



New Trends in  
Qualitative  
Research



VOLUMEN 20 N°3

DOI:

<https://doi.org/10.36367/ntqr.20.3.2024.e1063>

Inês Agostinho

Nueza Reis

Luís Sousa

Rogério Ferreira

Marcelle Miranda da Silva

Cristina Lavareda Baixinho

Data de submissão: Março, 2024

Data de avaliação: Abril, 2024

Data de publicação: Agosto, 2024

# A IMPLEMENTAÇÃO DA EVIDÊNCIA QUALI - DESAFIO AOS ECOSSISTEMAS DE EVIDENCIA

## RESUMO

**Introdução:** A translação do conhecimento para os contextos clínicos, em saúde, enfrenta desafios complexos com os resultados de investigação a demorarem a influenciar as políticas de saúde e as intervenções. A Organização Mundial de Saúde consciente da necessidade de se desenvolverem ecossistemas de evidência clínicos aponta uma série de recomendações; **Objetivos:** Este artigo pretende responder à questão: 'Quais os contributos da pesquisa qualitativa para o desenvolvimento de ecossistemas de evidência na clínica em saúde?' **Métodos:** A partir da revisão da literatura e da experiência dos autores (com a investigação qualitativa e a translação do conhecimento) pretende-se explorar esta temática, quais as vantagens da investigação qualitativa, a importância da sua aplicação no cuidado centrado na pessoa e no desenvolvimento dos ecossistemas de evidência. **Resultados.** Uma visão diferenciadora sobre a investigação e os modelos de translação de conhecimento contribui para o desenvolvimento de ecossistemas de evidência, onde desde o desenho do estudo ao uso dos resultados de investigação há co-construção e pelos diferentes atores do processo: cidadãos, profissionais de saúde, gestores e decisores políticos. **Conclusões.** A investigação qualitativa permite o cuidado centrado, o desenho de intervenções que tenham em conta as preferências e crenças da pessoa, contribuindo para uma prática baseada na evidência e para o desenvolvimento dos ecossistemas de evidência.

## Palavras-Chave

Pesquisa Qualitativa; Saúde; Prática Clínica Baseada em Evidências; Ecossistema.

## IMPLEMENTING QUALI EVIDENCE - A CHALLENGE FOR EVIDENCE ECOSYSTEMS

### Abstract

**Introduction** Translating knowledge into clinical health contexts faces complex challenges, and research results take time to influence health policies and interventions. The World Health Organization, aware of the need to develop clinical evidence ecosystems, has made a series of recommendations; **Goals:** This article aims to answer the question: 'What are the contributions of qualitative research to the development of evidence ecosystems in clinical healthcare?' **Methods:** Based on a review of the literature and the authors' experience (with qualitative research and knowledge translation), the aim is to explore the advantages of qualitative research, the importance of its application in person-centered care and the development of evidence ecosystems. **Results:** A differentiated view of research and knowledge translation models contributes to the development of evidence ecosystems, where from the design of the study to the use of research results there is co-construction by the different actors in the process: citizens, health professionals, managers, and policy makers. **Conclusions:** Qualitative research allows for centered care, the design of interventions that take into account the preferences and beliefs of the person, contributing to evidence-based practice and the development of evidence ecosystems.

### Keywords

Qualitative Research; Health; Evidence-Based Practice; Ecosystem.

## 1. Introdução

A investigação qualitativa tem desempenhado um papel crucial no desenvolvimento do conhecimento em diferentes áreas, não sendo a enfermagem a exceção. Os paradigmas construtivistas e interpretativista de investigação têm vindo a ser reconhecidos pela sua capacidade de captar a complexidade e a riqueza dos fenómenos sociais e humanos que estão a ser estudados, fornecendo insights valiosos para a compreensão dos fenómenos, isoladamente ou em complementaridade com abordagens quantitativas (Hoddinott et al., 2018). Pela natureza dos métodos e técnicas que utiliza, a investigação qualitativa permite uma compreensão mais profunda das experiências, atitudes e perceções dos indivíduos envolvidos nos cuidados de saúde, destacando aspetos que podem ser facilmente negligenciados em estudos quantitativos (Korstjens & Moser, 2018).

