aumentem à medida que se envelhece.

No que diz respeito ao empoderamento estrutural, os enfermeiros demonstraram percepção moderada (171), com maior enfoque na “oportunidade” e no “poder informal” e menor nos “recursos” (201,210,211). Note-se que num estudo conduzido por Laschinger (2013) (212), os enfermeiros recém-licenciados atribuíram menos importância ao “apoio”, em detrimento dos “recursos”. Num estudo com enfermeiras canadianas, procurando examinar a influência da liderança ressonante no empoderamento estrutural e satisfação do trabalho (89), encontraram níveis moderados de empoderamento estrutural, com maior ênfase em

"oportunidade" e menor em "informação", em congruência com outros estudos (185,199,213).

As diferenças de empoderamento podem estar relacionadas com a área geográfica, as características da população e as características organizacionais. Assim, as pontuações obtidas na dimensão "recursos" podem ser expetáveis. Podem ser explicadas pelos constrangimentos financeiros sobre a política de saúde que afeta a disponibilidade de recursos (214,215). Com a crise económica e as medidas de austeridade, vários hospitais e departamentos têm fechado e os salários dos profissionais de saúde têm diminuído significativamente (215). O recrutamento de profissionais de saúde reduziu drasticamente, visando reduzir as despesas no setor público (214,215) e vários enfermeiros emigraram para a Europa Ocidental e Reino Unido. Estes constrangimentos podem ter contribuído para a escassez de pessoal.

A dimensão "recursos" está relacionada com o tempo disponível para realizar as tarefas de enfermagem, como prestação de cuidados e documentação. A dimensão do hospital incluído no presente estudo em consonância com a população para a qual presta cuidados, afetam indiretamente esta dimensão. Esforços para resolver esta questão são suscetíveis de produzir ganhos em "recursos", sendo uma importante previsão de saúde e compromisso profissional (216).

A sobrecarga de trabalho entre enfermeiros tem sido debatida em Portugal, sendo influenciada e influenciando os recursos e, podendo, por si ser uma barreira à PBE e implicar insatisfação e burnout. Tal explica a relação obtida entre as "práticas" e os "conhecimentos e habilidades/ competências" de PBE e os "recursos". Neste sentido, considera-se vantajoso haver ajustes e/ou adequações, por parte dos gestores, neste fator garantindo tempo suficiente para o enfermeiro adquirir conhecimento, competências e habilidades e implementar a PBE (207,208).

Os líderes, deverão propiciar ambientes estruturados, no qual o profissional possa atingir os seus objetivos, potenciando a qualidade dos cuidados. Os resultados obtidos neste estudo vão de encontro a este pressuposto: estando esta qualidade relacionada com a PBE (2), estão as "práticas" de PBE correlacionadas, positivamente, com a "oportunidade", a "informação", o "poder formal" e o "poder informal" e com a perceção global de empoderamento estrutural e as "atitudes" de PBE têm a mesma correlação com a "informação", assim como os "conhecimentos, habilidades/ competências de PBE" e a perceção global de empoderamento estrutural.

Existindo correlação positiva entre empoderamento estrutural e psicológico e comportamentos inovadores, mais especificamente, o empoderamento psicológico atua como mediador entre o empoderamento estrutural e o comportamento inovador (217). Concomitantemente, estudos demonstram que o empoderamento estrutural conduz ao empoderamento psicológico, culminando em resultados positivos mensuráveis no local de trabalho, tais como: maior empenho organizacional do enfermeiro, aumento da inovação, redução do burnout, entre outros (170).

Paralelamente, sendo a competência um mecanismo que auxilia os profissionais na prestação de cuidados de saúde de alta qualidade, é importante na implementação da PBE. Assim, é importante que os líderes de enfermagem invistam na criação de ambientes estruturados promotores da PBE e da sua enculturação (2,44,70). A cultura é a base para o que as pessoas sentem no seu local de trabalho e é um dos componentes dos “conhecimentos, habilidades/ competências”. Assume-se que as crenças possam estar mais diretamente associadas à cultura, sendo a competência um derivado dessa relação (1), tal como demonstrado neste estudo: existe uma relação positiva entre a “competência” e os “conhecimentos”.

O empoderamento estrutural e psicológico tem efeito positivo na qualidade dos cuidados (129) e esta está relacionada com a adoção da PBE, acreditando, o enfermeiro, que individualmente e coletivamente tem “impacto” nos resultados. Nesta amostra, o “impacto” está relacionado com as “práticas” e “conhecimentos” de PBE, o “sentido” com as “atitudes” e os “conhecimentos” de PBE e a “autodeterminação” com os “conhecimentos”.

Neste estudo, o empoderamento estrutural está negativamente correlacionado com as qualificações profissionais. No entanto, parece-nos que a autoconfiança e a autoestima estão relacionadas com o empoderamento: existe relação positiva entre quem frequentou o ensino pós-graduado e a autoestima, que por sua vez tem um efeito positivo na forma como os enfermeiros desempenham as suas tarefas colocando este novo conhecimento e oportunidades na prática (218).

A correlação entre o empoderamento estrutural e psicológico explica o processo de empoderamento profissional e como fatores organizacionais estruturais são suscetíveis de influenciá-lo. Estes resultados mostram uma associação significativa e positiva entre empoderamento estrutural e psicológico (133,201,219,220), que pode ser um forte preditor de resultados organizacionais.

O presente estudo enfatiza a relação entre empoderamento estrutural e empoderamento psicológico, devendo ser estes resultados, cuidadosamente, abordados pelos gestores, pois estes são aqueles com a maior responsabilidade de manter a elevada qualidade nos serviços prestados, desempenhando um papel importante no fornecimento de estruturas promotoras de empoderamento, garantindo o acesso às mesmas.

Apesar da elevada procura e complexidade em relação à criação e manutenção de ambientes que promovam o empoderamento profissional, o planeamento deve considerar a complexidade do hospital, as estruturas e as relações internas e externas. Práticas bem-sucedidas do passado podem não ser as adequadas para solucionar os problemas atuais, dadas as diferentes implicações sociais, culturais e económicas. A vontade e a flexibilidade dos gestores são suscetíveis de prever o sucesso das organizações, conduzindo a enfermeiros empoderados, cuja influência é considerável e a probabilidade de se tornarem líderes informais pode ter um impacto positivo na progressão da profissão. Desta forma, os enfermeiros irão ter um desempenho profissional mais eficiente, com ganhos claros para o cliente, para a organização, para a profissão e para a disciplina.

Limitações

Os resultados deste estudo devem ser interpretados com cautela. Robustas declarações de causa e efeito não podem ser feitas devido à transversalidade do estudo e à sua realização num único centro hospitalar. Existem outras variáveis que podem influenciar o empoderamento, como as características individuais, os modelos de liderança ou as estruturas organizacionais, que não foram estudados. Da mesma forma, esta instituição está a sofrer um processo de mudança com a inclusão da investigação e da PBE no plano estratégico, pelo que os resultados obtidos terão que aqui ser enquadrados. Um estudo abrangente que envolva outros hospitais, públicos e privados, poderia, eventualmente, conduzir a dados mais conclusivos.

O enviesamento de resposta é também uma preocupação na utilização de instrumentos de autopreenchimento: as pontuações tendem a ser mais altas nas dimensões que são socialmente aceites. Para resultados mais fiáveis e significativos, poder-se-iam triangular métodos. Os dados recolhidos através de certas técnicas de investigação qualitativas, tais como entrevistas e discussões focalizadas, poderiam fornecer outros dados, assegurando uma maior robustez.

Conclusão

Em Portugal são necessários estudos sobre empoderamento profissional (Orgambídez-Ramos et al., 2017). Dadas as restrições económicas sentidas e a necessidade de otimizar e promover cuidados de qualidade, é importante que os líderes saibam capacitar e comprometer enfermeiros, fornecendo o acesso a estruturas promotoras do empoderamento. Tal mostra-se importante, pois permitirão a adoção de PBE e assim, promover a qualidade e reduzir os custos.

Este estudo destaca a correlação entre o empoderamento estrutural e psicológicos dos enfermeiros, com correlações significativas entre idade, sexo, qualificações e tempo de prática profissional e empoderamento. Existe relação entre as dimensões de empoderamento estrutural e as cognições de empoderamento psicológico e as “práticas, atitudes e conhecimentos e habilidades” de PBE. Os líderes desempenham um papel fundamental na criação de ambientes de trabalho estruturados capazes de melhorar o desempenho dos profissionais e, conseqüentemente, a qualidade dos cuidados.

Considerações sobre a descrição no contexto deste estudo

Nesta etapa foram descritas as relações existentes entre empoderamento estrutural e empoderamento psicológico e as práticas, atitudes e conhecimentos de PBE. Estando descrita a influência de estruturas promotoras de empoderamento, importa elaborar programas de desenvolvimento e implementação da PBE, devidamente descritos e fundamentados, com especial foco em relação ao empoderamento, dada a relação demonstrada pelas etapas 1 e 2 deste estudo.

Etapa 3: a implementação

Os dados que emergiram das duas etapas anteriores, apontam para a necessidade de elaborar programas de desenvolvimento e implementação da PBE, e foco no empoderamento profissional. Também permitiram o planeamento das intervenções e da implementação do modelo ARCC®, em contexto natural e de forma sistematizada (159), reconhecendo-se a natureza complexa do processo. A abordagem de investigação-ação adotada permitiu que todos os que participaram neste estudo partilhassem pontos de vista, percepções, contribuindo para a mudança de acordo com a sua experiência e conhecimento (159).

Considera-se o início desta etapa em maio de 2019, com a apresentação preliminar dos resultados da segunda etapa deste estudo na “Semana de Investigação em Enfermagem”, promovida pelo CINTESIS/ NursID.

Posteriormente, foram agendadas, na reunião introdutória a esta etapa, as reuniões subsequentes, tentando construir uma relação de confiança com os elementos facilitadores, compreendendo os seus interesses e solicitando opiniões e sugestões, sempre num sentido colaborativo e estimulando a motivação, permitindo a concordância em adotar as mudanças na prática. Desta forma, consideramos possível, facilitar a mudança e a implementação.

A 22 de junho de 2019 foram apresentados estes resultados aos enfermeiros do centro hospitalar em estudo onde estavam presentes os “elos dinamizadores” de cada serviço do hospital. Os “elos dinamizadores” são elementos de referência dos diferentes serviços, que foram selecionados, previamente, pela gestão intermédia como elementos que, devido às suas características pessoais e profissionais, poderão auxiliar na promoção e sustentação da mudança. Neste sentido, deste grupo mais alargado, emergiram os diferentes mentores: aqueles que auxiliariam na melhoria das crenças sobre o valor da PBE, auxiliando na sua implementação e sustentação (70,187). No final, foi promovida uma reflexão (em grupo, agrupados por departamentos), visando a identificação de temáticas a serem alvo de investigação. Estas foram analisadas pela equipa de investigação local, pelos investigadores e pela gestão intermédia e de topo.

Na reunião de 12 de julho de 2019, foi apresentado o protocolo da etapa “Implementação”, as variáveis a serem monitorizadas, o plano de formação, o cronograma e o orçamento. Foram discutidas as estratégias de implementação, respondendo às questões “quem?”, “o quê?”, “onde?”, “quando?”. Nesta reunião, entre a equipa de investigação e a equipa de investigação local, foi definido o grupo de mentores. Optou-se pela escolha de dois departamentos (Medicina e Ambulatório), em consonância com o plano de formação e

investigação do Centro Hospitalar, das necessidades identificadas e do potencial para disseminar e sustentar a mudança que, estes departamentos têm.

Neste sentido, foram agendadas as formações e o respetivo plano formativo, fazendo parte integrante do plano de formação do hospital, sendo contabilizadas as horas de formação como parte integrante do horário. Com este plano (figura 5), pretendemos corresponder às necessidades encontradas.

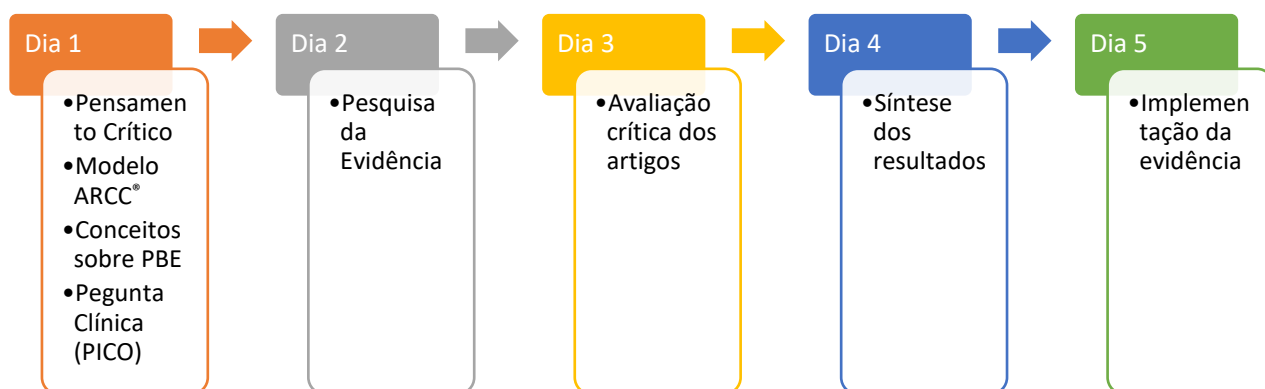


Figura 5: reuniões de formação para os mentores e principais conteúdos abordados.

Os conteúdos do programa foram baseados nas diferentes etapas de PBE (221) e as necessidades identificadas na fase 2: (0) pensamento crítico, modelo ARCC® e conceitos sobre PBE (1) formulação de uma pergunta clínica, no formato PICO; (2) pesquisa da evidência, conhecendo fontes primárias e secundárias, as principais bases de dados, descritores e operadores booleanos; (3) avaliação crítica dos artigos; (4) síntese dos resultados e (5) implementação da evidência.

Durante o programa, os mentores desenvolveram atitudes, conhecimentos e competências de PBE, trabalhando simultaneamente na formulação e resposta a uma pergunta de sua própria prática. Esta abordagem permitiu uma melhor integração da teoria na prática (192). Para facilitar a implementação na prática, os mentores e os formadores mantiveram contato regular com recurso a uma plataforma digital criada para o efeito, oferecendo um fórum de discussão e recursos documentais e de referência.

A incorporação desse conhecimento foi avaliada pelo acompanhamento regular, permitindo monitorizar a evolução, sendo que de uma sessão para a seguinte os mentores tinham que operacionalizar as etapas, previamente, descritas.

Este programa terminaria com a implementação dos dados extraídos na prática clínica que foi condicionada com as alterações que emergiram com o agravamento da situação epidemiológica, resultante da pandemia por COVID-19.

Após estas reuniões de formação foi realizada uma reunião final, sendo discutidas todas as etapas anteriores.

De seguida, é descrito, detalhadamente este processo, as diferentes opções metodológicas adotadas, assim como os resultados, dividido em duas partes: a avaliação da implementação com os mentores, operacionalizada por notas de campo e reuniões de discussão focalizada e uma avaliação da instituição, sendo aplicados os instrumentos de recolha de dados aplicados na fase 2.

Etapa 3: a implementação

Existe, atualmente, uma preocupação, crescente por uma PBE, em Enfermagem, pela sua relação com a melhoria dos resultados, incremento da qualidade e redução dos custos (13). No entanto, existem dificuldades no uso da evidência, existindo um hiato entre a PBE e a sua aplicação na prática clínica. Estão descritas algumas atitudes e barreiras à mesma, implicando que os enfermeiros nem sempre usem a melhor evidência disponível.

Destes fatores, a organização e a liderança têm um papel importante na implementação da PBE (13,187,222), sendo importante que existam mudanças nas organizações de saúde (nomeadamente política), de forma a garantir a sua implementação e promoção (56,57). De acordo com Stamps (1978) (223), existem inúmeros fatores que continuam presentes e afetam a prática clínica, nomeadamente a nível hospitalar: sistemas complexos, onde múltiplos atores interagem perante uma crescente demanda e exigência na prática clínica, podendo interferir, direta ou indiretamente, na produtividade, saúde e bem-estar (53,224), com consequente aumento dos eventos adversos, redução da qualidade dos cuidados (225,226) e aumento da prevalência de insatisfação profissional, burnout e intenção de abandono da profissão.

Assim, é necessário um compromisso de todos, sendo necessário o desenvolvimento de estratégias capazes de mudar o contexto organizacional e a prática. Importa que os gestores reconheçam que a variabilidade de práticas poderá contribuir para a um défice da qualidade dos cuidados e aumento dos custos (62,227).

Este estudo, vai de encontro a uma pretensão direta da Direção de Enfermagem do hospital, que pretende sustentar uma cultura de PBE, com a criação de elos facilitadores, nos diferentes serviços, responsáveis pela mudança. Nesta partilha de interesses, assumimos a complementaridade e a partilha de objetivos entre a equipa de investigação e participantes.

No presente estudo, optou-se pelo Modelo ARCC®, para o nortear. Este modelo advoga que a promoção e sustentação da PBE é apoiada por uma cultura organizacional, com ênfase no processo de decisão em equipa (67): o primeiro passo passa por uma avaliação da cultura organizacional, com identificação das barreiras (falta de mentores, inadequados conhecimentos e competências em PBE, não valorização da PBE) e forças (filosofia de PBE, presença de mentores e suporte da organização), visando implementar estratégias para as remover ou sustentar, respetivamente (70,187). Este é um modelo que pretende avançar e sustentar o processo de PBE nos sistemas de saúde, possibilitando a implementação de estratégias para eliminar as barreiras e potenciar as forças.

No centro do modelo, estão os mentores de PBE: estes, através de iniciativas estratégicas intencionais, ajudam a melhorar as crenças sobre o valor da mesma e a confiança na sua implementação. O aumento das crenças e a sustentação de uma PBE, resulta na demanda de cuidados baseado em evidência e, conseqüentemente, maior coesão grupal, maior satisfação profissional, maior comprometimento e melhoria dos resultados (70,187,228).

Para cumprir estes propósitos, foram fornecidos, pela instituição, diferentes recursos (humanos, tempo, informação) necessários para a implementação do programa, após algumas reuniões preparatórias com os investigadores e o Enfermeiro Diretor do hospital e liderança intermédia (enfermeiros gestores). Com base nos resultados da etapa 2, foram selecionados os departamentos (estudo piloto), criada uma massa de mentores (três por cada serviço).

O programa didático incluiu diferentes etapas de PBE (229,230): pensamento crítico, formulação de pergunta de pesquisa, pesquisa científica, avaliação crítica da evidência, implementação, monitorização dos resultados e disseminação da evidência. A metodologia adotada pressupôs a reflexão e aplicação prática dos conteúdos transmitidos, mantendo a disponibilidade para o esclarecimento de dúvidas, num sentido colaborativo e estimulando a motivação, com reforços sempre que oportuno, otimizando a colaboração e a adoção de mudanças nas crenças sobre PBE e investigação, sustentando mudanças na prática (66).

Nas reuniões formativas com os mentores, ao longo de seis meses consecutivos (uma formação por mês, de caráter obrigatório, com a duração de oito horas - quatro de trabalho presencial e quatro de trabalho autónomo), foi promovida a reflexão (em grupos) sobre a PBE e a identificação de forças e barreiras e a identificação de temáticas a serem alvo de investigação. Foi criado um fórum online onde foi disponibilizada toda a informação útil sobre as formações, promovida partilha de dúvidas e partilha de experiências.

Dada a escassez de estudos, em Portugal, com foco nos modelos e na implementação da evidência e na relação da liderança neste processo, optamos pela realização deste estudo, segundo as orientações de Munten e colaboradores (2010) (231). Neste capítulo, damos a conhecer a última etapa: implementação do modelo ARCC® e formação sobre PBE, assente neste modelo.

O objetivo principal deste estudo foi descrever a predisposição da cultura organizacional para a PBE, as barreiras e facilitadores à PBE, assim como as crenças, sentimentos e valores, o modelo de mentoria e de PBE em uso, as implicações sentidas, a curto e a médio prazo. Pretendemos, ainda, avaliar o impacto do modelo ARCC® nos enfermeiros e o potencial impacto do modelo ARCC® na organização.

Método

Neste percurso de investigação-ação, triangulamos métodos (entrevistas, discussão focalizada, notas de campo, questionários). Os investigadores, principais e investigadores locais, em diferentes momentos de reunião, refletiram sobre as diferentes fases do ciclo. Os dados obtidos provieram de diferentes fontes, nomeadamente os enfermeiros gestores (topo e intermédios) e equipa de mentores. Este processo é descrito detalhadamente, possibilitando um juízo sobre a transferibilidade dos resultados para outras realidades (159).

Participantes

Relativamente a esta fase do estudo, a amostra foi constituída por 18 participantes, mentores, escolhidos, previamente, pela liderança intermédia para o desempenho deste papel. Estes mentores (15 do departamento de medicina e 3 do departamento de cirurgia de ambulatório) representavam seis serviços: por cada serviço estavam presentes o enfermeiro gestor e dois enfermeiros com o curso de pós-licenciatura de especialização em Enfermagem. A média de idades era 39,7 anos, com uma média de tempo de exercício profissional de 17,1 anos e, no serviço, de 15,6 anos. Grupos focais foram realizados para explorar as mudanças profissionais e pessoais ocorridas durante e após o programa formativo.