Internacionalmente há um crescente reconhecimento que os métodos e técnicas qualitativos permitem a compreensão aprofundada das transições de saúde/doença e ajudam na explicitação da implementação e aceitação, ou não, pela população-alvo (Thirsk & Clark, 2017). Como observam Thirsk e Clark (2017) as intervenções de saúde precisam ser compreendidas de forma a responder à complexidade dos programas, das pessoas e dos lugares. Para tal, a investigação qualitativa e os esforços de métodos mistos tentam superar os limites da pesquisa baseada em medições. Ao contrário dos métodos quantitativos, o objetivo da investigação qualitativa é explorar, narrar e explicar os fenómenos e dar sentido à complexa realidade (Renjith et al., 2021; Yardley, Bradbury, & Morrison, 2021).

Por este tipo de investigação explorar as experiências, perspetivas e significados implícitos aos achados, esta enriquece a nossa perceção relativamente aos ecossistemas de evidência em saúde, o que leva a uma prática clínica mais informada. O conceito de ecossistema de evidência em saúde, não sendo propriamente recente, adquiriu um novo fôlego com a guideline da Organização Mundial de Saúde (OMS) '*Evidence, policy, impact. WHO guide for evidence-informed decision-making*' que o define como sendo um ecossistema que reflete as ligações, formais e informais, e as interações de diferentes autores (e as suas capacidades e recursos) envolvidas na produção, translação e uso de evidência (World Health Organization (WHO), 2021).

De certo modo a associação entre a Investigação Qualitativa e o Ecossistema de Evidências já estava implícita nos estudos sobre o cuidado centrado na pessoa, onde é enfatizada que apenas este tipo de investigação é capaz de captar a voz do doente e, assim, com base nesta, o enfermeiro consegue estruturar intervenções de cuidado mais individualizadas e empáticas (Epstein et al., 2017). Esta abordagem permite melhorar não só a qualidade do cuidado, como também fortalecer a relação terapêutica enfermeiro-doente (Graneheim & Lundman, 2004). Isto é especialmente importante no contexto da enfermagem, visto que a qualidade da interação entre os profissionais de saúde e os seus doentes é essencial para a eficácia dos cuidados prestados. Assim, ao explorar as narrativas dos doentes e estudar detalhadamente cada contexto específico, a investigação qualitativa contribui para a construção de uma base de conhecimento sólida que sustenta uma prática clínica mais sensível às necessidades individuais de cada doente (Presado et al., 2021) e possibilita o desenvolvimento do ecossistema de evidências.

Apesar de amplamente reconhecida na literatura a importância da investigação qualitativa, esta ainda apresenta muitas barreiras. A implementação dos resultados obtidos através da investigação qualitativa na prática clínica ainda é um desafio significativo para os profissionais de saúde e investigadores (Damschroder et al., 2009). As barreiras que impedem a implementação dos insights deste tipo de artigos na prática clínica incluem a resistência à mudança, a falta de recursos e a complexidade dos sistemas de saúde (Chambers et al., 2013). Outra barreira à sua implementação é a transferência de conhecimento destas descobertas qualitativas em intervenções práticas, visto que muitos destes resultados são subjetivos e contextualizados àquela situação específica a ser estudada (Pope et al., 2007). Assim, no processo de implementação é essencial adotar uma abordagem colaborativa e interdisciplinar que envolva os principais *stakeholders*, como profissionais de saúde, doentes, familiares e gestores (Baixinho et al., 2022). Procedendo desta forma é possível integrar os resultados da investigação qualitativa na prática clínica, melhorando a qualidade e eficácia dos cuidados de saúde prestados.

Em suma, apesar da implementação dos resultados da investigação qualitativa na prática clínica ser ainda um desafio, esta é, também, uma oportunidade para melhorar os cuidados de saúde. Os insights obtidos através da investigação qualitativa podem ser traduzidos em intervenções e políticas de saúde que promovam a saúde e o bem-estar dos doentes. Com este artigo pretende-se explorar esta temática, quais as vantagens da investigação qualitativa, a importância da sua aplicação no cuidado centrado na pessoa e no desenvolvimento do ecossistema de evidências.

## 2. Método

Este artigo pretende responder à questão: 'Quais os contributos da pesquisa qualitativa para o desenvolvimento do ecossistema de evidências na clínica em saúde?'

A partir da revisão da literatura, da experiência dos autores com a pesquisa qualitativa, e com o trabalho desenvolvido em projetos de translação do conhecimento para a clínica, convidamos o leitor a refletir sobre o contributo da investigação qualitativa, e da introdução dos seus resultados na clínica para um cuidado que valoriza as experiências, as crenças e a cultura das pessoas. Porque e como observam Renjith *et al.* (2021), os métodos qualitativos possibilitam compreender o comportamento e as experiências do ser humano, e a pesquisa que valoriza esses aspetos, assim como as intervenções dos profissionais de saúde, contribuem para o desenvolvimento do ecossistema de evidências.

As questões de investigação 'quali', são amplamente formuladas sobre as experiências e realidade das pessoas, e estudadas em constante interação com o indivíduo, no seu ambiente natural, o que permite a produção de dados ricos e descritivos que nos ajudarão a compreender as experiências.

E estas experiências, inseridas no contexto específico de cada um, são cruciais para a evidência que é produzida, podendo influenciar as políticas de saúde e as práticas clínicas, promovendo uma abordagem mais abrangente e interdisciplinar para planejar e implementar intervenções e processos de mudança organizacionais baseadas no conhecimento, criando sinergias entre os diferentes intervenientes e contribuindo para a sustentabilidade dos sistemas de saúde (WHO, 2021).

Agostinho et al. (2023) advogam que a abordagem dos cuidados centrados na pessoa implica que os métodos usados no design de intervenções, em saúde, sejam centrados na pessoa através da investigação qualitativa. Estes autores acrescentam ainda que o movimento de Public and Patient Involvement prevê o envolvimento daqueles, para quem a intervenção é significativa, possibilitando uma compreensão aprofundada das opiniões e experiências dos clientes, aumentando o potencial de envolvimento com a mudança comportamental, autocuidado ou gestão do regime terapêutico (Agostinho et al., 2023). Para tal, importa, não só, desenvolver estudos de investigação qualitativa, mas também transferir os seus resultados para os contextos clínicos, para auxiliar na tomada de decisão suportada pela 'evidência quali'.

### 3. Resultados e Discussão

O desenvolvimento da investigação e a proliferação mundial dos produtos científicos associados é um ganho para o desenvolvimento social e humano e, na saúde, muito tem contribuído para a melhoria dos indicadores de saúde (Baixinho et al., 2022). O acréscimo de estudos e a disseminação dos resultados são também desafios para os investigadores, que por um lado têm acesso a estudos diversos, sobre o mesmo tema, muitas vezes, com desenho e qualidade diferentes, mas por outro lado precisam de identificar, avaliar e sintetizar as evidências produzidas (Baixinho et al., 2022).

O supracitado é um repto a repensar como se interligam a síntese de evidência e o respetivo método científico para o fazer, mas também para reconsiderar os processos que são usados para transferir e implementar o conhecimento nos contextos de prática clínica, que têm particularidades muito específicas, desde logo o facto dos utilizadores (profissionais de saúde) e dos consumidores (clientes dos cuidados de saúde) (Baixinho, Ferreira, Marques, Presado, & Cardoso, 2017) possuírem necessidades diferentes e competências de literacia em saúde e literacia científica, dispare, o que condiciona a transferência do conhecimento e a manutenção do seu uso no tempo (Baixinho et al., 2022).