Recolha de dados e procedimentos éticos

O estudo foi aprovado pela Conselho de Ética da instituição. Foi assegurado, em todos os momentos de recolha de dados, que os participantes compreendiam plenamente a questão da confidencialidade e que tinham o direito de se retirar do estudo a qualquer momento sem qualquer repercussão. O consentimento informado foi obtido, e nenhum dos participantes recusou ou abandonou a participação nas diferentes fases desta etapa.

Foram usados códigos para garantir a confidencialidades dos participantes, assegurando-se a inexistência de repercussões, garantindo a franqueza e honestidade de respostas.

Recolha de dados

Os dados foram recolhidos ao longo das formações e em dois *focus group*, com inscrição dos participantes através da ferramenta Doodle (limitação a 12 participantes por sessão), realizadas com recurso a ferramentas digitais (*Zoom Cloud Meetings*), dada a limitação de acesso ao hospital, pelas restrições associadas à pandemia por coronavírus-19. As reuniões tiveram a duração de 66 (8 participantes) e 71 (10 participantes) minutos.

Os grupos focais foram dinamizados pelo investigador principal e por outros dois membros da equipa de investigação, peritos na metodologia adotada. Os participantes foram estimulados a refletirem sobre o processo formativo e as mudanças sentidas com o mesmo, com recurso a um roteiro de perguntas, revisto pela equipa de investigação pela relevância conceitual (anexo 4), mas estimulando a participação e a partilha de valores, crenças, sentimentos e experiências, foi avaliada a predisposição da cultura organizacional para a PBE; barreiras e facilitadores à PBE; crenças, sentimentos e valores para com a PBE; o modelo de mentoria e de PBE em uso e as implicações sentidas, a curto e a médio prazo.

Intervenção: educação com programa de mentoria

No final destas reuniões formativas, foram realizadas dois *focus group*, tal como descrito anteriormente. Carecendo de estudos detalhados sobre o período temporal e quantidade no que estratégias de implementação concerne (231), desenhamos um ciclo iniciado na identificação dos problemas, inicialmente sem fim pré-estabelecido, considerado terminado após a discussão dos dados resultantes dos grupos focais. Consideramos, dada a informação obtida, o término desta fase nesta altura: a saturação foi alcançada pelo segundo grupo focal, evidenciado pela recorrência dos temas.

Análise de dados

A gravação foi transcrita, na íntegra, codificada, mantendo-se um equilíbrio entre as conotações dos participantes - validade descritiva - e as interpretações científicas - validade teórica (232). O *corpus* das narrativas foi analisado à luz da análise de conteúdo, elaborou-se uma matriz síntese de resultados para uma melhor apreciação dos mesmos. Consideramos que se garantiu a estabilidade (consistência de respostas ao longo do percurso: pela saturação da informação, pelas notas de campo e reunião de discussão focalizada), a equivalência e a coerência interna (um membro da equipa de investigação efetuou a codificação, posteriormente validada pelos restantes membros) (232).

Dado que pretendemos, com base em conhecimentos anteriores, testar um modelo, usamos o método dedutivo para a análise de conteúdo (177,233,234), emergindo sete categorias, utilizando os constituintes do modelo ARCC® como categorias à priori.

Resultados

As categorias surgiram quando a transcrição de cada grupo focal foi codificada e discutida pelos investigadores, indo de encontro ao modelo ARCC: avaliação organizacional e cultural da instituição, identificação de pontos fortes e barreiras, desenvolvimento e uso de mentores de PBE, implementação de PBE e resultados, tal como demonstrado na figura 9.

As categorias foram definidas com base na integração do conteúdo da transcrição e das definições encontradas na literatura. Em cada uma das categorias houve necessidade de uma subdivisão para uma maior clarificação dos assuntos expostos.

Cada uma dessas categorias e respetivos subcategorias é descrita aqui, juntamente com citações dos participantes, seguida do código (NCP1, PGFa5...) que traduz a proveniência da unidade de registo, enfermeiro e respetivo serviço, justificativas dos temas, refletindo as suas experiências, e sentimentos e opiniões.

No hospital, o **plano estratégico** para a Enfermagem, está elaborado e assumido por todos, inserido numa “*dinâmica global*”, sendo necessário que todos se “*se veiculem a ele*” (NCP1). Esta dinâmica possibilita uma interligação com as atitudes institucionais não sendo este estudo (incluído no plano estratégico) “*um projeto isolado*” e é “*muito da responsabilidade da gestão de topo*” (NCP1).

Existe uma preocupação clara, e norteadas por este plano, com a segurança do cliente e melhoria contínua da qualidade, assente numa PBE. A implementação deste modelo “*vai consolidar e dar um fio condutor a alguns projetos*” (PGFa5), sendo uma “*ferramenta para nós conseguirmos dar resposta aquilo que são os objetivos e que estão no plano estratégico, da instituição, dos serviços*” (PGFb2), interligando diferentes projetos, acabando “*por nos permitir ligar as peças do puzzle*” (PGFb2).

A **cultura de segurança** está presente no discurso dos participantes, denotando-se preocupação com as dotações que são “*uma questão crucial! (...) temos trabalhado na melhoria das condições para os Enfermeiros especialistas... dando mais tempo para isso*” (NCP1) e com a **melhoria contínua da qualidade**, (“*o nosso projeto é sobre a segurança*” NCP2; “*se os profissionais estão envolvidos nos projetos... só assim conseguimos a melhoria*” - NCP1; “*enquadramos nos padrões da qualidade*” – PGFa3; “*no meu serviço, projeto foi integrado nos padrões da qualidade*” - PGFa5).

A isto está associado a “**produção de indicadores de Enfermagem**” que “*facilita a monitorização das práticas e facilita a melhoria contínua*” (NCP3).

Tal é possível com o **estímulo da Direção da Enfermagem à mudança**, dado que o “*hospital evoluiu imenso à custa do estímulo que a Direção tem feito*” (NCP4). Tal possibilitou motivar a equipa, dado que existe “*muita vontade*” (PGFb6), estando comprometidas com a instituição e com a **mudança**:

“*foram as características da organização que possibilitaram estes projetos. Temos toda a liberdade para desenvolver projetos e implementar projetos nos serviços. A cultura organizacional também nos tem permitido isso... Estimula, é por aí que passa a Enfermagem, tem que ser por aí para nós progredirmos e evoluirmos... Temos formações e estímulos para isso, para fazer investigação e querer saber mais*” (NCP2)

“*as pessoas aceitam bem a mudança; as pessoas promovem a mudança; as pessoas querem um exercício mais competente (...) e só há um caminho: que é este que estamos a percorrer*” (NCP1).

As condições e o ambiente na instituição são promotores de **empoderamento**, visto que “*é uma das coisas que me preocupa e que trabalho nisso*” (NCP1). Existe o acesso a estruturas promotoras de empoderamento, como:

Oportunidade: “*as pessoas têm aproveitado as oportunidades, elas nascem do ambiente de trabalho*” (NCP1);

Recursos: “*(...) dar-nos tempo útil para assistirmos à formação*” (NCP4); “*(...) a própria instituição toma a iniciativa de dizer estas horas são dedicadas a isto. Eu acho que a imagem que transmite é: isto é para continuar vivo*” (NCP6);

Suporte: “*vão de encontro ao plano estratégico da instituição, mas sabem que vão ao encontro de algo que a instituição precisa, que o doente precisa, mas que também vão ser apoiados (...) é importante quando arrancam com os projetos sentirem-se apoiados*” (NCP1);

Informação: “*a forma como comunicamos e a forma como informamos é um estímulo para se fazer e se continuar a fazer (...) aumenta a motivação*” (NCP1)

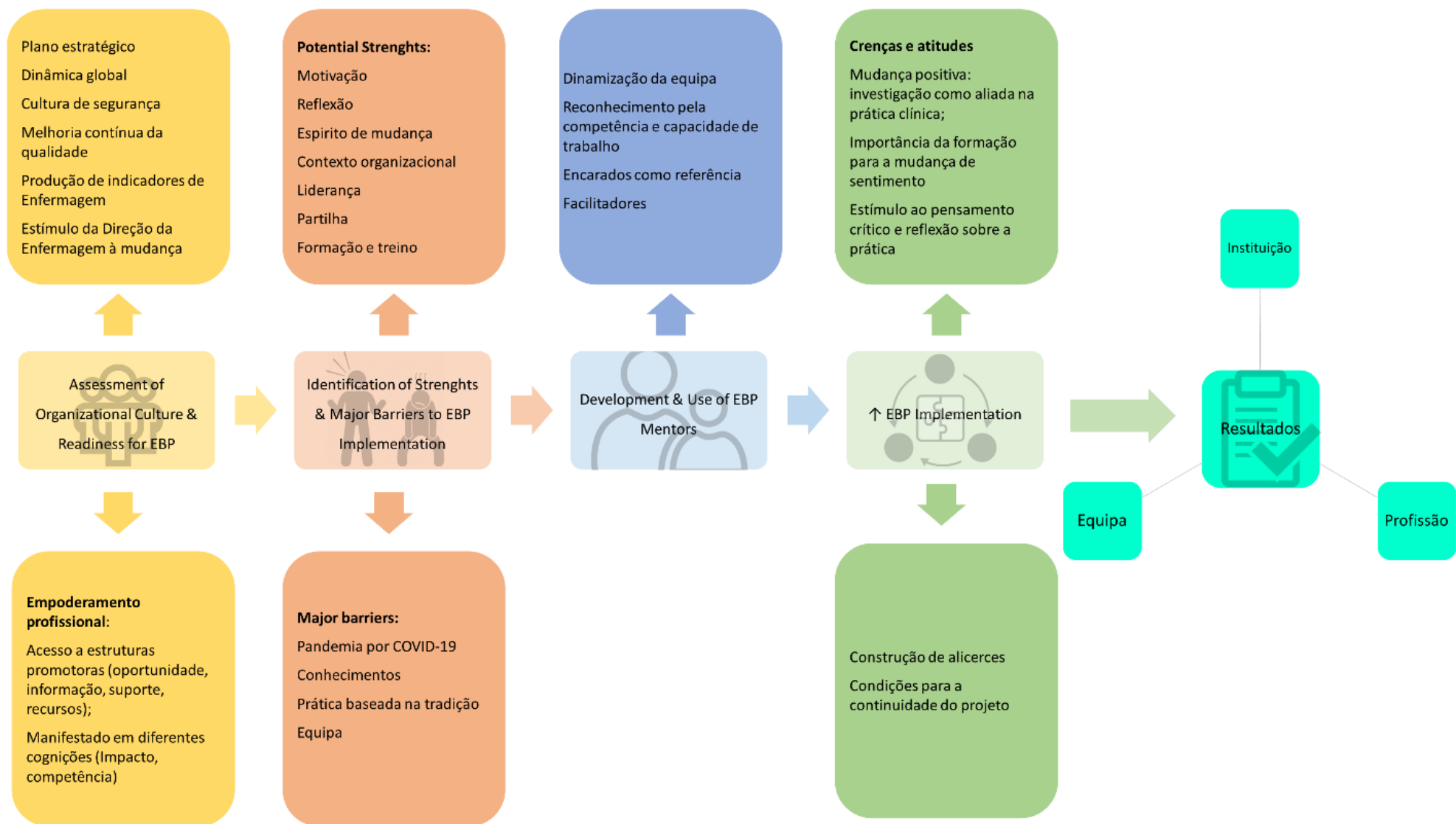


Figura 6: categorias identificadas, em consonância com o modelo ARCC. Adaptado de Melnik et al. (2010).

Em consonância com o modelo de gestão em uso, todos sentem que têm:

Impacto: *“todos podem participar”* (NCP2);

Competência: *“a formação é uma oportunidade para o aumento de qualificações (...) traz para a instituição muitas competências”* (NCP1); *“neste momento, temos as ferramentas todas”* (PGFa5)

Identificação de forças e barreiras

Um dos pontos chave deste modelo é a identificação das barreiras existentes e das potenciais forças. Como potenciais barreiras, identificaram:

- A situação epidemiológica vivida com a **pandemia por COVID19** e as restrições decretadas pelo Ministério da Saúde: foram uma barreira ao desenrolar normal do processo, tendo as intervenções *“ficado um bocado paradas”* (PGFa2), havendo algum cansaço a isto inerente: *“estamos particularmente cansadas por toda a conjuntura”* (PGFb1);

- Os **conhecimentos**: *“vejo que afinal não era só eu que não conhecia”* (PGFa3);

- Prática baseada na **tradição**: *“não produzíamos conhecimento e fazemos empiricamente o que aprendemos”* (PGFa1);

- **Tempo**: *“aqueles que não recebem cuidados da excelência, não porque os enfermeiros não prestem cuidados de excelência, mas por alguma razão até externa não tenha sido possível”* (PGFb3);

- **Equipa**: *“se não tivermos uma equipa motivada e integrada neste processo, não vamos conseguir. Ou seja, estamos a obter resultados, mas mais minimalistas, e não os resultados em que toda a equipa vai conseguir obter”* (PGFa2); *“eu acredito que o fato de termos uma equipa multidisciplinar sem dúvida que é bom. Mas esta poderá ser uma das barreiras para a nossa implementação”* (PGFa2).

Como potenciais forças, os participantes elencam:

- A **motivação**: a equipa *“está muito motivada, antes de março de 2020. A partir dessa data tivemos de fazer um interregno, pois vivemos noutra planeta. Agora estamos a recomeçar, mas quando paramos, por contingências várias, a equipa estava motivada.”* (PGFa6) e irão retomar os projetos (*“mas tencionamos retomar”* - PGFa2);

- A **reflexão**: *“uma vez que existe uma reflexão em equipa, iremos ter ganhos”* (PGFa2), estando os elementos *“muito recetivos ao conhecimento trazido pela prática baseada na evidência, com a investigação”* (PGFb1);
- O **espírito de mudança**: havendo um acentuado espírito de mudança, como frisado e os membros da equipa estão *“mais predispostos a não se acomodarem tanto, acabam por querer saber mais”* (PGFa5), existindo *“uma motivação intrínseca de serem sempre as melhores e prestarem os cuidados de qualidade. neste sentido, existe sempre uma motivação global para obter os melhores resultados”* (PGFa4);
- O **contexto organizacional**: *“os profissionais, sentem-se inquietos. Se calhar, agora, mais do que nunca, há a possibilidade também de mostrar as inquietudes e dar resposta a elas, graças também àquilo que a instituição tem”* (PGFb2);
- A **liderança** de topo e intermédia na instituição: é *“facilitador”* (PGFb1) deste processo tendo a *“gestão intermédia um papel fundamental para que isso seja implementado no nível institucional, mas estou a crer que, pelas dinâmicas que estão a ser instituídas na instituição e através das quais todos os serviços estão a ser dinamizados, (...) em várias estratégias, nos planos de atividades, estou em crer que irá ser implementado”* (PGFb5), havendo interesse para tal: *“acho que as pessoas que estão também motivadas para isso e que tem havido bastante interesse, tanto pela direção, como como disse por parte da chefia em que de certa forma, se aproxime muito a prática baseada na evidência da prática clínica dos profissionais”* (PGFb1);
- A **“partilha”**: identificada pela expressão: *“todos juntos (...) o facto de falarmos das realidades dos outros serviços”* (PGFa6) foi considerado positivo, ajudando a *“consolidar ferramentas”* (PGFa5), permitindo a *“discussão, que traria contributos”* (PGFb1) e a *“extrapolação para outros projetos”* (PGFa5);
- A **formação e treino**: *“a prática acaba por nos ajudar, a prática de usarmos as coisas, acaba por nos facilitar o processo”* (PGFa5), tendo as formações sobre PBE sido úteis pois *“contribuíram para pensarmos nisto de forma mais reflexiva”* (PGFa8)

Desenvolvimento e uso de mentores de PBE

A criação de uma massa crítica de mentores é essencial para o sucesso da implementação da PBE e sua sustentação, sendo capazes de *“dinamizar a equipa”*, contando com o apoio da instituição, que também *“está a incentivar a dinamizar e acaba por em muitos projetos, já estar elencado muito daquilo”* (PGFb5).

Os mentores, através de estratégias intencionais, conseguem influenciar, positivamente, os pares sobre as crenças sobre a PBE. Estes eram dinamizadores da mudança, sendo reconhecidos pela competência, capacidade de trabalho e vistos *“como referência e agora só as consolidaram e falam delas por terem um Know-how diferentes”* (PGFa6), sendo *“elos dinamizadores, muito proactivos”* (PGFb5), capazes de dinamizar a mudança nos serviços, sendo encarados *“como uma opção e não como uma barreira”* (PGFa6).

Consideram-se *“facilitadores”*, acreditando ser *“ouvida no serviço”* (PGFa2), sendo a *“garantia da continuidade do projeto e que este caminho não tem fim: o que é hoje poderá ser colocado em causa daqui a um ano...”* (NCP1)

Implementação de PBE

A análise crítica dos artigos, a extração dos dados e a implementação foram tarefas desafiadoras, para os participantes e para a equipa de investigação. O percurso dos diferentes grupos de mentores divergiu nesta fase, uns mais adiantados (*“Isso veio mexer com muita coisa e apesar de ter sido interrompido em fevereiro, muito trabalho durante estes meses, não ficou só pela pesquisa, foi sempre andando e muita coisa foi sendo criada e implementada à custa disto”* – PGFb2) outros nem tanto (*“estamos na fase onde analisamos, apresentamos a equipa e iríamos passar à fase de concretização do projeto. No fundo, dada a conjuntura não dá...”* – PGFa5). Consideram, no entanto, terem construído *“os alicerces para uma construção que não terá limite: o céu é o limite”* (NCP1), e os *“mentores terão as condições e a instituição conta com eles que é serem o garante da continuidade a médio e a longo prazo”* (NCP1).

Crenças e atitudes

As **crenças** dos participantes e **sentimentos** para com a PBE mudaram: *“temos uma pergunta para a qual queremos uma resposta e temos um sítio onde podemos ir: sabemos que temos informação fidedigna. E só isso para mim já valeu muito a pena”* (PGFa3); *“acho que nós antigamente víamos a investigação como uma inimiga (...). Agora, não. Agora vemos a investigação, como nossa amiga, como nossa aliada na prestação de cuidados (...)”* (PGFa2), e *“é uma aliada da melhoria contínua das práticas. E quando os projetos de investigação têm como ponto de partida a reflexão das práticas, as pessoas sentem-se mais envolvidas a participar.”* (PGFa4).

A formação *“foi importante para combater este sentimento”* (PGFa2); *“esse foi o conceito que mais modificou para mim nesta formação, porque eu achava que eu tinha uma barreira na minha ação em enfermagem, porque eu podia pensar, podia ter curiosidade, não concordar com alguma coisa, mas não sabia como podia alguém me ouvir e mudar ou criar melhoria”* (PGFb5).

Da mesma forma, houve um refinamento do pensamento crítico e da reflexão na prática, que estiveram presentes no discurso dos praticantes, havendo *“(...) uma inquietude”* (PGFa1) ou situações causadoras dessa *“inquietude”* (PGFa2) ou, ainda, *“uma inquietação que nós já tínhamos”* (PGFb2). Ou seja, *“(...) agora, cada vez mais, os Enfermeiros não querem fazer porque sim. Todos os elementos cada vez mais se questionam. Quando alguma coisa é dita: será que é assim, será que, não é? Não sabendo às vezes, não sabendo que é PBE, ninguém mais quer fazer nada, sem fazer perguntas: isso é mesmo assim? Onde é que isso está escrito que é assim?”* (PGFa3).

Resultados da implementação da PBE

Todo este processo tem **implicações**, consideradas positivas:

- Nos **resultados**: *“a instituição mudou. Isto veio... eu acho que já se estava a sentir mudanças e nós sofremos muitas mudanças. Isto tudo foi uma mais valia”*(PGFb2). Acreditam que *“nas suas áreas de intervenção”,* com os projetos em curso, têm *“um peso importante e que irá influenciar a postura e atitude dos outros profissionais, que também terão um papel importante na resolução deste problema do serviço”* (PGFa7);
- Na **profissão**: *“na nossa disciplina cada vez mais vamo-nos afirmar por isso. Quando fazemos alguma coisa, sabemos porquê”* (PGFa3);
- Na **equipa**: *“se calhar isso, leva-nos a reformular outras perguntas, leva-nos a desenvolver outras coisas e outras estratégias e já se vê muitas pessoas e muitos colegas, já a pensarem de forma também diferente.”* (PGFb5); *“... o evoluir dos planos das sessões de formação no final do ano de 2019, comparativamente com o início do ano 2020 e fim de 2018. Analisando aquilo, nota-se que há uma grande evolução na equipa”* (PGFb2);.