Estas dificuldades são extensíveis a todas as áreas de investigação e condicionam a adoção de uma verdadeira Prática Baseada na Evidência (PBE). Alguns autores consideram que o uso de conhecimento levanta preocupações com a sua produção, disseminação, eficácia e viabilidade (Apóstolo, 2017; Baixinho, et al., 2022) o que pode condicionar a tomada de decisão suportada no conhecimento mais atual.

Ciente destas dificuldades os autores afirmam que a transferência do conhecimento para a clínica é um processo complexo e envolve mais do que a disseminação ou comunicação dos resultados de investigação, acarreta o planeamento e implementação de estratégias para identificar públicos-alvo, como clínicos, gestores, 'fazedores' de políticas, consumidores, entre outros (Apóstolo, 2017; Baixinho, et al., 2022). Outros investigadores acrescentam, para o debate público, aspetos como o trabalho colaborativo, o desenho, a implementação e os métodos para organizar e transferir a informação como eixos centrais para que se consiga uma PBE (Baixinho & Costa, 2020; Baixinho et al., 2022).

A revisão da literatura permite observar, igualmente, que a aprendizagem de investigação e o uso de evidência não são efetuados somente nas faculdades/universidades (Baixinho et al., 2022; Cardoso et al., 2021; Loura et al., 2021), exigem que os estudantes tenham oportunidades de experiência clínica, de contacto com contextos preocupados com o uso da evidência para suportar a tomada de decisão clínica baseada no conhecimento (Cardoso et al., 2021; Loura et al., 2021).

A OMS alerta ainda que os resultados da investigação em saúde são produzidos/obtidos num ecossistema que inclui interlocutores de diferentes áreas científicas e com agendas diversas, por isso a formulação e a adoção de políticas e programas eficazes devem depender, cada vez mais do conhecimento e da evidência suportada nos mesmos, a todos os níveis de decisão, incluindo governos, organizações não-governamentais, sociedade civil, profissionais de saúde, investigadores, entre outros (WHO, 2021).

No supracitado '*Evidence, policy, impact. WHO guide for evidence-informed decision-making*' a OMS apresenta o Túnel de criação de evidência, reportando-se ao trabalho de Reveiz (WHO, 2021), reforçando que a criação de conhecimento novo e de evidência deve ser acompanhado por um conjunto de estratégias e produtos que melhorem a utilização sistemática da mesma. Fica claro que a produção de evidência tem três fases: 1) investigação primária para a criação de conhecimento; 2) a investigação secundária que engloba os estudos de síntese de evidência e 3) a investigação terciária que culmina na produção de produtos que melhorem a utilização da evidência por todos, facilitando a sua transferência para os contextos clínicos e para o cidadão (WHO, 2021).

Nesta classificação estão plasmados os estudos de natureza qualitativa, tanto primários, como secundários (síntese de evidência de estudos qualitativos), tornando claro que a investigação qualitativa é útil para a produção de conhecimento e suporte à PBE. Acresce ainda a importância dos métodos Quali para o entendimento das questões relativas à implementação, à teorização de mecanismos de ação e à compreensão de como o contexto influencia e a aceitabilidade das intervenções (Baixinho et al., 2022). Thirk e Clark (2017) advogam que uma metodologia interpretativa é apropriada para as intervenções complexas, porque as intervenções dos serviços de saúde são representadas como consistentes, objetivas e estáticas, mas na verdade envolvem interpretação na forma como são desenhadas, validadas, implementadas e, adotadas pelas pessoas. Por outro lado, os estudos Quali, com envolvimento dos destinatários dos cuidados, possibilitam a compreensão de como a intervenção pode ser adaptada/adequada ao ambiente da prática clínica e ao contexto específico, com os seus determinantes sociais, culturais, económicos e de políticas de saúde (Baixinho et al., 2022).