Sobre o modelo

Os participantes consideram todos os passos dados durante a implementação deste processo *“uma boa estratégia”* (PGFa6), *“muito bem delineada”* (PGFa5), sendo que *“o caminho é este”* (PGFb1), podendo *“ser replicado”* (PGFa6).

Discussão

Embora os participantes tenham atitudes favoráveis em relação à PBE e acreditem que a investigação contribui para o avanço da enfermagem, adotar uma PBE foi um desafio. Tal como noutros estudos com enfermeiros, os participantes deste estudo, na prática clínica, assumem a importância da PBE, mas consideram o nível de conhecimentos, de crenças e de prontidão organizacional para com a PBE insuficientes (44), assim como demonstram uma baixa capacidade para implementar a PBE (44,235–237), não usando a melhor evidência na prática (16).

Carecendo de estudos em Portugal, verificamos que noutras realidades os gestores acreditam no valor da PBE, mas a sua implementação é relativamente baixa (3). Estes resultados apontam a relação entre as estruturas organizacionais e a adoção e implementação da PBE, o que é desafiante e torna esta instituição, a nível nacional, inovadora. Assume-se, para a realidade portuguesa, uma escassez de recursos humanos e constrangimentos financeiros que tornam a gestão dificultada. Apesar dos gestores assumirem a importância da PBE a sua implementação é baixa, sendo considerada uma baixa prioridade com pouca dotação orçamental (3). A falta de apoio foi identificada como uma das principais barreiras para o comprometimento com a PBE (238).

É importante para os Enfermeiros, sendo realçado pelos participantes, que a liderança de topo e/ ou intermédia esteja comprometida com o processo e incentive a mudança sustentada (239), reforçando-se a necessidade de enculturar a PBE, garantindo uma maior qualidade dos cuidados de saúde e de segurança, com o adequado investimento nos recursos (3). Os administradores deverão criar uma cultura organizacional para preparar e apoiar a PBE, minimizando as barreiras esperadas, otimizando os facilitadores (44). Estes aspetos foram focados pelos participantes, frisando que o plano estratégico está assumido por todos, garantindo uma dinâmica global em torno da melhoria contínua da qualidade e da segurança do cliente, com o estímulo e compromisso da direção para com a mudança.

Foi assumido, um conjunto de pressupostos básicos e tácitos, partilhados por todos (240). Apesar destes pressupostos determinarem perceções e comportamentos grupais, moldando a cultura é importante um esforço contínuo capaz de sustentar a inovação (14): a criação de uma massa crítica de mentores é uma estratégia eficaz para sustentar a mudança (14,70), e a inovação. Os mentores através de estratégias intencionais e de dinamização da equipa e interligação de diferentes projetos, são elementos facilitadores da mudança (70), tal como verificado no presente estudo.

O compromisso com a melhoria contínua da qualidade, com a segurança e com a inovação é desafiador para os hospitais. Os comportamentos inovadores estão associados ao

empoderamento estrutural e psicológico: empoderamento psicológico medeia empoderamento estrutural e o comportamento inovador, havendo relação entre o poder informal e o impacto como mais fortes determinantes deste comportamento (217). Perante diferentes situações existe uma reação emocional do enfermeiro.

As estruturas sociais dentro das organizações influenciam as atitudes dos colaboradores: sistemas formais e informais promovem o acesso à informação, suporte, recursos e oportunidades (111). Nesta instituição, tal como descrito neste estudo, existe uma preocupação com a promoção destas estruturas, através da capacidade de mobilizar recursos e alcançar objetivos através do acesso à informação (conhecimento sobre políticas organizacionais, informação técnica e conhecimentos necessários para o desempenho profissional), apoio (*feedback* e orientação de subordinados, pares e superiores), recursos (capacidade de acederem a recursos e materiais necessários para atingir os objetivos organizacionais) e oportunidades para aprendizagem e desenvolvimento. O empoderamento psicológico medeia o empoderamento estrutural e os resultados, nomeadamente com a crença de um indivíduo nas suas capacidades para realizar atividades de forma proficiente (competência) e na sensação de capacidade de influenciar resultados importantes do trabalho (impacto) (120).

A forma como os enfermeiros veem os seus ambientes de trabalho e a eles reagem potencia a autonomia, a satisfação profissional, a satisfação do cliente, maior qualidade dos cuidados e maior compromisso (126,134,171,201), influenciando a adoção de PBE (178,185), existindo uma relação positiva entre as crenças positivas para com a PBE com o Empoderamento Profissional (170,185).

A cultura organizacional, a abertura à inovação, a cultura de aprendizagem está associada ao sucesso da implementação da evidência (241). A liderança transformadora, cujos traços são visíveis no discurso dos participantes e a adoção de medidas promotoras de aprendizagem, de motivação, facilitadora da mudança foi fundamental para o sucesso deste projeto (241).

Neste estudo, entre as barreiras e os facilitadores à PBE, os recursos humanos e materiais assumem uma particular importância, devendo haver uma preocupação dos gestores para com os mesmos (239): tempo disponibilizado para a prática clínica *versus* tempo disponibilizado para a pesquisa, recursos humanos e dotações seguras, equipamentos informáticos e recursos formativos, tal como relatado pelos participantes. Estas características estão interrelacionadas e parecem funcionar sinergicamente para dificultar ou promover o processo de implementação (241).

Estas questões assumem especial importância pelas alterações na organização do serviço de saúde motivadas pela COVID-19. Existe um maior risco de lesões e de problemas de saúde mental, assim como uma maior sobrecarga física pelo aumento do número de clientes (242). Do nosso conhecimento, foi a primeira vez que este facto foi descrito como barreira ao processo em curso, com a mudança de foco de atendimento que ocorreu. No entanto, os participantes consideram que, neste momento, a equipa encontra-se motivada e que esta barreira terá sido ultrapassada. O aumento da carga de trabalho foi descrito noutros estudos como uma barreira percebida à PBE (243).

Sendo os conhecimentos uma das barreiras mais frequentemente encontradas à PBE (15,243), é essencial um programa de educação estruturado sobre PBE (14), sendo que, neste estudo, foi reportado que a periodicidade do plano formativo é vista como positiva, permitindo o incentivo, a colaboração e a partilha (239): os mentores participaram em todas as sessões, participando ativamente nas mesmas. A partilha e as relações colaborativas foram realçadas pelos participantes, sendo considerado fundamental para o sucesso do processo pedagógico e aplicabilidade do mesmo (241,243).

Os participantes referem, ainda, como potenciais barreiras a prática baseada na tradição e como potenciais forças o trabalho em equipa e reflexão, a motivação, a formação e o treino (239,241,244). Acreditam que têm, atualmente, uma prática mais reflexiva, apoiada na evidência, acreditando ser capazes de adotar cuidados baseados na evidência, dada a relação positiva na qualidade dos cuidados (245). Existe, neste contexto, uma valorização da investigação e da PBE, consideradas aliadas na prática clínica.

Os grupos de mentores estavam em diferentes fases do processo, prévio às alterações organizacionais nos hospitais, pelo que nem todos implementaram a evidência. O conhecimento, as crenças e a prontidão organizacional, aspetos focados pelos participantes como alvo de melhoria com o processo em curso, estão correlacionados com a implementação de PBE (44). Apesar disto, os participantes consideram o modelo e a metodologia adequada e com capacidade de se obterem resultados positivos (3).

Destes discursos poderemos assumir uma mudança, nomeadamente de dinâmica, de novos procedimentos, com uma mudança de paradigma de orientação da prática, existindo um forte compromisso da instituição e dos profissionais para com a transição. O foco passa pelo posicionamento ativo de si próprio e dos recursos visando alcançar o proposto. Estas transições afetam a forma de interação do Enfermeiro com a prática clínica, permitindo a aquisição de competências que permitem o desempenho de um novo papel (143,146), como mentores.

Neste percurso foi perceptível a consciencialização dos mentores e o compromisso para com o processo e a importância atribuída aos recursos, como sendo capazes de influenciar as novas funções e as transições de papel.

Os líderes poderão otimizá-los, apoiando e sustentando esta mudança organizacional através do: reconhecimento de competências e conhecimentos como recursos, e competências organizacionais na utilização de outros recursos para o desempenho do papel como mentor; do apoio no estabelecimento do foco e na adaptação às diferentes situações organizacionais; auxílio ao mentor no papel próprio de transição e ao mentor como facilitador da transição.

Os participantes denotam ainda domínio do novo papel, sendo reconhecidos pelos pares como mentores: ganho de habilidades e competências necessárias ao novo papel (146).

A generalização dos resultados deste estudo é limitada porque é restrita a um grupo de participantes, previamente selecionados pela instituição, de acordo com características pessoais e profissionais que poderão auxiliar no papel de liderança informal.

Empoderamento profissional e PBE na instituição

Como descrito, as sessões de educação terminariam com a implementação dos dados extraídos na prática clínica e disseminação da informação pelos mentores aos seus pares. No entanto, o agravar da situação epidemiológica motivada pela pandemia por COVID-19 condicionou este objetivo, inicialmente traçado. Por um lado, começaram a existir algumas limitações na circulação de elementos externos às instituições prestadoras de cuidados de saúde e, por outro, um grande número de casos ocorreu, inicialmente, na zona de influência deste hospital.

No entanto, os dados que emergiram das reuniões de discussão focalizada apontavam o impacto positivo do programa educativo sentido pelos mentores e pelos gestores intermédios, na gestão da informação relativamente a esta pandemia, nomeadamente na pesquisa e na avaliação da evidência.

Assim, tal como inicialmente proposto, os instrumentos de recolha de dados aplicados na fase “descrição”, foram novamente aplicados, sendo realizada uma descrição e correlação entre o Empoderamento Profissional dos enfermeiros e os conhecimentos, habilidades e competências, as práticas e as atitudes da PBE, pretendendo identificar potenciais diferenças, nomeadamente na:

1. relação entre as variáveis sócio demográficas (género, idade, estado civil, habilitações académicas e profissionais, tempo de experiência profissional, tempo na instituição, tempo no serviço) e os conhecimentos, habilidades e competências, as práticas e as atitudes da PBE;
2. relação entre as variáveis sócio demográficas (género, idade, estado civil, habilitações académicas e profissionais, tempo de experiência profissional, tempo na instituição, tempo no serviço) e o Empoderamento estrutural;
3. relação entre as variáveis sócio demográficas (género, idade, estado civil, habilitações académicas e profissionais, tempo de experiência profissional, tempo na instituição, tempo no serviço) e o Empoderamento psicológico;
4. relação entre as dimensões de Empoderamento Estrutural (oportunidade, informação, suporte e recursos) e as dimensões de Empoderamento Psicológico (autodeterminação, competência, confiança, sentido e impacto);
5. relação entre as dimensões de Empoderamento Estrutural (oportunidade, informação, suporte e recursos) e os conhecimentos, habilidades e competências, as práticas e as atitudes da PBE;

6. relação entre as dimensões de Empoderamento Psicológico (autodeterminação, competência, confiança, sentido e impacto) e os conhecimentos, habilidades e competências, as práticas e as atitudes da PBE.

População e amostra

A população-alvo foram todos os enfermeiros a desempenharem funções no centro hospitalar, sendo o procedimento de amostragem inclusivo: todos os indivíduos da população-alvo foram convidados a participar no estudo, não havendo critérios de exclusão. O instrumento de recolha de dados (Anexo 3) foi transcrito para formato digital, com recurso a uma plataforma para criação de questionários, sendo enviados para os participantes digitalmente, por razões de segurança impostas pela situação epidemiológica. Uma primeira mensagem foi enviada pelo gestor de topo para todos os enfermeiros, usando os canais internos de comunicação, alertando para o envio e continuidade do estudo em curso. Uma segunda mensagem, pelos mesmos canais (mensagem de correio eletrónico e portal interno) foi enviada a alertar para a data de envio.

A acompanhar o instrumento de recolha de dados, foi enviada toda a informação relativa ao estudo, incluindo a declaração de consentimento informado (Anexo 2).

Foi obtida uma amostra de 215 enfermeiros. Foram adotadas medidas para proteger a identidade dos participantes, tendo apenas acesso à base de dados o investigador principal e outro investigador nomeado para o efeito.

Instrumento de recolha de dados

O instrumento de recolha de dados foi descrito na fase “descrição”, incluindo o “Questionário de Eficácia das Condições de Trabalho”, o “Instrumento de Empoderamento Psicológico” e o “Questionário de Eficácia Clínica e Prática Baseada na Evidência – 20 itens”, precedidos de questões sobre o perfil demográfico dos participantes, incluindo idade, sexo, estado civil, duração da experiência clínica e qualificações académicas e profissionais.

Análise dos dados

Em todas as análises, considerou-se um nível de significância de $\alpha = 0,05$. Os dados foram introduzidos e analisados utilizando o SPSS versão 25.0.

A descrição dos *outcomes* (dimensões e escala total) foi efetuada com recurso às medidas de tendência central e de dispersão. A descrição das características sociodemográficas da amostra foi realizada usando medidas de tendência central e dispersão (para variáveis quantitativas) e frequências absolutas e relativas (para variáveis qualitativas). A descrição dos resultados (dimensões e escala total) foi conduzido com recurso a média e padrão desvio (DP). A avaliação da associação entre cada *outcome* (dimensões e escala total) e as variáveis sociodemográficas foi efetuada com recurso ao teste de t de Student ou ANOVA (variáveis qualitativas) e coeficiente de correlação de Pearson (variáveis quantitativas). No caso da ANOVA, o teste de Scheffe foi usado para efetuar comparações múltiplas. A avaliação da associação entre os diferentes *outcomes* (dimensões e escala total) foi efetuada com recurso ao coeficiente de correlação de Pearson.

A identificação de potenciais fatores associados com o empoderamento (escala total) foi efetuada com recurso à análise de regressão linear. Numa primeira fase, foram elaborados modelos univariados. Em função dos resultados obtidos, bem como da identificação de problemas de multicolineariedade (usando o indicador VIF), foi construído o modelo multivariável (ajustado).

Perfil demográfico dos participantes

Tendo em conta os objetivos que nortearam a aplicação deste instrumento, nesta fase, optamos por, nas tabelas seguintes, apresentarmos os dados obtidos nesta fase e na fase anterior (fase 2- descrição).

A amostra (tabela 16) foi composta por 215 enfermeiros, com uma média de idades de 39 anos ($DP = 8,2$ anos). A maioria dos participantes eram mulheres ($n = 180$; 83,7%); 169 (78,6%) participantes eram casados; 32 (14,8%) eram solteiros; 11 (5,1%) eram separados; e apenas 3 (1,4%) eram viúvos. Em relação às qualificações académicas, a maioria dos participantes era licenciado ($n = 187$; 87%), e 28 (13%) detinham um mestrado.

Quanto às qualificações profissionais, 89 participantes (41,4%) tinha um curso de especialização em enfermagem (CPLEE) reconhecido pela Ordem dos Enfermeiros; 47 (21,9%) tinha um curso de pós-graduação (PG) e 25 (11,6%) um CPLEE e PG. O tempo médio de prática profissional foi de 14,9 anos ($AIQ = 12,6$ anos), e o tempo médio de prática profissional no local atual foi de 7 anos ($AIQ = 13,1$ anos).

Tabela 17: Descrição das variáveis sociodemográficas da amostra nas fases "implementação" e "descrição"

Variável	Fase "Implementação"	Fase "Descrição"
Idade, média (dp)	39,0 (8,2)	38,65 (7,92)
Sexo		
Feminino (%)	180 (83,7)	300 (82,4)
Masculino (%)	35 (16,3)	64 (17,6)
Estado civil		
Solteiro (%)	32 (14,9)	78 (21,7)
Casado/União de facto (%)	169 (78,6)	258 (71,9)
Separado (%)	11 (5,1)	21 (5,8)
Viúvo (%)	3 (1,4)	2 (0,6)
Habilitações académicas		
Bacharelato (%)	-	10 (2,8)
Licenciatura (%)	187 (87,0)	317 (87,6)
Mestrado (%)	28 (13,0)	35 (9,7)
Habilitações Profissionais		
Licenciatura (%)	54 (25,1)	220 (59,8)
Especialidade (%)	47 (21,9)	70 (19,0)
Pós-graduação (%)	89 (41,4)	42 (11,4)
Especialidade + Pós-graduação (%)	25 (11,6)	36 (9,8)
Tempo de exercício profissional, mediana (AIQ)	179,52 (151,44)	178,0 (150,25)
Tempo de exercício no trabalho atual, mediana (AIQ)	84 (157,68)	128,5 (150,75)

A pontuação total da escala de empoderamento psicológico variou entre 27 e 84, com um valor médio de 68,2 ($DP = 9,0$); a dimensão com a pontuação média mais alta foi "sentido", e que com a pontuação média mais baixa foi "impacto". No que diz respeito ao empoderamento estrutural, a pontuação total variou entre 9,17 e 29,67, com um valor médio de 20,8; a maior dimensão foi "oportunidade", e o mais baixo foi "recursos"; os participantes enfatizaram a dimensão informal.

A análise descritiva da amostra com base nas pontuações das escalas e as respectivas dimensões avaliadas são resumidas na tabela 17.

Tabela 18: descrição dos outcomes da amostra em estudo, relativamente a Empoderamento Profissional nas fases "Implementação" e "Descrição"

Fase "Implementação":		Fase "Descrição":
Mínimo – Máximo (Média; DP)		Mínimo – Máximo (Média; DP)
D1 – Sentido	8-21 (19,3; 2,4)	3-21 (18,5; 2,7)
D2 – Competência	6-21 (18,4; 2,4)	3-21 (18,3; 2,4)
D3 - Autodeterminação	3-21 (16,0; 3,2)	5-21 (15,3; 3,0)
D4 – Impacto	3-21 (18,2; 9,0)	3-21 (14,0; 3,2)
Total	27-84 (68,2; 9,0)	20-84 (66,2; 8,9)
D1 – Oportunidade	1-5 (3,89; 0,85)	1-5 (3,6; 0,8)
D2 – Informação	1-5 (3,73; 0,79)	1-5 (3,1; 0,8)
D3 – Suporte	1-5 (3,28; 0,93)	1-5 (3,0; 0,8)
D4 – Recursos	1-5 (3,15; 0,86)	1-5 (2,7; 0,8)
D5 – Poder formal	1-5 (2,99; 0,92)	1-5 (2,5; 0,8)
D6 – Poder informal	1-5 (3,77; 0,73)	1.25-5 (3,5; 0,7)
Total	9,17-29,67 (20,80; 0,91)	8,17- 29,5 (18,6; 3,3)

No que diz respeito ao questionário de eficácia clínica e PBE – 20 itens, a pontuação total média foi de 5,05; a maior dimensão foi "atitudes", e a mais baixa foi "práticas". A análise descritiva da amostra com base na pontuação da escala e as respectivas dimensões avaliadas são resumidas na tabela 18.

Tabela 19: descrição dos outcomes em estudo para o QCEPBE-20 nas fases "Implementação" e "Descrição"

Fase "Implementação": Média (DP)	Fase "Descrição": Média (DP)
Práticas 4,65 (1,30)	4,5 (1,3)
Atitudes 6,07 (0,87)	5,7 (1,2)
Conhecimentos, Habilidades/ Competências 4,99 (0,96)	4,9 (0,8)
Total 5,05 (0,91)	4,9 (0,7)

Associação entre outcomes

As tabelas seguintes (19 e 20) apresentam a associação entre os diferentes *outcomes* em estudo (dimensões e escala total), verificando-se uma correlação positiva entre todas as dimensões de empoderamento psicológico e escala total e as “Práticas”, “Atitudes”, “Conhecimentos, habilidades/ competências”. As dimensões “sentido”, “autodeterminação”, “impacto” e total da escala de empoderamento psicológico correlacionam-se positivamente com todas as dimensões de empoderamento estrutural e escala total. A dimensão “competência” correlaciona-se positivamente com as dimensões “informação”, “poder informal” e escala total de empoderamento estrutural.

Ainda, verifica-se uma correlação positiva entre todas as dimensões de empoderamento estrutural e escala total e as “Práticas”, “Atitudes”, “Conhecimentos, habilidades/ competências”.

Tabela 20: Associação entre outcomes (dimensões e escala total)

	Empoderamento psicológico				
	Sentido	Competência	Autodeterminação	Impacto	Total
Eficácia das condições de trabalho					
Oportunidade	0,358 (p<0,001)	0,105 (p=0,125)	0,368 (p<0,001)	0,384 (p<0,001)	0,395 (p<0,001)
Informação	0,452 (p<0,001)	0,374 (p<0,001)	0,472 (p<0,001)	0,402 (p<0,001)	0,536 (p<0,001)
Suporte	0,279 (p<0,001)	0,097 (p=0,157)	0,409 (p<0,001)	0,453 (p<0,001)	0,413 (p<0,001)
Recursos	0,248 (p<0,001)	0,084 (p=0,222)	0,304 (p<0,001)	0,388 (p<0,001)	0,340 (p<0,001)
Poder formal	0,256 (p<0,001)	0,056 (p=0,413)	0,440 (p<0,001)	0,450 (p<0,001)	0,406 (p<0,001)
Poder informal	0,412 (p<0,001)	0,320 (p<0,001)	0,500 (p<0,001)	0,556 (p<0,001)	0,578 (p<0,001)
Total	0,413 (p<0,001)	0,206 (p=0,002)	0,519 (p<0,001)	0,549 (p<0,001)	0,551 (p<0,001)
Eficácia clínica e prática baseada na evidência					
Práticas	0,352 (p<0,001)	0,331 (p<0,001)	0,318 (p<0,001)	0,426 (p<0,001)	0,453 (p<0,001)
Atitudes	0,392 (p<0,001)	0,351 (p<0,001)	0,329 (p<0,001)	0,362 (p<0,001)	0,448 (p<0,001)
Conhecimentos	0,384 (p<0,001)	0,441 (p<0,001)	0,295 (p<0,001)	0,357 (p<0,001)	0,457 (p<0,001)
Total	0,431 (p<0,001)	0,450 (p<0,001)	0,356 (p<0,001)	0,443 (p<0,001)	0,525 (p<0,001)

Tabela 21: Associação entre outcomes (dimensões e escala total)

	Eficácia clínica e prática baseada na evidência			
	Práticas	Atitudes	Conhecimentos	Total
Eficácia das condições de trabalho				
Oportunidade	0,366 (p<0,001)	0,175 (p=0,010)	0,196 (p=0,004)	0,297 (p<0,001)
Informação	0,447 (p<0,001)	0,362 (p<0,001)	0,425 (p<0,001)	0,492 (p<0,001)
Suporte	0,427 (p<0,001)	0,229 (p=0,001)	0,303 (p<0,001)	0,394 (p<0,001)
Recursos	0,320 (p<0,001)	0,188 (p=0,006)	0,222 (p=0,001)	0,294 (p<0,001)
Poder formal	0,382 (p<0,001)	0,233 (p=0,001)	0,241 (p<0,001)	0,338 (p<0,001)
Poder informal	0,433 (p<0,001)	0,296 (p<0,001)	0,387 (p<0,001)	0,455 (p<0,001)
Total	0,496 (p<0,001)	0,306 (p<0,001)	0,366 (p<0,001)	0,470 (p<0,001)

Fatores associados ao empoderamento

Na tabela 22, são apresentados os modelos univariados (não ajustado) e os modelos multivariáveis (ajustados) considerando a escala total de empoderamento como variável dependente. Os tempos foram convertidos para meses (dividindo o valor por 30,5), para ser possível analisar os resultados no modelo; o tempo de exercício foi excluído do modelo final por estar muito correlacionado com a idade.

No modelo final, a idade, as “práticas” e as “atitudes” explicam 31,5% da variância, sendo explicada pela idade e Escala de total de PBE 29,1% da variância.

Tabela 22: Modelos univariados e multivariável.

Empoderamento	Não ajustado			Modelo 1 Ajustado			Modelo 2 Ajustado		
Escala total	B (ep)	IC 95%	p	B (ep)	IC 95%	p	B (ep)	IC 95%	p
Idade	0,172 (0,075)	0,024-0,320	0,023	0,152 (0,072)	0,010-0,294	0,036	0,146 (0,073)	0,002-0,290	0,047
Sexo									
Feminino	0,255 (1,674)	-3,045-3,555	0,879	1,090 (1,399)	-1,667-3,847	0,437	1,187 (1,411)	-1,594-3,967	0,401
Masculino	Ref.	-	-	-	-	-	-	-	-
Habilitações acadêmicas									
Licenciatura	Ref.	-	-						
Mestrado	0,625 (1,836)	-2,994-4,244	0,734						
Habilitações Profissionais									
Não	Ref.	-	-						
Especialidade	-2,158 (1,794)	-5,695-1,379	0,230						
Pós-graduação	0,407 (1,551)	-2,651-3,465	0,793						
Especialidade + Pós-graduação	2,778 (2,176)	-1,511-7,067	0,203						
Tempo de exercício profissional (meses)	0,016 (0,006)	0,005-0,027	0,006						
Tempo de exercício no trabalho atual (meses)	0,009 (0,004)	0,001-0,017	0,022	0,003 (0,004)	-0,004-0,010	0,417	0,003 (0,004)	-0,005-0,010	0,442
Departamento									
Cirúrgico	Ref.	-	-						
Mulher e Criança	4,247 (2,357)	-0,400-9,893	0,073						
Ambulatório e Ligação Funcional	3,977 (2,357)	-0,669-8,624	0,093						
Urgência e Emergência, Cuidados Intensivos	2,109 (2,087)	-2,006-6,224	0,313						
Médico	3,020 (1,856)	-0,639-6,678	0,105						
Outro	1,324 (3,555)	-5,685-8,332	0,710						
D1 – Práticas	3,138 (0,423)	2,303-3,972	<0,001	1,752 (0,514)	0,740-2,765	0,001			
D2 – Atitudes	4,682 (0,640)	3,421-5,943	<0,001	2,829 (0,700)	1,450-4,208	<0,001			
D3 – Conhecimentos	4,317 (0,576)	3,181-5,452	<0,001	1,408 (0,760)	-0,090-2,905	0,065			
Escala Total QCEPBE	5,243 (0,582)	4,096-6,391	<0,001				5,232 (0,578)	4,092-6,371	<0,001

B: coeficiente de regressão; ep: erro padrão; IC: intervalo de confiança

Discussão

A caracterização demográfica dos participantes é similar à da fase “descrição”, assumindo-se as diferenças, nomeadamente nas variáveis dependentes do tempo como reflexo do tempo passado entre a aplicação do instrumento de recolha de dados, nas duas fases.

Relativamente ao empoderamento psicológico, os valores mínimo e médio da fase “implementação” são ligeiramente superiores, comparativamente à fase “descrição”. Relativamente ao empoderamento estrutural, verificamos que as dimensões mais pontuadas (“sentido” e “oportunidade”) e menos pontuadas (“impacto” e “recursos”) são as mesmas em ambas as fases, congruente com outros estudos (133,171,200,201).

Estes resultados são relevantes, após o período vivido na instituição, com um aumento da carga de trabalho e consumo de recursos motivados pela situação epidemiológica vivida com a pandemia por COVID-19, na qual este centro hospitalar esteve no epicentro dos primeiros surtos comunitários. Neste sentido, poderá existir um aumento da sobrecarga física provocada pelo aumento do número de clientes (242). Concomitantemente, os recursos são uma das barreiras frequentemente reportadas à PBE, pelo que poderão influenciar a adoção de comportamentos congruentes com a mesma (15,48).

Os resultados obtidos nesta fase são consistentes com outros estudos e congruentes com os dados que emergiram das reuniões de discussão focalizada.

Nas duas fases, no QECPBE–20, a dimensão mais pontuada foi “atitudes” e a menos pontuada foi “prática” (204), sendo a pontuação total média ligeiramente superior. Estes dados poderão ser explicados pela possível influência dos mentores nos diferentes serviços, contribuindo para uma adequada gestão da informação produzida.

Existe uma prática mais reflexiva pelos mentores, contribuindo para uma mudança dos valores atribuídos à PBE pelos pares, assumindo-se como impulsionadores da mudança (70,187,228). Talvez, estes resultados, possam refletir essa ação conjunta, entre mentores e enfermeiros, que são reconhecidos como tal pelos seus pares, possibilitando enculturar a PBE, podendo-se assumir a partilha, referida pelos mentores nas reuniões efetuadas, como um dos aspetos diferenciadores.

Existem outros fatores que poderão explicar a relação entre empoderamento profissional e as práticas, atitudes, conhecimentos e competências de PBE que não foram alvo de análise, podendo-se direccionar diferentes modelos de intervenção, nomeadamente as estratégias de liderança promotoras de empoderamento, e enfoque na confiança, na mentoria e na carga de trabalho (246).

O tipo de liderança combinado com o empoderamento, são preditores da transferência do conhecimento (183), podendo-se associar a autonomia (6,247), as relações de trabalho (247), o capital social (248), os valores éticos, o envolvimento, o profissionalismo, a recompensa monetária, o compromisso com a qualidade e o pensamento estratégico capazes de influenciar esta relação, impactando a qualidade dos cuidados (249).

Limitações

A metodologia adotada foi considerada adequada para responder ao objetivo proposto. Quando se verificou a saturação de dados começou-se a codificação, que foi realizada pelo investigador principal e verificada e discutida com dois investigadores peritos na metodologia, tendo encontrado um alto nível de concordância entre os investigadores. Uma possível explicação para a falta de casos extremos pode estar relacionada com o tema: relativamente novo para os participantes, prévio ao início do estudo e com formação e treino em PBE durante o período que antecedeu estas reuniões.

A generalização dos resultados deste estudo é limitada porque é restrita a um grupo de participantes, previamente selecionados pela instituição participante.

Ainda, a generalização dos resultados a nível hospitalar é limitada pelo não emparelhamento da amostra, podendo não refletir a evolução individual, fornecendo uma imagem coletiva. Do mesmo modo, poderão existir fatores que influenciem a relação entre empoderamento e as práticas, atitudes e conhecimentos/ habilidades de PBE, que não foram avaliados neste estudo.

Considerações sobre a “Implementação” no contexto deste estudo

O Modelo ARCC® é um modelo desenhado para avançar na implementação e sustentabilidade da PBE. Uma das estratégias fundamentais é o desenvolvimento de uma massa crítica de mentores que auxiliam na implementação, consistente e sustentada, da evidência, com o aumento das crenças e fortalecimento da cultura de PBE. Os mentores são uma estratégia positiva para apoiarem os diferentes membros da equipa na mudança da prática.

Estes resultados demonstram que este modelo e o programa de formação e treino tem efeitos positivos na perceção dos enfermeiros sobre a cultura organizacional e prontidão para a PBE, nas suas crenças e implementação de PBE. Do mesmo modo, verifica-se a relação entre a cultura organizacional e a implementação da PBE. Estes dados corroboram outros estudos, que demonstram que os mentores poderão auxiliar na maior implementação da PBE. Assim, dados os constrangimentos financeiros às quais as instituições de saúde não estão imunes, é importante um investimento para a mudança cultural, possibilitando o retorno financeiro decorrente dos ganhos de uma PBE.

Reflexão geral

A exigência associada aos cuidados de saúde é crescente e, desta forma, são colocados, diariamente, novos objetivos/desafios aos enfermeiros. Atingir estes objetivos está dependente, por um lado, do pensamento crítico e da capacidade do enfermeiro questionar e procurar, adequadamente, as respostas para as suas questões e, por outro, das características organizacionais e da promoção de ambientes que possam auxiliar a dar resposta a esses objetivos.

Explorar o estado atual do conhecimento científico relacionado com o empoderamento profissional e a PBE, e descrever esses achados, desenvolvendo um mapa conceptual do conhecimento nesta área, permitiu conhecer as necessidades e os desafios que os investigadores e enfermeiros enfrentam, nesta área do conhecimento e, paralelamente, refletir sobre as implicações e interações entre ambos os temas.

Na figura 11 apresentamos uma síntese das opções metodológicas e análises efetuadas nas diferentes etapas constituintes deste estudo, de forma a dar resposta aos objetivos delineados. Com este percurso, pretendemos rever o conhecimento produzido, descrever a realidade em estudo e implementar um modelo de PBE, descrendo, detalhadamente, este processo.

Neste percurso, as diferentes etapas são indissociáveis. A identificação de toda a investigação primária, recolhida de acordo com os critérios definidos, permitiu identificar a relação existente entre empoderamento profissional e a PBE (*cf.* Capítulo 1 - Revisão) e, a descrição das relações entre empoderamento estrutural e empoderamento psicológico e entre empoderamento profissional e os conhecimentos, habilidades e competências, as práticas e as atitudes de PBE (*cf.* Capítulo 2 - Descrição), permitiu gerar conhecimento que subsidiou o planeamento da etapa “Implementação”. Nesta terceira etapa pretendemos conhecer a cultura organizacional, as forças e as barreiras à PBE e explorar a perceção sobre a promoção e sustentação da PBE e sobre os resultados organizacionais e individuais que advêm da implementação do modelo ARCC® (*cf.* Capítulo 3 - Implementação).



Figura 7: tipo de estudo, objetivos e métodos de análise das diferentes etapas.

Sendo um campo relativamente novo e, até há pouco tempo, bastante negligenciado no sector da saúde, ainda escasseiam estudos sobre a implementação da evidência (26). A divulgação e a implementação de evidência é uma prioridade nos cuidados de saúde (25), sendo importante reduzir o hiato entre a investigação e a prática (26). Se, por um lado, o corpo de conhecimento em Enfermagem continua a crescer, por outro pode ser um desafio implementá-lo, em contexto clínico. Apesar de existir uma familiarização do conceito de PBE por parte dos enfermeiros, acreditando no seu valor (16,45,49), os conhecimentos ainda são inconsistentes (44).

A tradução da evidência para a prática clínica é muitas vezes lenta e incompleta, razão pela qual muitos clientes não recebem os cuidados adequados (56), apesar do *Institute of Medicine* (178) defender que, em 2020, 90% das decisões clínicas deveriam basear-se em evidências. Após a publicação deste relatório, alguns hospitais desenvolveram programas para aquisição de competências e implementação da PBE, incluídos no plano estratégico, visando a enculturação da PBE (180,184).

Neste sentido, o foco dos processos de implementação deve ser a compreensão dos mesmos e das estratégias que influenciem a adoção e integração de intervenções baseadas em evidência (25), nomeadamente organizacionais. Algumas das falhas estão identificadas, nomeadamente os recursos (humanos e financeiros) e orientações políticas (26), pelo que a implementação requer o envolvimento das partes interessadas, devendo ser colaborativa, visando enfrentar os complexos desafios da implementação (26), inerentes à complexidade das redes sociais (56).

A criação de ambientes estruturados e da promoção do acesso ao suporte, oportunidade, informação e recursos, é fundamental para o sucesso do processo (130). Deste modo, o enfermeiro, sendo capaz de mobilizar os recursos necessários para atingir os objetivos, é o mais habilitado a desempenhar, profissionalmente, determinada tarefa, obtendo-se ganhos de qualidade, efetividade e segurança dos cuidados (83,250,251). Profissionais empoderados são profissionais comprometidos com a instituição e com a profissão e disciplina, com menor insatisfação profissional (171).

Assim, depreende-se que a cultura organizacional tem influência nos resultados, nomeadamente na qualidade dos cuidados, no envolvimento e planeamento estratégico e no profissionalismo (134), sendo um facilitador da implementação da PBE (15). Este pode ser um processo demorado, exigindo-se tempo para o sustentar (187), pelo que a criação de uma massa crítica de mentores, que funcionarão como disseminadores da PBE, é uma estratégia com um efeito positivo.

As características organizacionais e individuais poderão atuar como barreiras e facilitadores ao uso da PBE, existindo uma relação direta entre empoderamento profissional e PBE, tal como descrito no Capítulo “Revisão”. A liderança e o suporte à liderança, o empoderamento profissional, os conhecimentos, os recursos e a carga de trabalho poderão influenciar o uso da PBE (15,191,192). Do mesmo modo, existe uma relação positiva entre empoderamento profissional e comprometimento profissional, qualidade dos cuidados e satisfação do trabalho (133,171,199).

Nesta instituição, os enfermeiros sentem-se moderadamente empoderados, havendo correlação positiva entre empoderamento estrutural e psicológico, enfatizando mais as “oportunidades” e o “sentido”, respetivamente. A dimensão menos enfatizada foram os “recursos” o que se pode explicar com os constrangimentos financeiros sobre a política de saúde, nomeadamente com diferentes departamentos a aumentarem a produção e a não se recrutarem profissionais (214,215), o que pode aumentar a sobrecarga dos profissionais e condicionar a qualidade dos cuidados.

Aliás, os recursos estão relacionados com as práticas e os conhecimentos de PBE, pelo que a tentativa de se resolver esta questão é passível de aumentar o comprometimento, aumentar a satisfação profissional, reduzir o stress e o *burnout* e, aumentar a qualidade dos cuidados (170,171,207,208). É, neste sentido, importante mudar o paradigma vigente e assumir que deverá ser adequada a importância atribuída pelos gestores à PBE (3) com a adequada dotação orçamental.

Neste sentido, da promoção dos facilitadores e da inibição das barreiras surgem ganhos tangíveis e mensuráveis, para o cliente, para o enfermeiro e para a organização. Os líderes intermédios e de topo, ao investirem nesta relação, ao promoverem o acesso a estas estruturas, promovem também a PBE e a sua implementação. Para tal, deverão todos estarem conscientes da mudança e da necessidade da mesma dado que adoção a novas políticas e/ou procedimentos poderá estar associada a mudança nas estruturas e/ou dinâmicas organizacionais (178,179,182,184).

Considera-se que se vivencia um processo de transição (146), havendo a adoção de novos papéis e competências (178), sofrendo influência das expectativas e do ambiente organizacional. Uma transição do tipo organizacional está associada a mudanças relacionadas com a melhoria contínua ou a alteração de papéis ou rotinas de trabalho (146). A figura 8 ilustra o modelo explicativo da teoria das transições (143,146), com adaptação às transições do tipo organizacional.

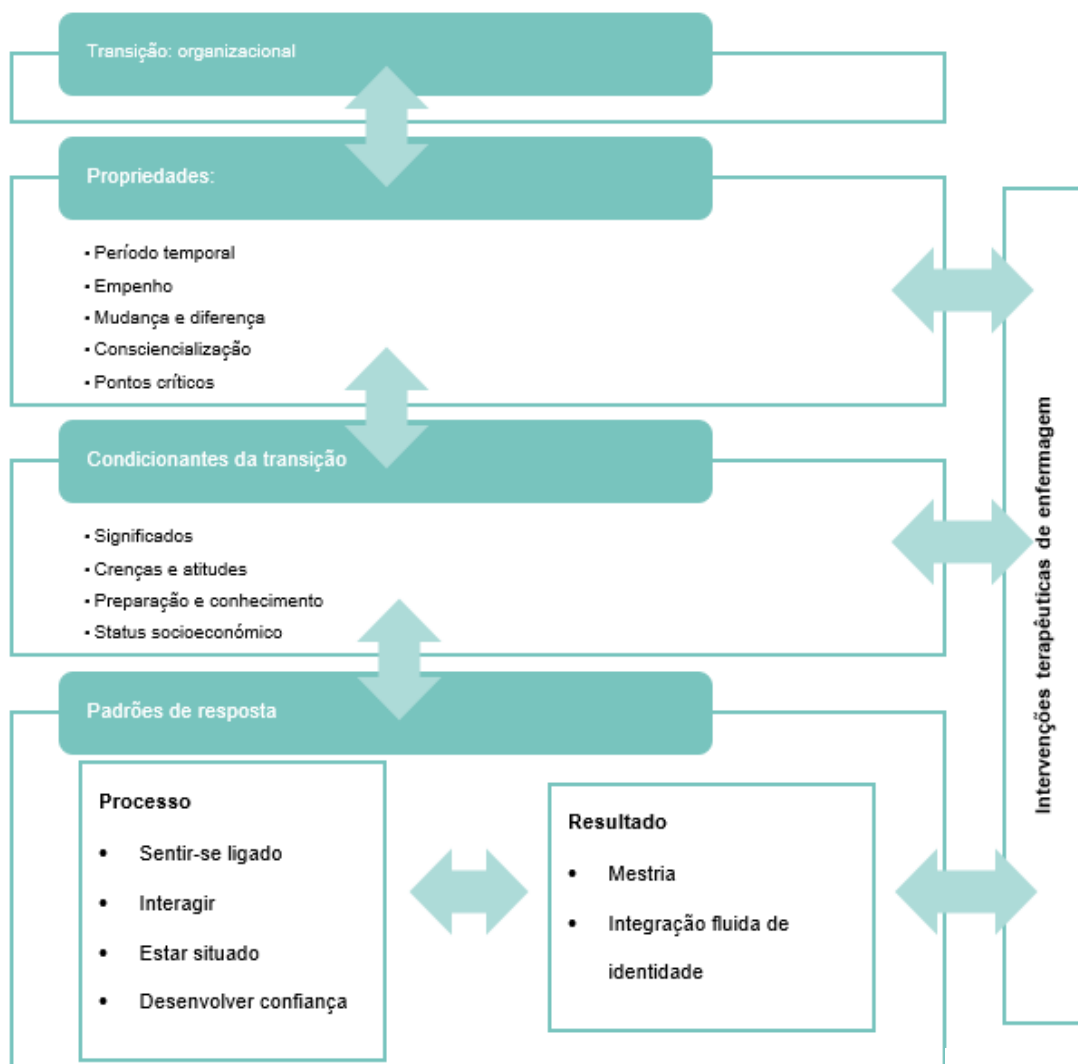


Figura 8: Teoria das transições de Meleis (esquema adaptado)

Um processo de transição caracteriza-se pela singularidade, complexidade e múltiplas interações, sendo o resultado de mudanças, pressupondo-se o seu conhecimento e reconhecimento (146). Esta instituição e os participantes deste estudo, reconheceram a instituição como estando a mudar e todos assumem fazerem parte da mudança, estando envolvidos, ativamente, neste processo. Os líderes (de topo e intermédios), assim como os mentores consideram a mudança essencial, de forma a se adaptarem às demandas crescentes dos cuidados de saúde, sendo capaz de potenciar a qualidade.