Desde o seu desenho à implementação dos achados, a investigação Quali permite o desenvolvimento do ecossistema de evidências (Baixinho, et al., 2022; WHO, 2021). Os estudos sobre a PBE e a translação do conhecimento consideram que em toda a pesquisa clínica, incluindo o desenho de intervenções, é essencial não só um bom planeamento, mas também o envolvimento dos profissionais e clientes dos cuidados de saúde, para aumentar a probabilidade, de essas mesmas intervenções, serem efetivas quando avaliadas e de, eventualmente, serem adotadas na prática (O'Cathain et al., 2019). É impossível falar da integridade das intervenções sem considerar um bom desenho conceptual que sustente a mesma (Muller et al., 2019; Thirsk & Clark, 2017; Prihodova, et al., 2019; Renjith et al., 2021). Assim, as intervenções em saúde devem ser cuidadosamente desenhadas, desenvolvidas e implementadas de maneira a potenciar a resposta a problemas de saúde, para que estas sejam ajustadas e eficazes no seu propósito (O'Cathain et al., 2019), acrescentando valor aos sistemas de saúde.

Há diferentes modelos que conceptualizam a forma como a evidência se traduz em mudança ao nível das políticas de saúde, na implementação de programas e no acréscimo de ganhos (WHO, 2021). O documento recém-publicado da OMS (WHO, 2021) observa que os produtos que podem ser desenvolvidos a partir da síntese de evidência (investigação terciária) são a forma mais "refinada" de evidência, sintetizando a investigação secundária e, conforme necessário, primária e facilitam a introdução da evidência, pelo formato conciso e de fácil utilização, adaptando-a às necessidades de informação dos utilizadores finais.

Corroboramos esta afirmação, mas alertamos que alguns desses produtos carecem de um planeamento e de uma abordagem colaborativa entre investigadores, clínicos e cidadãos para potenciar que os resultados implantados no contexto continuem a ser usados e a suportar o novo conhecimento (Baumbusch, et al., 2008). A OMS (WHO, 2021) refere que o planeamento de produtos de introdução da evidência na clínica, para além da sistematização do conhecimento mais recente, fornece recomendações explícitas para orientar os interessados na sua implementação (WHO, 2021), agilizando a transferência e a sustentabilidade na manutenção do uso da evidência (Graham et al., 2006).

De salientar, que os achados da investigação no domínio da saúde são produzidos e aceites num ecossistema, que inclui atores de diferentes domínios e com agendas diversas. O desenvolvimento de ecossistema de evidências clínicas pode ser dividido em dois domínios distintos, mas interrelacionados: a criação da evidência e a sua aplicação para fundamentar a tomada de decisão (WHO, 2021), a diferentes níveis: clínico, organizacional, político e societal.

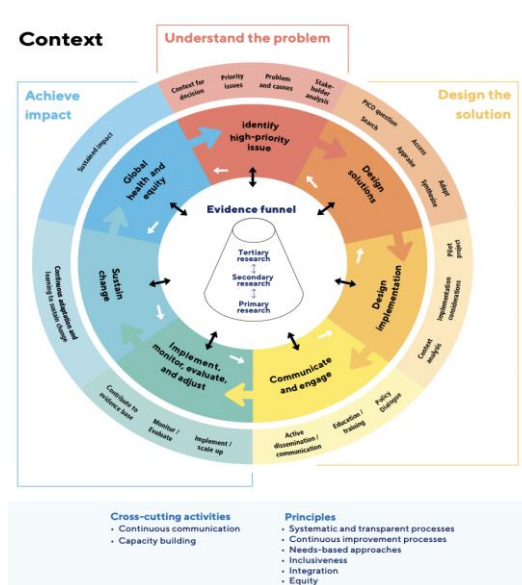
Face ao exposto a um nível mais micro (clínico) importa promover o trabalho colaborativo entre investigadores e clínicos, com envolvimento dos clientes dos cuidados de saúde (Baixinho et al., 2017). Como refere a OMS (2021), o desenvolvimento de produtos de evidência requer o envolvimento das principais partes interessadas, uma equipa interdisciplinar de profissionais, e a coprodução por investigadores e utilizadores da investigação. A mesma organização adverte ainda que esse envolvimento pode ser central para aumentar a probabilidade que a evidência se traduza em política ou ação (WHO, 2021).