Durante todo o processo de implementação do modelo ARCC® mostraram-se empenhados, proactivos, questionando e procurando respostas, assumindo-se como elementos capazes de sustentar a mudança na instituição: fluxo ao longo do tempo, podendo haver períodos de instabilidade até se garantir a estabilidade (143).

Este fluxo exige atenção pois a existência de pontos críticos (associados à mudança ou ao envolvimento) poderá exigir adequadas intervenções, pois corresponde a maior vulnerabilidade dos indivíduos.

Neste sentido é necessário compreender os condicionantes pessoais, nomeadamente, a reformulação da identidade, o domínio de novas habilidades e alteração de comportamentos (143). O grupo de mentores assume-se como tal, sendo reconhecidos pelos pares como mentores, inerente ao ganho de habilidades e competências (146).

Apesar de considerarem necessidade de adquirirem conhecimentos, afirmam que a informação veiculada durante o processo formativo foi importante, nomeadamente na gestão da prática clínica durante a pandemia por COVID-19. Ainda, consideram ter alterado a prática, nomeadamente por estarem despertos para a necessidade de questionamento sobre a prática com pesquisa de evidência adequada.

A preparação e o conhecimento prévio facilitam a experiência de transição, considerando-se, no entanto, que o plano de formação, sendo elaborado colaborativamente com os investigadores locais e sendo direcionado para os interesses dos diferentes serviços, foi eficaz na minimização desta barreira.

Considera-se que foi vivenciada uma transição saudável, sentindo-se os mentores conectados como grupo, com os pares e com a instituição, interagindo, clarificando e ajustando comportamentos. Gradualmente foram-se sentindo mais confortáveis e confiantes com o papel, dominando, gradualmente, as novas competências (143).

Para o sucesso da mudança é importante que todos, em todos os níveis da organização, estejam comprometidos com a mesma (240). Sendo um processo que pode ser moroso, implica um esforço contínuo, necessário para a sua sustentação (14), pelo que a criação de uma massa crítica de mentores pode ser eficaz.

Os mentores trabalhando diretamente com os seus pares são fundamentais para fortalecer as crenças sobre a PBE e a sua capacidade de implementá-la. Quanto mais fortes são as crenças, maior a implementação da PBE (70), sendo elementos facilitadores da mudança.

O conhecimento das barreiras e dos facilitadores e atuação sobre os mesmos, auxiliará os mentores no processo de enculturação da PBE. Nesta instituição foi visível uma liderança transformadora, facilitadora da mudança, da aprendizagem, promotora da motivação e fornecendo o acesso a estruturas organizadas, possibilitando aos enfermeiros atingirem os seus objetivos, sendo essencial para o sucesso da implementação deste modelo (241).

No período em que se desenvolveu o estudo, viveu-se uma situação, pandémica, considerada crítica para o país, e em particular, para o centro hospitalar, pelo aumento de fluxo de clientes e pela reorganização de circuitos e serviços para acolher clientes com COVID-19 (sendo considerada barreira à PBE). Apesar de ter havido uma mudança de foco, motivada pelo desconhecimento inicial da situação e direcionamento de esforços, consideramos não ter condicionado o desenrolar do processo de implementação: pelo discurso dos participantes, percebemos que a mudança continua a ser desejada e já está assumida: os mentores expressam ter uma prática mais reflexiva e apoiada na evidência.

Porém, o que a situação epidemiológica e os constrangimentos a ela associados condicionou foi a formação e implementação da evidência, decorrente dos projetos iniciados aquando da formação. Um programa estruturado de formação, com uma adequada periodicidade é considerada uma estratégia eficiente para sustentar a mudança (14).

Deste modo, consideramos o modelo ARCC® e a metodologia de formação, treino e implementação adequada e, eventualmente, capaz de obter resultados positivos.

Conclusão

Procurámos, nesta investigação, estudar a relação entre empoderamento profissional e as práticas, atitudes e os conhecimentos, habilidades e competência de PBE e implementar e descrever o modelo ARCC®. No final deste percurso de investigação, e sendo congruente com outros estudos, consideramos que com as opções metodológicas adotadas, foi possível dar resposta aos objetivos, das diferentes etapas. Deste modo, este estudo poderá ser uma pequena participação para a melhora da qualidade dos cuidados, fornecendo contributos para a implementação do modelo ARCC®.

A identificação da investigação primária (etapa 1: “Revisão”), possibilitou descrever a produção científica sobre empoderamento profissional em Enfermagem e PBE. A criação de ambientes organizacionais estruturados é fundamental para a qualidade dos cuidados. A capacidade de mobilizar os recursos necessários para atingir os objetivos, através do acesso à informação, suporte e oportunidade de crescimento, é fulcral para que o enfermeiro se sinta empoderado, pressupondo-se a existência de competências, garantindo que aquele profissional é o mais indicado para o desempenho daquelas funções. É importante o desenvolvimento de programas destinados ao ganho de competências, incluindo a PBE no plano estratégico, fornecendo, de forma estruturada, as condições necessárias ao empoderamento profissional.

A cultura organizacional é encarada como facilitador ou barreira à PBE, sendo necessário o seu fortalecimento, embora esta transformação não seja fácil, pelo que a criação de uma massa crítica de mentores parece ser uma estratégia positiva na implementação e sustentação da PBE.

O líder, é responsável pela gestão da mudança, devendo estarem todos os membros da organização, em todos os níveis, comprometidos com a mesma. A consciencialização deste processo, permite vivenciar um processo transacional, considerando-se positivo quando se adquire domínio do novo papel. A relação, descrita, entre liderança, empoderamento profissional e a utilização e implementação da evidência resulta em ganhos tangíveis e mensuráveis. Apesar desta relação estar descrita, é realizada de forma inconsistente, com diferentes metodologias e técnicas.

Estes dados subsidiaram a segunda etapa (“Descrição”), descrevendo as relações existentes entre empoderamento profissional e as práticas, atitudes e conhecimentos e habilidades/ competências de PBE. Destacamos a correlação positiva entre empoderamento estrutural e psicológico, com correlações entre idade, sexo, qualificações e tempo de prática profissional e empoderamento. Existe correlação positiva entre as dimensões de empoderamento estrutural e as cognições de empoderamento psicológico e as “práticas, atitudes e conhecimentos e habilidades” de PBE.

A situação económico-financeira vivida em Portugal e à qual o sistema de saúde não é imune, influencia a perceção sobre os “recursos”, dimensão com menor ênfase. Assim, é necessário otimizar e promover cuidados de qualidade, empoderando e comprometendo os enfermeiros.

Desta forma, poder-se-á potenciar a adoção, implementação e sustentação da PBE e, com isto, incrementar a qualidade e reduzir os custos. Neste processo, os líderes desempenham um papel fundamental na criação de ambientes estruturados, potenciadores de empoderamento e da PBE.

Os resultados obtidos com as etapas anteriores, permitiram avançar para a terceira fase: “Implementação”. A criação de uma massa crítica de mentores, foi capaz de auxiliar na implementação, consistente e sustentada da PBE, através do fortalecimento das crenças. O modelo implementado e o programa de formação e treino tiveram efeitos positivos na perceção dos enfermeiros sobre a cultura organizacional e prontidão para a PBE, nas suas crenças e implementação de PBE. Consideramos essencial, todos os passos adotados terem sido colaborativos, indo de encontro aos objetivos dos diferentes serviços.

O processo de implementação foi alicerçado no modelo teórico da *Teoria das Transições*. A mudança, nomeadamente de dinâmica e de paradigma de orientação da prática exigiu um compromisso de todos. Foi reconhecido que a instituição está a mudar e os participantes são parte ativa da mesma, demonstrando vontade em estarem envolvidos. O plano formativo permitiu dotar, os mentores, de competências necessárias para o desempenho do novo papel, assumindo-se, formal e informalmente, como elementos capazes de sustentar a PBE.

Consideramos que os passos descritos e os resultados apresentados ajudaram a implementar o modelo ARCC®, com ganho de capacidades e competências, fomentando uma integração fluida da nova identidade e permitindo vivenciar uma transição positiva.

É importante um investimento para a mudança cultural, possibilitando o retorno financeiro decorrente dos ganhos decorrentes da adoção de uma PBE. Neste sentido, este projeto assume-se como inovador e atual, pois permite auxiliar na implementação do modelo ARCC® e contribuir para ganhos individuais, organizacionais e para a disciplina.

Em síntese, das diferentes etapas, resultam implicações a nível individual e organizacional, associadas à prática clínica, à gestão e educação e formação em PBE. Existem, assim, inúmeros desafios, individuais, organizacionais, políticos e reguladores. Este estudo demonstra que as sinergias entre a academia e a prática clínica, em congruência com os

objetivos e o plano estratégico organizacional, são estratégias potenciadoras da implementação da evidência.

De forma a potenciar a mudança, é importante que os planos formativos tenham em conta as necessidades individuais e dos diferentes contextos de exercício profissional, como meio facilitador da mudança.

A nível regulador, nacional e internacionalmente, pressupõe-se que as diferentes associações reguladoras promovam a disseminação e integração da evidência. O estabelecimento de parcerias, assumindo um papel de liderança mostra-se, a este nível, influenciador e, eventualmente, capaz de influenciar decisões políticas.

Ao longo dos diferentes capítulos, procurámos expor as limitações existentes neste estudo. Assumindo, desde o início, um projeto de investigação-ação, consideramos que a proximidade com a instituição e os participantes, assumindo um papel de investigador e de facilitador da aquisição de conhecimento foi importante para o sucesso deste estudo. Ainda, no período temporal em que se desenvolveu este estudo vivemos, investigadores e participantes, a pandemia de COVID-19, com algumas restrições, a nível individual e coletivo, com profundas alterações organizacionais. Se, por um lado, poderíamos, enquanto investigadores, assumir algum viés dos dados, pela paragem abrupta do desenrolar normal do estudo, por outro, enquanto membros integrantes de um projeto conjunto com esta instituição, sentimos o dever cumprido pois, nas palavras dos participantes, este percurso, auxiliou-os a ter, perante o desconhecido, uma prática mais reflexiva, atuando de acordo com a melhor evidência disponível, fomentando isso nos pares.

Assim, concluímos que os objetivos a que nos propusemos no início deste trabalho de investigação foram, de forma global, atingidos. Esperamos que os estudos apresentados, bem como a reflexão acerca dos mesmos, possam constituir um ponto de referência para melhor compreender a relação entre empoderamento profissional e PBE e a implementação dos modelos de PBE, já iniciada pelas partilhas efetuadas em eventos científicos (Anexo 5). A identificação das condições desta transição, permitem a orientação de atitudes dirigidas às reais necessidades dos enfermeiros.

Referências Bibliográficas

1. Melnyk BM, Gallagher-Ford L, Zellefrow C, Tucker S, Thomas B, Sinnott LT, et al. The First U.S. Study on Nurses' Evidence-Based Practice Competencies Indicates Major Deficits That Threaten Healthcare Quality, Safety, and Patient Outcomes. *Worldviews Evidence-Based Nurs.* 2018;15(1):16–25.
2. Melnyk BM, Gallagher-Ford L, Long LE, Fineout-Overholt E. 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 Evidence-Based Nurs.* 2014;11(1):5–15.
3. Melnyk BM, Gallagher-Ford L, Thomas BK, Troseth M, Wyngarden K, Szalacha L. A Study of Chief Nurse Executives Indicates Low Prioritization of Evidence-Based Practice and Shortcomings in Hospital Performance Metrics Across the United States. *Worldviews Evidence-Based Nurs.* 2016;13(1):6–14.
4. Woo BFY, Lee JXY, Tam WWS. The impact of the advanced practice nursing role on quality of care, clinical outcomes, patient satisfaction, and cost in the emergency and critical care settings: a systematic review. *Hum Resour Health.* 2017;15(1):63.
5. Newhouse RP. Examining the support for evidence-based nursing practice. *J Nurs Adm.* 2006;36(7):1.
6. Rao AD, Kumar A, McHugh M. Better Nurse Autonomy Decreases the Odds of 30-Day Mortality and Failure to Rescue. *J Nurs Scholarsh.* 2017;49(1):73–9.
7. Camargo FC, Iwamoto HH, Galvão CM, Pereira G de A, Andrade RB, Masso GC. Competences and Barriers for the Evidence-Based Practice in Nursing: an integrative review. *Rev Bras Enferm.* 2018;71(4):2030–8.
8. Baatiema L, Otim ME, Mnatzaganian G, de-Graft Aikins A, Coombes J, Somerset S. Health professionals' views on the barriers and enablers to evidence-based practice for acute stroke care: A systematic review. *Implement Sci.* 2017;12(1):1–15.
9. Reeves, S.; Pelone, H.; Harrison, R.; Goldman, J.; Zwarenstein M. Interprofessional collaboration to improve professional practice and healthcare outcomes. *Cochrane Database Syst Rev.* 2017;(6).
10. Cochrane A. *Effectiveness and Efficiency: Random Reflections on Health Services.* 1st ed.

Cardiff: The Nuffield Provincial Hospitals Trust; 1972.

11. Sackett DL, Rosenberg WMC, Gray JAM, Haynes RB, Richardson WS. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *Clin Orthop Relat Res*. 1996;455(7023):3–5.
12. Yoder LH, Kirkley D, McFall DC, Kirksey KM, Stalbaum AL, Sellers D. Staff Nurses' Use of Research to Facilitate Evidence-Based Practice. *Am J Nurs*. 2014;114(9):26–37.
13. Wilson M, Sleutel M, Newcomb P, Behan D, Walsh J, Wells JN, et al. Empowering nurses with evidence-based practice environments: Surveying magnet®, pathway to excellence®, and non-magnet facilities in one healthcare system. *Worldviews Evidence-Based Nurs*. 2015;12(1):12–21.
14. Friesen MA, Brady JM, Milligan R, Christensen P. Findings From a Pilot Study: Bringing Evidence-Based Practice to the Bedside. *Worldviews Evidence-Based Nurs*. 2017;14(1):22–34.
15. Jun J, Kovner CT, Stimpfel AW. Barriers and facilitators of nurses' use of clinical practice guidelines: An integrative review. *Int J Nurs Stud*. 2016;60:54–68.
16. Saunders H, Vehviläinen-Julkunen K. The state of readiness for evidence-based practice among nurses: An integrative review. Vol. 56, *International Journal of Nursing Studies*. 2015. p. 128–40.
17. Fineout-Overholt E, Melnyk BM, Schultz A. Transforming health care from the inside out: Advancing evidence-based practice in the 21st century. *J Prof Nurs*. 2005;21(6):335–44.
18. Barnsteiner, J., & Prevost S. How to implement evidence-based practice. *Reflections Nurs Leadersh*. 2002;28(2):18–45.
19. DiCenso, A., Cullum, N., Ciliska D. Implementing evidence-based nursing: some misconceptions. *Evid Based Nurs*. 1998;1:38–41.
20. Shayan SJ, Kiwanuka F, Nakaye Z. Barriers Associated With Evidence-Based Practice Among Nurses in Low- and Middle-Income Countries: A Systematic Review. *Worldviews Evidence-Based Nurs*. 2019;16(1):12–20.
21. Duncombe DC. A multi-institutional study of the perceived barriers and facilitators to implementing evidence-based practice. *J Clin Nurs*. 2018;27(5–6):1216–26.
22. Barends E, Villanueva J, Rousseau DM, Briner RB, Jepsen DM, Houghton E, et al. Managerial attitudes and perceived barriers regarding evidence-based practice: An international survey.

PLoS One. 2017;12(10):7–9.

23. Pereira RPG, Cardoso MJ, Martins MA. Atitudes e barreiras à prática de enfermagem baseada na evidência em contexto comunitário. *Rev Enferm Ref*. 2012;III série:55–62.
24. OE. Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE [Internet]. 2015. Available from: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8594/repe_estatuto2016_versao03-05-17.pdf
25. Shelton RC, Cooper BR, Stirman SW. The Sustainability of Evidence-Based Interventions and Practices in Public Health and Health Care. *Annu Rev Public Health*. 2018;39(1):1–22.
26. Peters DH, Tran NT, Adam T. *Implementation Research in Health: A Practical Guide*. Geneva: World Health Organization; 2013.
27. Casado-Aranda LA, Sánchez-Fernández J, Viedma-del-Jesús MI. Analysis of the scientific production of the effect of COVID-19 on the environment: A bibliometric study. *Environ Res*. 2020;193(September 2020).
28. Forero-Peña DA, Camejo-Ávila NA, Carrión-Nessi FS, Gregorio-Chaviano O, Limaymanta CH, López-Mesa EK. Análisis bibliométrico de la producción científica latinoamericana sobre COVID-19. *Biomedica*. 2020;40(2):205–8.
29. Klingelhöfer D, Braun M, Brüggmann D, Groneberg DA. Coronavirus: An insight into global research until outbreak of COVID-19 and its implications for the future. *J Glob Health*. 2020;10(2):1–16.
30. Wang J, Hong N. The COVID-19 research landscape. *Medicine (Baltimore)*. 2020 Oct 23;99(43):e22849.
31. Horntvedt MET, Nordsteien A, Fermann T, Severinsson E. Strategies for teaching evidence-based practice in nursing education: A thematic literature review. *BMC Med Educ*. 2018;18(1):1–11.
32. Hecht L, Buhse S, Meyer G. Effectiveness of training in evidence-based medicine skills for healthcare professionals: A systematic review. *BMC Med Educ*. 2016;16(1).
33. Hung HY, Huang YF, Tsai JJ, Chang YJ. Current state of evidence-based practice education for undergraduate nursing students in Taiwan: A questionnaire study. *Nurse Educ Today*. 2015;35(12):1262–7.
34. Zeleníková, Renáta; Beach, Michael; Ren, Dianxu; Wolff ESP. Faculty Perception of the Effectiveness of EBP Courses for Graduate Nursing Students. *Worldviews Evidence-Based*

Nurs. 2014;11(6).

35. Upton P, Scurlock-Evans L, Williamson K, Rouse J, Upton D. The evidence-based practice profiles of academic and clinical staff involved in pre-registration nursing students' education: A cross sectional survey of US and UK staff. *Nurse Educ Today*. 2015;35(1):80–5.
36. Cardoso D, Rodrigues MA, Apóstolo J. Evidence-based practice educational program: a Portuguese experience with undergraduate nursing students. *Int J Evid Based Healthc*. 2019;17:S72–4.
37. Malik G, McKenna L, Griffiths D. Using pedagogical approaches to influence evidence-based practice integration - Processes and recommendations: Findings from a grounded theory study. *J Adv Nurs*. 2017;73(4):883–93.
38. Lam CK, Schubert CF, Herron EK. Evidence-Based Practice Competence in Nursing Students Preparing to Transition to Practice. *Worldviews Evidence-Based Nurs*. 2020;17(6):418–26.
39. Aglen B. Pedagogical strategies to teach bachelor students evidence-based practice: A systematic review. *Nurse Educ Today*. 2016;36:255–63.
40. Wakibi S, Ferguson L, Berry L, Leidl D, Belton S. Teaching evidence-based nursing practice: A systematic review and convergent qualitative synthesis. *J Prof Nurs*. 2020;
41. Hickman LD, DiGiacomo M, Phillips J, Rao A, Newton PJ, Jackson D, et al. Improving evidence based practice in postgraduate nursing programs: A systematic review: Bridging the evidence practice gap (BRIDGE project). *Nurse Educ Today*. 2018;63(January):69–75.
42. Winters CA, Echeverri R. Teaching strategies to support evidence-based practice. *Crit Care Nurse*. 2012;32(3):49–54.
43. Melnyk BM, Fineout-Overholt E, Stillwell SB, Williamson KM. Evidence-based practice: step by step: igniting a spirit of inquiry: an essential foundation for evidence-based practice. *Am J Nurs*. 2009;109(11):49–52.
44. Yoo JY, Kim JH, Kim JS, Kim HL, Ki JS. Clinical nurses' beliefs, knowledge, organizational readiness and level of implementation of evidence-based practice: The first step to creating an evidence-based practice culture. *PLoS One*. 2019;14(12):1–15.
45. Stokke K, Olsen NR, Espehaug B, Nortvedt MW. Evidence based practice beliefs and implementation among nurses: a cross-sectional study. *BMC Nurs*. 2014 Dec 25;13(1):8.
46. Koota E, Kääriäinen M, Lääperi M, Melender HL. Emergency nurses' Evidence-Based Practice

- attitudes, self-efficacy, knowledge, skills and behaviors before an educational intervention – Baseline of a Randomized Controlled Trial. *Collegian*. 2020;27(4):361–9.
47. Tomotaki A, Fukahori H, Sakai I. Exploring sociodemographic factors related to practice, attitude, knowledge, and skills concerning evidence-based practice in clinical nursing. *Japan J Nurs Sci*. 2020;17(1):1–9.
 48. Williams B, Perillo S, Brown T. What are the factors of organisational culture in health care settings that act as barriers to the implementation of evidence-based practice? A scoping review. *Nurse Educ Today*. 2015;35(2):e34–41.
 49. Schneider LR, Pereira RPG, Ferraz L. A prática baseada em evidência no contexto da Atenção Primária à Saúde. *Saúde em Debate*. 2018;42(118):594–605.
 50. Mallion J, Brooke J. Community- and hospital-based nurses' implementation of evidence-based practice: are there any differences? *Br J Community Nurs*. 2016 Mar 2;21(3):148–54.
 51. Jordan P, Bowers C, Morton D. Barriers to implementing evidence-based practice in a private intensive care unit in the Eastern Cape. *South African J Crit Care*. 2016;32(2):50–4.
 52. Albarqouni L, Hoffmann T, Straus S, Olsen NR, Young T, Ilic D, et al. Core Competencies in Evidence-Based Practice for Health Professionals: Consensus Statement Based on a Systematic Review and Delphi Survey. *JAMA Netw open*. 2018;1(2):e180281.
 53. Jesus, Élvio Henriques; Roque, Sofia Maria Borba; Amaral AFS. Estudo RN4Cast em Portugal: ambientes de prática de enfermagem. *Rev Investig em Enferm*. 2015;(November):26–44.
 54. Bianchi M, Bagnasco A, Bressan V, Barisone M, Timmins F, Rossi S, et al. A review of the role of nurse leadership in promoting and sustaining evidence-based practice. *J Nurs Manag*. 2018;26(8):918–32.
 55. Stetler CB, Ritchie JA, Rycroft-Malone J, Charns MP. Leadership for Evidence-Based Practice: Strategic and Functional Behaviors for Institutionalizing EBP. *Worldviews Evidence-Based Nurs*. 2014;11(4):219–26.
 56. Flodgren G, O'Brien MA, Parmelli E, Grimshaw J. Local opinion leaders: effects on professional practice and healthcare outcomes. *Cochrane Database Syst Rev*. 2019;(6).
 57. Flodgren G, Rojas-Reyes MX, Cole N, Foxcroft DR. Effectiveness of organisational infrastructures to promote evidence-based nursing practice. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012 Feb 15;(2).

58. Reichenpfader U, Carlfjord S, Nilsen P. Leadership in evidence-based practice: a systematic review. *Leadersh Heal Serv.* 2015;28(4):298–316.
59. Kotter J. What Leaders Really Do. *Harv Bus Rev.* 2004;79(11).
60. Kristensen N, Nymann C, Konradsen H. Implementing research results in clinical practice- the experiences of healthcare professionals. *BMC Health Serv Res.* 2016;16(1):1–10.
61. Baird LMG, Miller T. Factors influencing evidence-based practice for community nurses. *Br J Community Nurs.* 2015;20(5):233–42.
62. Thorsteinsson HS. Icelandic nurses' beliefs, skills, and resources associated with evidence-based practice and related factors: A national survey. *Worldviews Evidence-Based Nurs.* 2013;10(2):116–26.
63. Titler MG. Overview of evidence-based practice and translation science. *Nurs Clin North Am.* 2014;49(3):269–74.
64. Harolds JA. Quality and safety in health care, Part VI: More on crossing the quality chasm. *Clin Nucl Med.* 2016;41(1):41–3.
65. Pearson A, Jordan Z, Munn Z. Translational Science and Evidence-Based Healthcare: A Clarification and Reconceptualization of How Knowledge Is Generated and Used in Healthcare. *Nurs Res Pract.* 2012;2012:1–6.
66. Titler MG. The Evidence for Evidence-Based Practice Implementation. In: Hughes RG, editor. *Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses.* Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality; 2008.
67. Schaffer MA, Sandau KE, Diedrick L. Evidence-based practice models for organizational change: Overview and practical applications. *J Adv Nurs.* 2013;69(5):1197–209.
68. Camargo FC, Iwamoto HH, Galvão CM, Monteiro DAT, Goulart MB, Garcia LAA. Modelos para a implementação da prática baseada em evidências na enfermagem hospitalar: Revisão narrativa. *Texto e Context Enferm.* 2017;26(4):1–12.
69. Stevens KR. ACE Star Model of EBP: Knowledge Transformation. Texas: The University of Texas Health Science Center at San Antonio; 2004.
70. Melnyk BM, Fineout-Overholt E, Giggelman M, Choy K. A Test of the ARCC© Model Improves Implementation of Evidence-Based Practice, Healthcare Culture, and Patient Outcomes. *Worldviews Evidence-Based Nurs.* 2017;14(1):5–9.

71. Buckwalter KC, Cullen L, Hanrahan K, Kleiber C, McCarthy AM, Rakel B, et al. Iowa Model of Evidence-Based Practice: Revisions and Validation. *Worldviews Evidence-Based Nurs.* 2017;14(3):175–82.
72. Jordan Z, Lockwood C, Munn Z, Aromataris E. Redeveloping the JBI Model of Evidence. *Int J Evid Based Healthc.* 2018;16(4):227–41.
73. Newhouse, Robin P; Dearholt, Sandi; Poe, Stephanie; Pugh, Linda; White K. Organizational Change Strategies for Evidence-Based Practice. *J Nursi.* 2007;37(12):552–7.
74. Graham ID, Logan J, Harrison MB, Straus SE, Tetroe J, Caswell W, et al. Lost in knowledge translation: time for a map? *J Contin Educ Health Prof.* 2006;26(1):13–24.
75. Rycroft-Malone J. The PARIHS Framework — A Framework for Guiding the Implementation of. *J Nurs Care Qual.* 2004;19(4):297–304.
76. Stetler CB. Updating the Stetler Model of research utilization to facilitate evidence-based practice. *Nurs Outlook.* 2001;49(6):272–9.
77. Cullen L, Adams SL. Planning for implementation of evidence-based practice. *J Nurs Adm.* 2012;42(4):222–30.
78. Cummings GG, Tate K, Lee S, Wong CA, Paananen T, Micaroni SPM, et al. Leadership styles and outcome patterns for the nursing workforce and work environment: A systematic review. *Int J Nurs Stud.* 2018;85(April):19–60.
79. Moura LN, Camponogara S, Santos JLG Dos, Gasparino RC, Silva RM Da, Freitas EDO. Structural empowerment of nurses in the hospital setting. *Rev Lat Am Enfermagem.* 2020;28:e3373.
80. Spence Laschinger HK, Wong C, Read E, Cummings G, Leiter M, Macphee M, et al. Predictors of new graduate nurses' health over the first 4 years of practice. *Nurs Open.* 2019;6(2):245–59.
81. Cummings GG, MacGregor T, Davey M, Lee H, Wong CA, Lo E, et al. Leadership styles and outcome patterns for the nursing workforce and work environment: A systematic review. *Int J Nurs Stud.* 2010;47(3):363–85.
82. Richardson A, Storr J. Patient safety: a literative review on the impact of nursing empowerment, leadership and collaboration. *Int Nurs Rev.* 2010 Mar;57(1):12–21.
83. Cummings GG, Lee S, Tate K, Penconek T, Micaroni SPM, Paananen T, et al. The essentials of

- nursing leadership: A systematic review of factors and educational interventions influencing nursing leadership. *Int J Nurs Stud.* 2021;115:103842.
84. Bass BM. *Leadership and Performance Beyond Expectations.* New York, New York, USA: The Free Press; 1985.
 85. Bass, B. M.; Avolio BJ. Transformational Leadership and Organizational Culture. *Public Adm Q.* 1993;17(1):112–21.
 86. Goleman, D.; Boyatzis, R.; McKee A. *The New Leaders: Transforming the Art of Leadership Into the Science of Results.* Little, Brown Book Group; 2002.
 87. Avolio BJ, Gardner WL. Authentic leadership development: Getting to the root of positive forms of leadership. *Leadersh Q.* 2005;16(3):315–38.
 88. McCay R, Lyles AA, Larkey L. Nurse leadership style, nurse satisfaction, and patient satisfaction a systematic review. *J Nurs Care Qual.* 2018;33(4):361–7.
 89. Bawafaa E, Wong CA, Laschinger H. The influence of resonant leadership on the structural empowerment and job satisfaction of registered nurses. *J Res Nurs.* 2015 Nov 24;20(7):610–22.
 90. Maziero VG, Bernardes A, Righetti EAV, Spiri WC, Gabriel CS. Positive aspects of authentic leadership in nursing work: integrative review. *Rev Bras Enferm.* 2020;73(6):e20190118.
 91. AbuAlRub RF, Nasrallah MA. Leadership behaviours, organizational culture and intention to stay amongst Jordanian nurses. *Int Nurs Rev.* 2017;64(4):520–7.
 92. Arnold KA. Transformational leadership and employee psychological well-being: A review and directions for future research. *J Occup Health Psychol.* 2017;22(3):381–93.
 93. Boamah SA, Spence Laschinger HK, Wong C, Clarke S. Effect of transformational leadership on job satisfaction and patient safety outcomes. *Nurs Outlook.* 2018;66(2):180–9.
 94. Boamah S. Linking Nurses' Clinical Leadership to Patient Care Quality: The Role of Transformational Leadership and Workplace Empowerment. *Can J Nurs Res.* 2018;50(1):9–19.
 95. Cheng, C.; Bartram, T.; Karimi, L.; Leggat S. Transformational leadership and social identity as predictors of team climate, perceived quality of care, burnout and turnover intention among nurses. *Pers Rev.* 2016;45(6).

96. Lavoie-Tremblay M, Fernet C, Lavigne GL, Austin S. Transformational and abusive leadership practices: Impacts on novice nurses, quality of care and intention to leave. *J Adv Nurs*. 2016;72(3):582–92.
97. Weberg D. Transformational leadership and staff retention: An evidence review with implications for healthcare systems. *Nurs Adm Q*. 2010;34(3):246–58.
98. Brewer CS, Kovner CT, Djukic M, Fatehi F, Greene W, Chacko TP, et al. Impact of transformational leadership on nurse work outcomes. *J Adv Nurs*. 2016;72(11):2879–93.
99. Masood M, Afsar B. Transformational leadership and innovative work behavior among nursing staff. *Nurs Inq*. 2017;24(4).
100. Laschinger, H.; Wong, C.; Cummings, G.; Grau A. Resonant leadership and workplace empowerment: The value of positive organizational cultures in reducing workplace incivility. *Nurs Econ*. 2014;32(1):5–15.
101. Wei H, King A, Jiang Y, Sewell KA, Lake DM. The Impact of Nurse Leadership Styles on Nurse Burnout:: A Systematic Literature Review. *Nurse Lead*. 2020;18(5):439–50.
102. Dahinten VS, Lee SE, MacPhee M. Disentangling the relationships between staff nurses' workplace empowerment and job satisfaction. *J Nurs Manag*. 2016;24(8):1060–70.
103. Han K, Trinkoff AM, Gurses AP. Work-related factors, job satisfaction and intent to leave the current job among United States nurses. *J Clin Nurs*. 2015;24(21–22):3224–32.
104. Stalpers D, de Brouwer BJM, Kaljouw MJ, Schuurmans MJ. Associations between characteristics of the nurse work environment and five nurse-sensitive patient outcomes in hospitals: A systematic review of literature. *Int J Nurs Stud*. 2015;52(4):817–35.
105. Lu H, Zhao Y, While A. Job satisfaction among hospital nurses: A literature review. *Int J Nurs Stud*. 2019;94:21–31.
106. Nantsupawat A, Srisuphan W, Kunaviktikul W, Wichaikhum OA, Aungsuroch Y, Aiken LH. Impact of nurse work environment and staffing on hospital nurse and quality of care in Thailand. *J Nurs Scholarsh*. 2011;43(4):426–32.
107. Khamisa N, Oldenburg B, Peltzer K, Illic D. Work related stress, burnout, job satisfaction and general health of nurses. *Int J Environ Res Public Health*. 2015;12(1):652–66.
108. Fernandes R, Araújo B, Pereira F. Nursing management and leadership approaches from the perspective of registered nurses in Portugal. *J Hosp Adm*. 2018;7(3):1.

109. Ma C, Shang J, Bott MJ. Linking unit collaboration and nursing leadership to nurse outcomes and quality of care. *J Nurs Adm.* 2015;45(9):435–42.
110. Spreitzer GM. An empirical test of a comprehensive model of intrapersonal empowerment in the workplace. *Am J Community Psychol.* 1995;23(5):601–29.
111. Spence Laschinger HK, Finegan J, Shamian J, Wilk P. Impact of Structural and Psychological Empowerment on Job Strain in Nursing Work Settings. *JONA J Nurs Adm.* 2001;31(5):260–72.
112. Ward D, Mullender A. Empowerment and oppression: An indissoluble pairing for contemporary social work. *Crit Soc Policy.* 1991;11(32):21–30.
113. Fleming P, Spicer A. Power in Management and Organization Science. *Acad Manag Ann.* 2014;8(1):237–98.
114. Townley B. Foucault, Power/Knowledge and its Relevance for HRM. *Acad Manag Rev.* 1993;13(6):518–45.
115. Bandura A. The self system in reciprocal determinism. *Am Psychol.* 1978;33(4):344–58.
116. Gibson CH. A concept analysis of empowerment. *J Adv Nurs.* 1991;16(3):354–61.
117. Rodwell CM. An analysis of the concept of empowerment. *J Adv Nurs.* 1996 Feb;23(2):305–13.
118. Kanter RM. *Men and Women of the Corporation.* New York, New York, USA: Basic Books; 1993.
119. Kuokkanen, Lisa; Leino-Kilpi H. Power and empowerment in nursing: three theoretical approaches. *J Adv Nurs.* 2000;31(1):235–41.
120. Spreitzer GM. Psychological, Empowerment in the Workplace: Dimensions, Measurement and Validation. *Acad Manag J.* 1995;38(5):1442–65.
121. Manojlovich M. Linking the Practice Environment to Nurses' Job Satisfaction Through Nurse-Physician Communication. *J Nurs Scholarsh.* 2005 Dec;37(4):367–73.
122. Spreitzer GM. Giving peace a chance: Organizational leadership, empowerment, and peace. *J Organ Behav.* 2007;28:1077–95.
123. Spreitzer GM, Doneson D. Musings on the past and future of employee empowerment. *Handb Organ Dev.* 2005;4:5–10.

124. Thomas KW, Velthouse BA. Cognitive Elements of Empowerment: An “Interpretive” Model of Intrinsic Task Motivation. *Acad Manag Rev.* 1990;15(4):666–81.
125. Manojlovich M. Power and empowerment in nursing: Looking backward to inform the future. *Online J Issues Nurs.* 2007;12(1).
126. Li H, Shi Y, Li Y, Xing Z, Wang S, Ying J, et al. Relationship between nurse psychological empowerment and job satisfaction: A systematic review and meta-analysis. *J Adv Nurs.* 2018 Jun;74(6):1264–77.
127. García-Sierra R, Fernández-Castro J, Martínez-Zaragoza F. Work engagement in nursing: An integrative review of the literature. *J Nurs Manag.* 2016;24(2):E101–11.
128. Kennedy S, Hardiker N, Staniland K. Empowerment an essential ingredient in the clinical environment: A review of the literature. *Nurse Educ Today.* 2015 Mar;35(3):487–92.
129. Meng L, Liu Y, Liu H, Hu Y, Yang J, Liu J. Relationships among structural empowerment, psychological empowerment, intent to stay and burnout in nursing field in mainland China-based on a cross-sectional questionnaire research. *Int J Nurs Pract.* 2015;21(3):303–12.
130. Cicolini G, Comparcini D, Simonetti V. Workplace empowerment and nurses’ job satisfaction: A systematic literature review. *J Nurs Manag.* 2014;22(7):855–71.
131. Gardiner I, Sheen J. Graduate nurse experiences of support: A review. *Nurse Educ Today.* 2016;40:7–12.
132. Keyko K, Cummings GG, Yonge O, Wong CA. Work engagement in professional nursing practice: A systematic review. *Int J Nurs Stud.* 2016;61:142–64.
133. Singh MD, Pilkington FB, Patrick L. Empowerment and Mentoring in Nursing Academia. *Int J Nurs Educ Scholarsh.* 2014 Jan 1;11(1):101–11.
134. Goedhart NS, van Oostveen CJ, Vermeulen H. The effect of structural empowerment of nurses on quality outcomes in hospitals: a scoping review. *J Nurs Manag.* 2017;25(3):194–206.
135. Moran JW, Brightman BK. Leading organizational change. *J Work Learn.* 2000;12(2):66–74.
136. Nadim, Abbas; Singh P. Leading Change for Success: Embracing Resistance. *Eur Bus Rev.* 2019;31(4).
137. Sparr JL. Paradoxes in Organizational Change: The Crucial Role of Leaders’ Sensegiving. *J*

Chang Manag. 2018;18(2):162–80.

138. Weiner BJ. A theory of organizational readiness for change. *Implement Sci.* 2009;4(1):1–9.
139. Bucciarelli L. A Review of Innovation and Change Management: Stage Model and Power Influences. *Univers J Manag.* 2015;3(1):36–42.
140. Burnes B. Kurt Lewin and the Planned Approach to Change: a Re-appraisal. *J Manag Stud.* 2004;41(6):977–1002.
141. Manchester J, Gray-miceli DL, Metcalf JA, Paolini CA, Napier AH, Coogler CL, et al. Facilitating Lewin 's change model with collaborative evaluation in promoting evidence based practices of health professionals. *Eval Program Plann.* 2014;47:82–90.
142. Hayes J. The theory and practice of change management. New York, New York, USA: Palgrave; 2010.
143. Meleis AI, Sawyer LM, Im EO, Messias DAKH, Schumacher K. Experiencing transitions: An emerging middle-range theory. *Adv Nurs Sci.* 2000;23(1):12–28.
144. Lima CF da M, Caldas CP, Santos I Dos, Trotte LAC, Silva BMC da. Therapeutic nursing care: transition in sexuality of the elderly caregiving spouse. *Rev Bras Enferm.* 2017;70(4):673–81.
145. Kralik D, Visentin K, Van Loon A. Transition: A literature review. *J Adv Nurs.* 2006;55(3):320–9.
146. Schumacher KL, Meleis AI. Transitions: a central concept in nursing. *J Nurs Scholarsh.* 1994;26(2):119–27.
147. Im EO. Transitions theory: A trajectory of theoretical development in nursing. *Nurs Outlook.* 2011;59(5):278-285.e2.
148. Chick N, Meleis A. Transitions : A Nursing Concern. Peggy Chinn. *Nursing Research Methodology - Issues and implementation.* New York : Aspen Publication. *Nurs Res Methodol.* 1986;237–57.
149. Stiel H, Nagarajan S V., Forster BC, Clayton JM. Palliative care physicians' perspectives on transferring patients to nursing homes and communication strategies to facilitate this transition: A qualitative study. *Palliat Med.* 2019;33(3):323–31.
150. Arrowsmith V, Lau-Walker M, Norman I, Maben J. Nurses' perceptions and experiences of work role transitions: a mixed methods systematic review of the literature. *J Adv Nurs.*

2016;72(8):1735–50.

151. Bagley K, Hoppe L, Brenner GH, Crawford M, Weir M. Transition to Nursing Faculty: Exploring the Barriers. *Teach Learn Nurs*. 2018;13(4):263–7.
152. Fallatah F, Laschinger HKS, Read EA. The effects of authentic leadership, organizational identification, and occupational coping self-efficacy on new graduate nurses' job turnover intentions in Canada. *Nurs Outlook*. 2017;65(2):172–83.
153. Coventry TH, Maslin-Prothero SE, Smith G. Organizational impact of nurse supply and workload on nurses continuing professional development opportunities: An integrative review. *J Adv Nurs*. 2015;71(12):2715–27.
154. Gagnon MP, Payne-Gagnon J, Fortin JP, Paré G, Côté J, Courcy F. A learning organization in the service of knowledge management among nurses: A case study. *Int J Inf Manage*. 2015;35(5):636–42.
155. Kaihlanen AM, Lakanmaa RL, Salminen L. The transition from nursing student to registered nurse: The mentor's possibilities to act as a supporter. *Nurse Educ Pract*. 2013;13(5):418–22.
156. Young, Merriam E; Stuenkel, Diane L.; Bawel-Brinkley K. Strategies for Easing the Role Transformation of Graduate Nurses. *J Nurses Prof Dev*. 2008;24(3):105–10.
157. Labrague LJ, McEnroe-Pettite D, Tsaras K, D'Souza MS, Fronda DC, Mirafuentes EC, et al. Predictors of evidence-based practice knowledge, skills, and attitudes among nursing students. *Nurs Forum*. 2019;54(2):238–45.
158. Laschinger HKS, Cummings G, Leiter M, Wong C, MacPhee M, Ritchie J, et al. Starting Out: A time-lagged study of new graduate nurses' transition to practice. *Int J Nurs Stud*. 2016;57:82–95.
159. Friesen-Storms JHHM, Moser A, van der Loo S, Beurskens AJHM, Bours GJJW. Systematic implementation of evidence-based practice in a clinical nursing setting: A participatory action research project. *J Clin Nurs*. 2015;24(1–2):57–68.
160. Gallagher-Ford L, Fineout-Overholt E, Melnyk BM, Stillwell SB. Implementing an evidence-based practice change. *Am J Nurs*. 2011;111(3):54–60.
161. Teixeira A, Nogueira M, Alves P. Structural empowerment in nursing: translation, adaptation and validation of the Conditions of Work Effectiveness Questionnaire II. *Rev Enferm Ref*.