Por exemplo as *guidelines* com intervenções/orientações clínicas podem demorar algum tempo a ser implementadas na prática, sobretudo se a opção privilegiada para a transferência do conhecimento for a de utilização de modelos lineares e unidirecionais, para levar passivamente a informação dos investigadores aos utilizadores e consumidores (Baixinho et al., 2022; Prihodova et al., 2019).

Há alguns modelos que defendem a utilização de outros referenciais teóricos, por exemplo, o modelo de Conhecimento para a Ação de Graham e colaboradores (2006), que define dois ciclos centrais para a Translação do Conhecimento (o da criação do conhecimento e o da ação que representa o processo de aplicação do conhecimento). O ciclo de criação do conhecimento aparece, como o núcleo central, que engloba a produção do conhecimento, a sua síntese e a criação de produtos/instrumentos que promovam a introdução do conhecimento na prática clínica. O ciclo de ação inclui sete etapas dinâmicas e interrelacionadas: 1) selecionar, adaptar e implementar intervenções; 2) avaliar barreiras/facilitadores ao uso do conhecimento; 3) adaptar o conhecimento ao contexto local; 4) identificar o problema; 5) manter o uso do conhecimento; 6) avaliar os resultados e 7) monitorizar o uso do conhecimento (Graham et al., 2006).

A *Framework* apresentada pela OMS (WHO, 2021) para o impacto do ecossistema de evidências (Figura 1) deixa clara a necessidade do uso de modelos cíclicos/colaborativos para a transferência do conhecimento, para que o uso da evidência possa atingir o objetivo de saúde e equidade globais (WHO, 2021).

A análise detalhada à figura possibilita ainda o entendimento que desde a compreensão do problema, para a identificação das áreas/tópicos de alta prioridade para resolução, passando pelo desenho (da ação e implementação), pela comunicação e envolvimento, pelo ato de implementar, pela monitorização, avaliação e ajustamento para sustentar a mudança, há um conjunto de etapas interrelacionadas e interdependentes (WHO, 2021).



**Figura 1.** Framework WHO para o impacto dos ecossistemas de evidências. Fonte: (WHO, 2021, p. 23)

Na nossa opinião o desenvolvimento de um ecossistema de evidências não pode ser dissociado da abordagem dos cuidados centrados na pessoa e da investigação qualitativa, cujos métodos concorrem para o design de soluções e intervenções que respeitam as necessidades e preferências dos cidadãos clientes dos cuidados de saúde (Muller et al., 2019; Yardley, Bradbury, & Morrison, 2021). O movimento de Public and Patient Involvement (PPI) na investigação e na educação corrobora a necessidade deste envolvimento na ótica dos consumidores finais da evidência, ou seja, àqueles cuja intervenção é significativa (Muller et al., 2019; Thirsk & Clark, 2017), deixando implícito que as pessoas participam em todos os estágios do projeto, desde o desenho à interpretação dos resultados (Muller et al., 2019). Mas pensando a um nível mais macro a sua participação é ativa na co-construção de soluções/conhecimento, melhorando a priorização dos fenómenos a serem estudados, aumentando a aceitabilidade do uso da evidência e maximizando a qualidade e a disseminação dos resultados (Muller et al., 2019; Skivington et al., 2021).

Apóstolo e Silva (2021) observam que fomentar a participação do cidadão na cocriação e coprodução da investigação torna a ciência mais cidadã; ao mesmo tempo que promove a extensão do melhor conhecimento disponível à comunidade, em geral, e ao cidadão, em particular. Para tal é crucial que a evidência se torne de fácil acesso e consumo para os académicos, clínicos e cidadãos (Apóstolo & Silva, 2021). Na nossa ótica permite ainda o desenvolvimento do ecossistema de evidências, nos contextos de saúde, que coloquem no centro dos mesmos o cidadão, incluindo-o na formulação de políticas, nas práticas formais e informais, no codesenvolvimento de intervenções e tornando-o o alvo prioritário do uso sistemático dos resultados de pesquisa (Baixinho et al., 2022).