2016;IV Série(10):39–48.

162. Teixeira A, Nogueira MA, Alves P. Empoderamento psicológico em enfermagem: tradução, adaptação e validação do “Psychological Empowerment Instrument.” *Rev Port Enferm Saúde Ment.* 2016;16(16):27–33.
163. Upton D, Upton P. Methodological issues in nursing research: Development of an evidence-based practice questionnaire for nurses. *J Adv Nurs.* 2006;54(4):454–8.
164. Aromataris E, Pearson A. The systematic review: An overview. *Am J Nurs.* 2014;114(3):53–8.
165. Munn Z, Peters MDJ, Stern C, Tufanaru C, McArthur A, Aromataris E. Systematic review or scoping review? Guidance for authors when choosing between a systematic or scoping review approach. *BMC Med Res Methodol.* 2018;18(1):1–7.
166. Vottero B, Rittenmeyer L. The hospitalised patients’ experience of being in protective/source isolation: A systematic review of qualitative evidence. *JB Libr Syst Rev.* 2012;10(16):935–76.
167. Sedwick MB, Lance-Smith M, Reeder SJ, Nardi J. Using evidence-based practice to prevent ventilator-associated pneumonia. *Crit Care Nurse.* 2012;32(4):41–51.
168. Stavor DC, Zedreck-Gonzalez J, Hoffmann RL. Improving the Use of Evidence-Based Practice and Research Utilization Through the Identification of Barriers to Implementation in a Critical Access Hospital. *J Nurs Adm.* 2017;47(1):56–61.
169. Saunders H, Vehviläinen-Julkunen K, Stevens KR. Effectiveness of an education intervention to strengthen nurses’ readiness for evidence-based practice: A single-blind randomized controlled study. *Appl Nurs Res.* 2016;31:175–85.
170. Wagner JJJ, Cummings G, Smith DL, Olson J, Anderson L, Warren S. The relationship between structural empowerment and psychological empowerment for nurses: A systematic review. *J Nurs Manag.* 2010;18(4):448–62.
171. Teixeira A, Barbieri-Figueiredo M. Nursing empowerment and job satisfaction: an integrative review according the Structural Theory. *Rev Enferm Ref.* 2015;IV Série(Nº 6):151–60.
172. Gifford W, Davies B, Edwards N, Griffin P, Lybanon V. Managerial leadership for nurses’ use of research evidence: An integrative review of the literature. *Worldviews Evid Based Nurs.* 2007;4(3):126–45.

173. Lizarondo, L.; Stern, C.; Carrier, J.; Godfrey, C.; Rieger, K.; Salmond, S.; Apostolo, J.; Kirkpatrick P. LH. Mixed methods systematic reviews. In: Aromataris, E.; Munn Z, editor. JBI Manual for Evidence Synthesis. JBI; 2020.
174. Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, Altman D, Antes G, et al. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: The PRISMA statement. PLoS Med. 2009;6(7).
175. JBI. Analysis and Presentation of results - JBI Manual for Evidence Synthesis. In: JBI, editor. JBI Manual for Evidence Synthesis. 2020.
176. Lockwood C, Munn Z, Porritt K. Qualitative research synthesis: Methodological guidance for systematic reviewers utilizing meta-aggregation. Int J Evid Based Healthc. 2015;13(3):179–87.
177. Vaismoradi M, Turunen H, Bondas T. Content analysis and thematic analysis: Implications for conducting a qualitative descriptive study. Nurs Heal Sci. 2013;15(3):398–405.
178. Christenbery T, Williamson A, Sandlin V, Wells N. Immersion in Evidence-Based Practice Fellowship Program. J Nurses Prof Dev. 2016;32(1):15–20.
179. Cummings GG, Estabrooks CA, Midodzi WK, Wallin L, Hayduk L. Influence of organizational characteristics and context on research utilization. Nurs Res. 2007;56(4 SUPPL. 1):24–39.
180. Estabrooks CA, Midodzi WK, Cummings GG, Wallin L. Predicting Research Use in Nursing Organizations- A Multilevel Analysis. Nurs Res. 2007;56(4):7–23.
181. Estabrooks CA, Scott S, Squires JE, Stevens B, O'Brien-Pallas L, Watt-Watson J, et al. Patterns of research utilization on patient care units. Implement Sci. 2008;3(1):1–16.
182. Marchionni C, Ritchie J. Organizational factors that support the implementation of a nursing Best Practice Guideline. J Nurs Manag. 2008;16(3):266–74.
183. Davies A, Wong CA, Laschinger H. Nurses' participation in personal knowledge transfer: The role of leader-member exchange (LMX) and structural empowerment. J Nurs Manag. 2011;19(5):632–43.
184. Hauck S, Winsett RP, Kuric J. Leadership facilitation strategies to establish evidence-based practice in an acute care hospital. J Adv Nurs. 2013;69(3):664–74.
185. Engström M, Westerberg Jacobson J, Mårtensson G. Staff assessment of structural empowerment and ability to work according to evidence-based practice in mental health

- care. *J Nurs Manag.* 2015;23(6):765–74.
186. Engström M, Westerberg Jacobson J, Mårtensson G. Staff assessment of structural empowerment and ability to work according to evidence-based practice in mental health care. *J Nurs Manag.* 2015;23(6):765–74.
 187. Melnyk BM, Fineout-Overholt E, Giggelman M, Cruz R. Correlates among cognitive beliefs, EBP implementation, organizational culture, cohesion and job satisfaction in evidence-based practice mentors from a community hospital system. *Nurs Outlook.* 2010;58(6):301–8.
 188. McHugh MD, Kelly LA, Smith HL, Wu ES, Vanak JM, Aiken LH. Lower mortality in magnet hospitals. *Med Care.* 2013;51(5):382–8.
 189. Kelly LA, McHugh MD, Aiken LH. Nurse outcomes in magnet  and non-magnet hospitals. *J Nurs Adm.* 2011;41(10):428–33.
 190. Hess R, Desroches C, Donelan K, Norman L, Buerhaus PJ. Perceptions of nurses in magnet  Hospitals, non-magnet hospitals, and Hospitals pursuing magnet status. *J Nurs Adm.* 2011;41(7–8):315–23.
 191. Melnyk BM, Fineout-Overholt E, Gallagher-Ford L, Kaplan L. The state of evidence-based practice in US nurses: Critical implications for nurse leaders and educators. *J Nurs Adm.* 2012;42(9):410–7.
 192. van der Goot WE, Keers JC, Kuipers R, Nieweg RMB, de Groot M. The effect of a multifaceted evidence-based practice programme for nurses on knowledge, skills, attitudes, and perceived barriers: A cohort study. *Nurse Educ Today.* 2018 Apr;63(June 2017):6–11.
 193. Teixeira AC, Nogueira A, Ribeiro J, Teixeira L, Barbieri-Figueiredo MC. Professional empowerment among Portuguese nursing staff: A correlational study. *J Nurs Manag.* 2021;1–10.
 194. Bartlett JE, Kotlik JW, Higgins CC. Organizational Research : Determining Appropriate Sample Size in Survey Research. 2001;19(1):43–50.
 195. Raosoft. Sample Size Calculator. 2004.
 196. Polit D, Beck C. Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice. 9th ed. Lippincott, Williams & Wilkins; 2012.
 197. Upton D, Upton P. Development of an evidence-based practice questionnaire for nurses. *J Adv Nurs.* 2006;53(4):454–8.

198. Pereira RPG, Guerra ACP, Cardoso MJDSPDO, Santos ATVMF Dos, Figueiredo MDCAB De, Carneiro ACV. Validation of the Portuguese version of the Evidence-Based Practice Questionnaire. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2015;23(2):345–51.
199. Yang J, Liu Y, Chen Y, Pan X. The effect of structural empowerment and organizational commitment on Chinese nurses' job satisfaction. *Appl Nurs Res*. 2014 Aug;27(3):186–91.
200. Browning BAM. Moral Distress and Psychological Empowerment in Critical Care Nurses Caring fo Adults at Enf of Life. *Am J Crit Care*. 2013;22(2):143–51.
201. Di Napoli JM, O'Flaherty D, Musil C, Clavelle JT, Fitzpatrick JJ. The relationship of clinical nurses' perceptions of structural and psychological empowerment and engagement on their unit. *J Nurs Adm*. 2016;46(2):95–100.
202. Sparks AM. Psychological empowerment and job satisfaction between Baby Boomer and Generation X nurses. *J Nurs Manag*. 2012 May;20(4):451–60.
203. Meretoja R, Numminen O, Isoaho H, Leino-Kilpi H. Nurse competence between three generational nurse cohorts: A cross-sectional study. *Int J Nurs Pract*. 2015;21(4):350–8.
204. Pina J, Veiga-Branco MA, Cunha M, Duarte J, Silva C. Questionário de Eficácia Clínica e Prática Baseada em Evidências: análise fatorial confirmatória em uma amostra de enfermeiros. *Millenium*. 2020;2(5):137–45.
205. Koehn ML, Lehman K. Nurses' perceptions of evidence-based nursing practice. *J Adv Nurs*. 2008;62(2):209–15.
206. Linton MJ, Prasun MA. Evidence-based practice: Collaboration between education and nursing management. *J Nurs Manag*. 2013;21(1):5–16.
207. Majid S, Foo S, Luyt B, Zhang X, Theng Y, Chang Y, et al. Adopting evidence-based practice in clinical decision making: nurses' perceptions, knowledge, and barriers. *J Med Libr Assoc*. 2011;99(3):229–36.
208. Dalheim A, Harthug S, Nilsen RM, Nortvedt MW. Factors influencing the development of evidence-based practice among nurses: a self-report survey. *BMC Health Serv Res*. 2012;12(1):367.
209. Eo YS, Kim YH, Lee NY. Path analysis of empowerment and work effectiveness among staff nurses. *Asian Nurs Res (Korean Soc Nurs Sci)*. 2014;8(1):42–8.
210. Fitzpatrick JJ, Campo TM, Gacki-Smith J. Emergency Care Nurses: Certification,

- Empowerment, and Work-Related Variables. *J Emerg Nurs*. 2014 Mar;40(2):e37–43.
211. Orgambidez-Ramos A, Borrego-Alés Y, Vázquez-Aguado O, March-Amegual J. Structural empowerment and burnout among Portuguese nursing staff: An explicative model. *J Nurs Manag*. 2017;25(8):616–23.
 212. Laschinger HKS, Smith LM. The Influence of Authentic Leadership and Empowerment on New-Graduate Nurses ' Perceptions of Interprofessional Collaboration. 2013;43(1):24–9.
 213. Ganz FD, Raanan O, Khalaila R, Bennaroch K, Scherman S, Bruttin M, et al. Moral distress and structural empowerment among a national sample of Israeli intensive care nurses. *J Adv Nurs*. 2013;69(2):415–24.
 214. Nunes AM, Ferreira DC. The health care reform in Portugal: Outcomes from both the New Public Management and the economic crisis. *Int J Health Plann Manage*. 2019;34(1):196–215.
 215. Petmesidou M, Pavolini E, Guillén AM. South European Healthcare Systems under Harsh Austerity: A Progress–Regression Mix? *South Eur Soc Polit*. 2014;19(3):331–52.
 216. Marques-Pinto A, Jesus ÉH, Mendes AMOC, Fronteira I, Roberto MS. Nurses' Intention to Leave the Organization: A Mediation Study of Professional Burnout and Engagement. *Span J Psychol*. 2018;1–10.
 217. Knol J, van Linge R. Innovative behaviour: the effect of structural and psychological empowerment on nurses. *J Adv Nurs*. 2009;65(2):359–70.
 218. Cotterill-Walker SM. Where is the evidence that master's level nursing education makes a difference to patient care? A literature review. *Nurse Educ Today*. 2012;32(1):57–64.
 219. Wagner J, Cummings G, Smith D, Olson J, Anderson L, Warren S. The relationship between structural empowerment and psychological empowerment for nurses: a systematic review. *J Nurs Manag*. 2010;18(4):448–62.
 220. Li I-C, Kuo H-T, Huang H-C, Lo H-L, Wang H-C. The mediating effects of structural empowerment on job satisfaction for nurses in long-term care facilities. *J Nurs Manag*. 2013;21(3):440–8.
 221. Melnyk BM, Fineout-Overhold E, Stillwell SB, Williamson K. Evidence Based Practice Step by Step: The seven steps of evidence-based practice. *AJN Am J Nurs*. 2010;110(1):51–3.
 222. Wilkinson JE, Nutley SM, Davies HTO. An Exploration of the Roles of Nurse Managers in

- Evidence-Based Practice Implementation. *Worldviews Evidence-Based Nurs.* 2011;8(4):236–46.
223. Slavitt DB., Stamps PL., Piedmont EB., Hasse AM. Nurses' Satisfaction with Their Work Situation. *Nurs Res.* 1978;27(2):114–9.
 224. Braga C, Jesus É, Araújo B. RN4Cast Study in Portugal: Nurses and care left undone. *J Hosp Adm.* 2018;7(2):58.
 225. Leone C, Bruyneel L, Anderson JE, Murrells T, Dussault G, Henriques de Jesus É, et al. Work environment issues and intention-to-leave in Portuguese nurses: A cross-sectional study. *Health Policy (New York).* 2015;119(12):1584–92.
 226. Aiken LH, Sermeus W, Van Den Heede K, Sloane DM, Busse R, McKee M, et al. Patient safety, satisfaction, and quality of hospital care: Cross sectional surveys of nurses and patients in 12 countries in Europe and the United States. *BMJ.* 2012;344(7851):1–14.
 227. White S, Spruce L. Perioperative Nursing Leaders Implement Clinical Practice Guidelines Using the Iowa Model of Evidence-Based Practice. *AORN J.* 2015;102(1):50–9.
 228. Kim SC, Ecoff L, Brown CE, Gallo AM, Stichler JF, Davidson JE. Benefits of a Regional Evidence-Based Practice Fellowship Program: A Test of the ARCC Model. *Worldviews Evidence-Based Nurs.* 2017;14(2):90–8.
 229. Melnyk BM, Fineout-Overholt E. Evidence-based practice in nursing & healthcare: A guide to best practice. Melnyk BM, Fineout-Overholt E, editors. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2005.
 230. Melnyk BM., Gallagher-Ford L., Fineout-Overholt E. Implementing the evidence-based practice (EBP) competencies in healthcare: a practical guide for improving quality, safety, and outcomes. Indianapolis: Sigma Theta Tau; 2017.
 231. Munten G, van den Bogaard J, Cox K, Garretsen H, Bongers I. Implementation of evidence-based practice in nursing using action research: a review. *Worldviews Evid Based Nurs.* 2010;7(3):135–57.
 232. Jayasekara RS. Focus groups in nursing research: Methodological perspectives. *Nurs Outlook.* 2012;60(6):411–6.
 233. Elo S, Kanste O, Utriainen K. Qualitative Content Analysis: A Focus on Trustworthiness. *SAGE Open.* 2014;4(1).

234. Graneheim UH, Lindgren B, Lundman B. Methodological challenges in qualitative content analysis: A discussion paper. *Nurse Educ Today*. 2017;56:29–34.
235. Warren JI, McLaughlin M, Bardsley J, Eich J, Esche CA, Kropkowski L, et al. The Strengths and Challenges of Implementing EBP in Healthcare Systems. *Worldviews Evidence-Based Nurs*. 2016;13(1):15–24.
236. Chen L, Wu Y, Zhou C, Li X, Zhao H. Value, knowledge and implementation on evidence-based practice among nurse managers in china: A regional cross-sectional survey. *J Nurs Manag*. 2020;28(1):139–47.
237. Patelarou AE, Laliotis A, Brokalaki H, Petrakis J, Dafermos V, Koukia E. Readiness for and predictors of evidence base practice in Greek healthcare settings. *Appl Nurs Res*. 2017;35:64–70.
238. Garcia DS, Camacho Carr K, Yuwen W. Exploring readiness for implementing best practices: A mixed methods study. *J Eval Clin Pract*. 2020;(November):jep.13520.
239. Clavijo-Chamorro MZ, Sanz-Martos S, Gómez-Luque A, Romero-Zarallo G, López-Medina IM. Context as a Facilitator of the Implementation of Evidence-based Nursing: A Meta-synthesis. *West J Nurs Res*. 2020;
240. Bowers MR, Hall JR, Srinivasan MM. Organizational culture and leadership style: The missing combination for selecting the right leader for effective crisis management. *Bus Horiz*. 2017;60(4):551–63.
241. Li SA, Jeffs L, Barwick M, Stevens B. Organizational contextual features that influence the implementation of evidence-based practices across healthcare settings: A systematic integrative review. *Syst Rev*. 2018;7(1).
242. Greenberg N, Docherty M, Gnanapragasam S, Wessely S. Managing mental health challenges faced by healthcare workers during covid-19 pandemic. *BMJ*. 2020;1211(March):m1211.
243. Williamson KM, Almaskari M, Lester Z, Maguire D. Utilization of evidence-based practice knowledge, attitude, and skill of clinical nurses in the planning of professional development programming. *J Nurses Prof Dev*. 2015;31(2):73–80.
244. Cheng L, Feng S, Hu Y. Evidence-based nursing implementation in Mainland China: A scoping review. *Nurs Outlook*. 2017;65(1):27–35.

245. Underhill M, Roper K, Siefert M Lou, Boucher J, Berry D. Evidence-based practice beliefs and implementation before and after an initiative to promote evidence-based nursing in an ambulatory oncology setting. *Worldviews Evidence-Based Nurs*. 2015;12(2):70–8.
246. Macphee M, Skelton-green J, Bouthillette F, Suryaprakash N. An empowerment framework for nursing leadership development: supporting evidence. *J Adv Nurs*. 2011;68(1):159–69.
247. Germain P, Cummings G. The influence of nursing leadership on nurse performance: a systematic literature review. *J Nurs Manag*. 2010;18(4):425–39.
248. Shin JI, Lee E. The Influence of Social Capital on Nurse-Perceived Evidence-Based Practice Implementation in South Korea. *J Nurs Scholarsh*. 2017;49(3):267–76.
249. Carney M. Influence of organizational culture on quality healthcare delivery. *Int J Health Care Qual Assur*. 2011;24(7):523–39.
250. Fragkos KC, Makrykosta P, Frangos CC. Structural empowerment is a strong predictor of organizational commitment in nurses: A systematic review and meta-analysis. *J Adv Nurs*. 2020;76(4):939–62.
251. Connolly M, Jacobs S, Scott K. Clinical leadership, structural empowerment and psychological empowerment of registered nurses working in an emergency department. *J Nurs Manag*. 2018;26(7):881–7.

Anexos

Anexo 1

Autorização para realização do estudo

Exma. Senhora

Abílio António Cardoso Teixeira

Abilio.cardosoteixeira@gmail.com

SUA REFERÊNCIA

SUA COMUNICAÇÃO DE
05/11/2017

NOSSA REFERÊNCIA
Nº: 263
PROC. Nº:

DATA
21-12-2017

ASSUNTO: Pedido de Realização de Investigação

Acusamos a recepção do seu pedido para realização da Pesquisa Clínica / Investigação sobre o tema "Empoderamento Profissional e Prática Baseada na Evidência".

Agradecemos a preferência pela nossa instituição.

A Comissão Ética de Saúde não tem objecção ética à realização do referido projecto no

Em reunião do Conselho de Administração foi deliberada a autorização, nos termos do parecer da Comissão de Ética.

No final da realização da investigação deverá entregar, no Centro Hospitalar

no Serviço de Formação, o **relatório final**, sendo este de carácter obrigatório.

Estaremos ao dispor para qualquer informação ou esclarecimento que entenda solicitar.

Com os melhores cumprimentos.

O-Vogal do Conselho de Administração,

Anexo 2

Termo de consentimento informado para participação no estudo

Termo de consentimento informado

Fui informado de que o Estudo de Investigação acima mencionado se destina a averiguar a relação entre as variáveis: sócio demográficas; conhecimentos, habilidades e competências, as práticas e as atitudes da Prática Baseada na Evidência; dimensões de Empoderamento Estrutural e dimensões de Empoderamento Psicológico, com a aplicação de: “Instrumento de Empoderamento Psicológico”, “Questionário de Eficácia das Condições de Trabalho-II” e “Questionário de Eficácia Clínica e Prática Baseada na Evidência – 20 itens”.

Sei que neste estudo está prevista o preenchimento de questionários, tendo-me sido explicado em que consistem.

Foi-me garantido que todos os dados relativos à identificação dos participantes neste estudo são confidenciais e que será mantido o anonimato.