Em suma os investigadores necessitam de ter um olhar diferenciado para o desenvolvimento do ecossistema de evidências pelo seu potencial para a formulação de políticas e práticas formais, mas também para as relações informais que se estabelecem e influenciam o uso do conhecimento. Todos os esforços para que um ecossistema de evidências possa transformar a realidade, valorizar a PBE e aumentar a sustentabilidade dos sistemas de saúde são desejáveis.

Terminamos com o repto claro aos *Investigadores Quali*, para que desde o desenho do estudo à implementação dos resultados contribuam para o crescimento deste ecossistema.

## 4. Considerações Finais

Os sistemas de saúde, a nível mundial, enfrentam desafios complexos, com impacto na própria sustentabilidade dos mesmos. De entre as incitações emerge a prática baseada na evidência pelas vantagens que traz para os sistemas, para as equipas, para os profissionais e sobretudo para os cidadãos, por possibilitar que o melhor cuidado de saúde, suportado pela evidência mais recente seja implementado com respeito pelas crenças, culturas e preferências dos clientes.

Soma o repto da Organização Mundial de Saúde para o desenvolvimento do ecossistema de evidências, onde cremos que o planeamento, implementação e uso dos achados produzidos pela investigação qualitativa acrescem valor para a compreensão dos fenómenos, experiências, processos e vivências dos diferentes interlocutores. Os métodos qualitativos concorrem, concomitantemente, para o design de soluções e intervenções que respeitam as necessidades e preferências dos cidadãos clientes dos cuidados de saúde individualizando/personalizando os cuidados e suportando a tomada de decisão dos profissionais.

## 5. Referências

- Agostinho, I., Reis, N., Sousa, L., Ferreira, R., Silva, M.M. & Baixinho, C.L. (2023). Qualitative Research and the Design of Health Interventions. *New Trends in Qualitative Research*, 18, e857. <https://doi.org/10.36367/ntqr.18.2023.e857>
- Apóstolo, J. (2017). Síntese da evidência no contexto da translação da ciência. Coimbra, Portugal: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESEnfC).
- Apóstolo, J. L., & Silva, R. C. (2021). Ciência cidadã e aberta em tempos de pandemia!. *Revista de Enfermagem Referência*, 5(Supl. 8), e21EDS8. <https://doi.org/10.12707/RV21EDS8>
- Baixinho, C.L., & Costa, A.P. (2020). Researchers' Scientific Credibility and Knowledge Transfer. *Esc Anna Nery*; 24(3):e20200008. <http://dx.doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2020-0008>
- Baixinho C.L., Ferreira Ó., Marques F.M., Presado M.H., & Cardoso M. (2017). Transição segura: um projeto da translação do conhecimento para a prática clínica. In: Costa AP, Sanches-Gómez MC, Cilleros MV M. A prática na Investigação Qualitativa: exemplos de estudos. Oliveira de Azeméis: Ludomédia, pp.57-80
- Baixinho, C.L., Ferreira, Ó., Marques F.M., Oliveira, E., Presado M.H., Cardoso M., Sousa, A., & Nascimento T. (2022). Síntese, transferência e implementação de evidência qualitativa para a melhoria das práticas e da decisão clínica. *New Trends in Qualitative Research*, 13. <https://doi.org/10.36367/ntqr.13.2022.e568>
- Baumbusch, J.L., Kirkham, S.R., Khan, K.B., McDonald, H., Semeniuk, P., Tan, E., & Anderson, J.M. (2008). Pursuing Common Agendas: A Collaborative Model for Knowledge Translation between Research and Practice in Clinical Settings. *Research in Nursing & Health*, 31, 130–40. <http://doi.org/10.1002/nur.20242>
- Cardoso, M., Baixinho, C.L., Ferreira, O., Nascimento, P., Pedrosa, R., Gonçalves, P. (2021). Learning evidence based practice through involvement in investigation activities - the self-perception of students. *Cogif. Enferm.* 26:e79806. <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v26i0.79806>
- Chambers, D. A., Glasgow, R. E., & Stange, K. C. (2013). The dynamic sustainability framework: addressing the paradox of sustainment amid ongoing change. *Implementation Science*, 16(1), 2. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-8-117>
- Damschroder, L. J., Aron, D. C., Keith, R. E., Kirsh, S. R., Alexander, J. A., & Lowery, J. C. (2009). Fostering implementation of health services research findings into practice: a consolidated framework for advancing implementation science. *Implementation Science*, 4(1), 50. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-4-50>