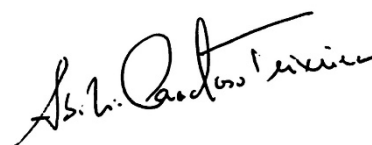
Sei que posso recusar-me a participar ou interromper a qualquer momento a participação no estudo, sem nenhum tipo de penalização por este facto.

Compreendi a informação que me foi dada, tive oportunidade de fazer perguntas e as minhas dúvidas foram esclarecidas.

Aceito participar de livre vontade no estudo acima mencionado.

Também autorizo a divulgação dos resultados obtidos no meio científico, garantindo o anonimato.

De forma a manter o anonimato dos dados, pedimos que retire esta folha sendo entregue, posteriormente, com a entrega de todos os questionários.



O Investigador, Abílio Cardoso Teixeira

Data: ____/____/2018

A sua assinatura aqui

Anexo 3

Formulário de recolha de dados aplicado na etapa 2 - “Descrição”



Draft

Questionário

Empoderamento Profissional e Enfermagem Baseada na Evidência - Contributos para uma otimização da prática

Sr(a). Enfermeiro(a),

Existe uma preocupação crescente por uma Prática Baseada na Evidência (PBE), havendo uma melhoria clara dos resultados, um incremento da qualidade e uma redução dos custos. Sendo claro que o contexto organizacional influencia o suporte e atitudes perante a PBE, é enfatizada a importância da mudança nas organizações de saúde (nomeadamente política), de forma a garantir a implementação e promoção de uma PBE, nestes sistemas profissionais complexos, nomeadamente na intervenção sobre fatores modificáveis.

Paralelamente, inúmeros resultados positivos advêm de ambientes promotores de empoderamento e de profissionais empoderados: participação na tomada de decisão, aumento da autonomia e controlo sobre o trabalho, facilitação no atingir de objetivos, aumento do comprometimento organizacional e com a profissão, aumento da satisfação profissional e redução do stress profissional e burnout. Empoderamento estrutural tem um efeito positivo no empoderamento psicológico que, por sua vez, tem influência no comprometimento organizacional.

Apesar da assumida relevância, na Enfermagem, em Portugal, o estudo da relação entre Empoderamento Profissional e Enfermagem Baseada na Evidência não é uma realidade estudada. Assim, com este estudo, que faz parte de um estudo mais abrangente, propomo-nos a dar resposta à seguinte questão de partida: "Qual a relação entre Empoderamento Profissional dos enfermeiros em contexto hospitalar e os conhecimentos, habilidades e competências, as práticas e as atitudes da Prática Baseada na Evidência?"

Este questionário é constituído por quatro partes, com um tempo médio de preenchimento de 10 minutos: caracterização sócio-demográfica, "Instrumento de Empoderamento Psicológico", "Questionário de Eficácia das Condições de Trabalho-II" e "Questionário de Eficácia Clínica e Prática Baseada na Evidência – 20 itens". O primeiro questionário é constituído por 16 itens, com um formato de resposta de A (completamente em desacordo) a G (completamente em acordo). O segundo é constituído por 6 partes, de 19 + 2 itens, cujo formato de resposta varia de 1 a 5 (de acordo com o grau de concordância, variando consoante a questão). O terceiro é constituído por 3 partes, com 20 itens, cujo formato de resposta varia de 1 a 7. Estes três instrumentos foram previamente validados para a população portuguesa, pelo que seguem diferentes formatações, de acordo com as orientações seguidas aquando desse processo.

Assim, para o desenvolvimento deste estudo, contamos com a sua participação, sendo garantido o anonimato, podendo desistir a qualquer momento, sem qualquer penalização. Somentamos que os resultados serão disponibilizados após a apresentação do estudo à comunidade científica. A vossa colaboração é fundamental para que possamos levar a cabo este trabalho, pelo que agradecemos a vossa participação. De forma a manter o anonimato dos dados, pedimos que coloque a folha de consentimento informado num envelope destinado a esse fim.

Abílio Cardoso Teixeira
abilio.cardosoteixeira@gmail.com

Doutorando em Ciências de Enfermagem - Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar



Draft

PARTE I: CARATERIZAÇÃO SÓCIO-DEMOGRÁFICA

As perguntas seguintes destinam-se a caraterizar sócio-demograficamente a amostra, solicitando-se que responda preenchendo o círculo (●) correspondente à sua opção e com resposta numérica quando tal for solicitado.

1. Idade Anos

2. Género: ☐ Feminino ☐ Masculino

3. Estado civil: ☐ Solteiro(a) ☐ Casado(a)/ União de facto ☐ Separado(a) ☐ Viúvo(a)

4. Habilitações Académicas: (pode assinalar mais do que uma opção)

☐ Bacharelato

☐ Licenciatura

☐ Mestrado Qual

☐ Doutoramento Qual

5. Habilitações Profissionais: (pode assinalar mais do que uma opção)

☐ Curso Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem

Qual

☐ Curso(s) de Pós-Graduação

Qual 1

Qual 2

Qual 3

6. Tempo de exercício Profissional

Anos Meses

7. Local exercício profissional (nesta Unidade de Saúde):

8. Tempo exercício profissional no local acima enunciado: Anos Meses

9. Cargo que ocupa:

☐ Enfermeiro diretor

☐ Enfermeiro supervisor

☐ Enfermeiro chefe

☐ Enfermeiro especialista

☐ Enfermeiro

10. Relativamente a formação contínua, frequentou formação(ões) nas áreas em estudo (para além das, eventualmente incluídas nas questões 4 e 5)? (pode assinalar mais do que uma opção)

☐ Prática Baseada na Evidência

☐ Metodologia e implementação de projetos

☐ Investigação

☐ Gestão

PARTE II: INSTRUMENTO DE EMPODERAMENTO PSICOLÓGICO*

Responda às seguintes questões, preenchendo o círculo (●) correspondente, tendo em conta o seu grau de concordância, em que:

A. Discordo Plenamente; **B.** Discordo Fortemente; **C.** Discordo; **D.** Nem Discordo/Nem Concordo;

E. Concordo; **F.** Concordo Fortemente; **G.** Concordo Plenamente

	A	B	C	D	E	F	G
1. Estou confiante das minhas capacidades em realizar o meu trabalho	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2. O trabalho que faço é importante para mim	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
3. Tenho autonomia suficiente para determinar como faço o meu trabalho	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4. O meu impacto naquilo que acontece no meu serviço é grande	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
5. As minhas atividades profissionais são, pessoalmente, importantes para mim	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
6. Tenho um grande controlo sobre o que acontece no meu serviço	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
7. Posso decidir por mim mesmo como proceder para fazer o meu trabalho	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
8. Preocupo-me realmente com aquilo que faço no meu trabalho.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
9. O meu trabalho está perfeitamente dentro do âmbito das minhas competências	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
10. Tenho boas condições para exercer o meu trabalho de forma independente e livre	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
11. Domino as competências necessárias para o meu trabalho	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
12. A minha opinião é relevante na tomada de decisões no meu serviço	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
13. O trabalho que faço tem significado para mim	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
14. Tenho uma influência significativa sobre o que acontece no meu	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
15. Estou confiante das minhas capacidades para realizar as minhas atividades laborais	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
16. Tenho a possibilidade de utilizar a iniciativa pessoal na execução do meu trabalho	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

* Versão original de Spreitzer, G. (1995). Psychological empowerment in the workplace - dimensions, measurement, and validation. *Academy of Management Journal* 38(5), 1442-65.

Versão traduzida, adaptada e validada para Portugal por Teixeira, Nogueira e Alves (2016) Empoderamento psicológico em enfermagem: tradução, adaptação e validação do "Psychological Empowerment Instrument". *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, (16), 27-33. <https://dx.doi.org/10.19131/rpesm.0154>

Parte III: Questionário de Eficácia das Condições de Trabalho – II **

Responda às seguintes questões, preenchendo o círculo (●) correspondente, tendo em conta o seu grau de concordância enunciado nas questões:

1. Quantifique as oportunidades no seu emprego atual, de 1 (nenhum), 3 (algum) a 5 (muito):

	1	2	3	4	5
Trabalho desafiante	☐	☐	☐	☐	☐
Possibilidade de ganhar novas competências e conhecimentos no trabalho	☐	☐	☐	☐	☐
Tarefas que utilizem todas as competências e conhecimentos	☐	☐	☐	☐	☐

2. Qual a quantidade de informação que tem no seu atual emprego sobre?

1 (sem conhecimento), 3 (algum conhecimento) a 5 (muito conhecimento)

	1	2	3	4	5
O estado atual da instituição	☐	☐	☐	☐	☐
Os valores da administração	☐	☐	☐	☐	☐
Os objetivos da administração	☐	☐	☐	☐	☐

3. Quantifique o nível de apoio que tem no seu emprego atual, de 1 (nenhum), 3 (algum) a 5 (muito):

	1	2	3	4	5
Informação específica sobre as coisas que faço bem	☐	☐	☐	☐	☐
Comentários específicos sobre aspetos que posso melhorar	☐	☐	☐	☐	☐
Dicas úteis ou sugestões para a resolução de problemas	☐	☐	☐	☐	☐

4. Qual o nível de acesso aos recursos que tem no seu atual emprego? 1 (nenhum), 3 (algum) a 5 (muito)

	1	2	3	4	5
Tempo disponível para trabalho administrativo/ documentação	☐	☐	☐	☐	☐
Tempo disponível para cumprir as exigências do trabalho	☐	☐	☐	☐	☐
Obter ajuda temporária quando necessário	☐	☐	☐	☐	☐

5. No meu ambiente de trabalho, em que 1 (nenhuma), 3 (alguma) a 5 (muita):

	1	2	3	4	5
A recompensa para a inovação no trabalho	☐	☐	☐	☐	☐
A quantidade de flexibilidade no trabalho é	☐	☐	☐	☐	☐
A visibilidade das atividades relacionadas com o meu trabalho dentro da instituição é	☐	☐	☐	☐	☐

** Versão original de Laschinger, H., Finegan, J., Shamian, J., & Wilk, P. (2001). Impact of structural and psychological empowerment on job strain in nursing work settings: expanding Kanter's model. *The Journal of Nursing Administration*, 31(5), 260-72.

Versão traduzida, adaptada e validada para Portugal por Teixeira, Nogueira e Alves (2016) Empoderamento estrutural em enfermagem: tradução, adaptação e validação do Conditions of Work Effectiveness Questionnaire II. *Revista de Enfermagem Referência*, serIV(10), 39-47. <https://dx.doi.org/10.12707/RIV18014>

6. Quantifique as oportunidades que para as seguintes atividades no seu local de trabalho, de 1 (nenhum), 3 (algum) a 5 (muito):

	1	2	3	4	5
Colaborar com os médicos no tratamento dos cliente	☐	☐	☐	☐	☐
Ser solicitado pelos colegas para ajudar na resolução de problemas	☐	☐	☐	☐	☐
Ser solicitado pelos superiores para ajudar na resolução de problemas	☐	☐	☐	☐	☐
Procurar o parecer de outros profissionais de saúde que não médicos	☐	☐	☐	☐	☐

7. Qual o tipo de oportunidades que tem no seu atual emprego?

1 (discordo totalmente), **3** (Não concordo, nem discordo) a **5** (concordo totalmente):

	1	2	3	4	5
Globalmente, o ambiente laboral atual, fortalece o cumprimento do meu trabalho de um modo eficaz.	☐	☐	☐	☐	☐
Globalmente, considero o meu local de trabalho como um ambiente empoderador	☐	☐	☐	☐	☐



Draft

PARTE IV: QUESTIONÁRIO DE EFICÁCIA CLÍNICA E PRÁTICA BASEADA NA EVIDÊNCIA – 20 ITENS ***

Responda às seguintes questões, preenchendo o círculo (●) correspondente, tendo em conta o seu grau de concordância enunciado nas questões:

I. Tendo em conta a sua prática em relação aos cuidados prestados aos doentes (clientes) no último ano, com que frequência, em consequência de uma lacuna no seu conhecimento, fez o seguinte:

1. Formulou uma pergunta de partida claramente definida, como início de um processo para preencher essa lacuna:	
Nunca	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
Frequentemente	
2. Localizou as evidências relevantes depois de ter formulado a pergunta:	
Nunca	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
Frequentemente	
3. Analisou criticamente e segundo critérios explícitos, qualquer literatura que tenha encontrado:	
Nunca	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
Frequentemente	
4. Integrou as evidências que encontrou na sua prática:	
Nunca	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
Frequentemente	
5. Avaliou os resultados da sua prática:	
Nunca	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
Frequentemente	
6. Partilhou essa informação com colegas:	
Nunca	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
Frequentemente	

II. Por favor indique em que lugar da escala você se situa em relação a cada um dos seguintes pares de afirmações:

7. Não me agrada que a minha prática clínica seja questionada	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐	Acolho com agrado as perguntas sobre a minha prática
8. A prática com base em evidências é uma perda de tempo	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐	A prática com base em evidências é essencial à prática profissional
9. Mantenho-me fiel a métodos testados e aprovados, ao invés de mudar para algo novo	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐	A minha prática mudou devido às evidências que encontrei

***Versão original de Upton, D., & Upton, P. (2006). Development of an evidence-based practice questionnaire for nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 54(4), 454-8

Versão traduzida, adaptada e validada para Portugal por Pereira, R. Guerra, A., Cardoso, M., Santos, A., Figueiredo, M., & Carneiro, A. (2012). Validação da versão portuguesa do Questionário de Eficácia Clínica e Prática Baseada em Evidências. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 23(2), 345-51. <https://dx.doi.org/10.1590/0104-1169.0367.2561>

III. Numa escala de 1 a 7 (em que 7 é a melhor pontuação), como classificaria a(s) sua(s):

Assinale a opção com qual se identifica preenchendo o círculo (●)

	1	2	3	4	5	6	7
10. Competências de pesquisa	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
11. Competências em TI (Tecnologias de Informação)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
12. Monitorização e revisão de competências práticas	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
13. Conversão das suas necessidades de informação numa pergunta de investigação	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
14. Percepção dos principais tipos e fontes de informação	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
15. Capacidade de identificar lacunas na sua prática profissional	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
16. Saber como obter as evidências	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
17. Capacidade de analisar, de forma crítica, as evidências segundo normas definidas	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
18. Capacidade de determinar a validade (aproximação da verdade) do material	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
19. Capacidade de determinar a utilidade (aplicabilidade clínica) do material	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
20. Capacidade de aplicar a informação a casos individuais	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Terminou o preenchimento deste questionário. Obrigado pela colaboração.

Caso pretenda conhecer os resultados deste estudo, poderá entrar em contato através do endereço de correio eletrónico abilio.cardosoteixeira@gmail.com.

Anexo 4

Guião para reunião focalizada

Orientações para o investigador:

15h30: Valorizar a colaboração dos participantes e solicitar autorização para fazer a gravação da sessão, garantindo a confidencialidade da informação e o anonimato dos participantes (Nota para o investigador: poder-se-á fazer antes)

15h35: contextualização atual do estudo (Nota para o investigador: etapa 2 e etapa 3, enquadrando o modelo ARCC®)

15h45: discussão sobre os diferentes passos do Modelo ARCC®, com recurso ao seguinte guião:

1. Avaliação da cultura organizacional	da	Considera existir uma cultura organizacional que predisponha para a PBE? Nota para o investigador: cultura de segurança do cliente
2. Identificação de barreiras e facilitadores	de	Consegue identificar, nesta instituição, facilitadores à PBE? Nota para o investigador: paradigma/ filosofia; presença de mentores; suporte Consegue identificar, nesta instituição, barreiras à PBE? Nota para o investigador: conhecimentos; recursos; valorização inadequada da PBE
3. Avaliação do “ <i>The Advancing Research and Clinical practice through close Collaboration (ARCC) Model</i> ”		Considera as estratégias adotadas eficazes para a promoção da PBE, nesta instituição? Nota para o investigador: Workshops interativos de construção de competências; estratégias futuras dinamizadoras (<i>journal club</i> ; outras) Da aplicação do modelo, considera ter havido efeito nas atitudes para com a PBE? Da aplicação do modelo, considera ter havido efeito na implementação da PBE? Da aplicação do modelo, considera ter havido efeito na produtividade?
4. Próximos passos		Quais as implicações do modelo a curto e a médio prazo? Nota para o investigador: mentores como dinamizadores; “ <i>EBP champions</i> ” Considera haver sugestões, relativamente à aplicação do modelo e estratégias adotadas? Há alguma coisa que gostassem de acrescentar que não tenha sido perguntado?

Nota: espaço aberto para explorar outros temas

Anexo 5

Publicações e comunicações efetuadas

2021:

Apresentação da comunicação oral "Empoderamento Profissional e Enfermagem Baseada na Evidência: revisão sistemática de métodos mistos", no âmbito do VI Congresso de Investigação em Enfermagem Ibero-americano e de Países de Língua Oficial Portuguesa e II Simpósio Internacional de Cuidados de Saúde Baseados na Evidência

Cardoso Teixeira, A., Nogueira, A., Nunes, J., Teixeira, L., & Céu Barbieri-Figueiredo, M. (2021). Professional empowerment among Portuguese nursing staff: A correlational study. *Journal Of Nursing Management*, 29(5), 1120-1129. <https://doi.org/10.1111/jonm.13250>

2020:

Apresentação do tema "Empoderamento Profissional e Enfermagem Baseada na Evidência: contributos para uma otimização da prática" no Dia Mundial dos Cuidados de Saúde Baseados na Evidência 2020: Webinar - Da evidência ao impacto, promovido pelo CINTESIS.

Apresentação, a convite, da conferência "Empoderamento Profissional e Prática Baseada na Evidência" nas Jornadas Científicas de Enfermagem 2020 da Escola Superior de Saúde de Vale do Sousa (online)

Apresentação, a convite, do tema "Da questão de investigação à revisão sistemática" no Curso "O Enfermeiro Especialista: Das competências aos projetos e práticas de enfermagem" promovido pelo Centro Hospitalar de Tâmega e Sousa (Amarante)

2019:

Moderação, a convite, da mesa "Prática Baseada na Evidência no CHTS" nas "II Jornadas de Enfermagem do Departamento Médico do CHTS – Desafios no Cuidar", promovido pelo CHTS (Amarante)

Moderação da mesa From nurse to doctoral graduate: impact of PhD in nursing practice, in Portugal and in the world:Portuguese Experience" no Congresso "Evidenciando a Essência da Enfermagem – 10 anos do programa doutoral em Ciências de Enfermagem", promovido pela ESEP, ICBAS – UP e CINTESIS

Apresentação do Póster "Conhecimentos, habilidades e competências de Prática Baseada na Evidência em Enfermeiros de um Hospital do Norte de Portugal – um estudo descritivo", na Semana de Investigação em Enfermagem 2019, promovida pelo NursID – Cintesis (Porto)

Apresentação da Comunicação Oral “Empoderamento Profissional em Enfermeiros de um Centro Hospitalar do Norte de Portugal – um estudo descritivo”, na Semana de Investigação em Enfermagem 2019, promovida pelo NursID – Cintesis (Porto)

Apresentação do estudo “Empoderamento Profissional e Enfermagem Baseada na Evidência: contributos para uma otimização da prática” no PubhD (Porto)

Apresentação, a convite, do tema “Prática Baseada na Evidência” no III Symposium de Medicina Intensiva – Centro Hospitalar de Lisboa Norte

2018:

Apresentação do projeto “Empoderamento Profissional e Enfermagem Baseada na Evidência: contributos para uma otimização da prática” na NursID Week 2018 - Semana de Investigação em Enfermagem, na Escola Superior de Enfermagem do Porto

Apresentação, a convite, do tema “Empoderamento profissional e Enfermagem baseada na evidência” na Conferência “Administração e Gestão de Serviços de Saúde”: Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa (Oliveira de Azemeis)

Apresentação do tema “Empoderamento Profissional e Enfermagem Baseada na Evidência: contributos para uma otimização da prática” nas Jornadas de Enfermagem “Dia internacional do Enfermeiro”: Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa (Penafiel)

Apresentação da Comunicação livre, em forma de poster com o título “Empowerment and EBP – A Systematic Review” no “10th Biennial Joanna Briggs Institute Colloquium 2018”: The Joanna Briggs Institute (Bruxelas)

Publicação de Protocolo de Revisão Sistemática sob o título “Professional empowerment and evidence-based practice in nursing: a systematic review” em PROSPERO - International prospective register of systematic reviews com o número CRD42018086414. Autores: Abílio Cardoso Teixeira; Maria do Céu Barbieri-Figueiredo; Maria da Assunção Nogueira

Outras publicações:

Teixeira, A. (2021). Enfermagem Baseada na Evidência. In N. Coimbra, Enfermagem de Urgência e Emergência (1ª ed., pp. 19-24). LIDEL.

Teixeira, A., & Barbieri-Figueiredo, M. (2020). Investigação e Prática Baseada na Evidência. In J. Pinho, Enfermagem em Cuidados Intensivos (1ª ed., pp. 8-20). LIDEL.

Teixeira, A., Nogueira, A. & Alves, P. (2020). Investigação e Prática Baseada na Evidência. In J. Pinho, Enfermagem em Cuidados Intensivos (1ª ed., pp. 42-47). LIDEL.