- Epstein, R. M., Duberstein, P. R., Fenton, J. J., Fiscella, K., Hoerger, M., Tancredi, D. J., Xing, G., Gramling, R., Mohile, S., Franks, P., Kaesberg, P., Plumb, S., Cipri, C. S., Street, R. L., Jr, Shields, C. G., Back, A. L., Butow, P., Walczak, A., Tattersall, M., Venuti, A., ... Kravitz, R. L. (2017). Effect of a Patient-Centered Communication Intervention on Oncologist-Patient Communication, Quality of Life, and Health Care Utilization in Advanced Cancer: The VOICE Randomized Clinical Trial. *JAMA oncology*, 3(1), 92–100. <https://doi.org/10.1001/jamaoncol.2016.4373>
- Graham, I.D., Logan, J., Harrison, M.B., Straus, S.E., Tetroe, J., Caswell, W., Robinson, N. (2006). Lost in knowledge translation: time for a map? *J Contin Educ Health Prof.*;26(1):13-24. <http://doi.org/10.1002/chp.47>.
- Graneheim, U. H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse education today*, 24(2), 105–112. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2003.10.001>
- Hoddinott, P., Pollock, A., O’Cathain, A., Boyer, I., Taylor, J., MacDonald, C., Oliver, S., & Donovan, J. L. (2018). How to incorporate patient and public perspectives into the design and conduct of research. *F1000Research*, 7, 752. <https://doi.org/10.12688/f1000research.15162.1>
- Korstjens, I., & Moser, A. (2018). Series: Practical guidance to qualitative research. Part 4: Trustworthiness and publishing. *The European journal of general practice*, 24(1), 120–124. <https://doi.org/10.1080/13814788.2017.1375092>
- Loura, D. S., Bernardes, R. A., Baixinho, C. L., Henriques, H. R., Félix, I. B., & Guerreiro, M. P. (2021). Nursing students' learning from involvement in research projects: an integrative literature review. *Revista brasileira de enfermagem*, 75(1), e20210053. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0053>
- Muller, I., Santer, M., Morrison, L., Morton, K., Roberts, A., Rice, C., Williams, M., & Yardley, L. (2019). Combining qualitative research with PPI: reflections on using the person-based approach for developing behavioural interventions. *Research involvement and engagement*, 5, 34. <https://doi.org/10.1186/s40900-019-0169-8>
- O’Cathain, A., Croot, L., Duncan, E., Rousseau, N., Sworn, K., Turner, K. M., Yardley, L., & Hoddinott, P. (2019). Guidance on how to develop complex interventions to improve health and healthcare. *BMJ open*, 9(8), e029954. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-029954>
- Presado, M.H., Baixinho, C.L., & Oliveira, E.S.F. (2021). Qualitative research in pandemic times. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 2021;74(suppl 1):e74Suppl101. doi: 10.1590/0034-7167.202174Suppl101.
- Pope, C., Mays, N., & Popay, J. (2007). Synthesizing qualitative and quantitative health evidence: a guide to methods. Maidenhead, UK: Open University Press.
- Prihodova, L., Guerin, S., Tunney, C., & Kernohan, W.G. (2019). Key components of knowledge transfer and exchange in health services research: Findings from a systematic scoping review. *Journal of Advanced Nursing*, 75(2), 313–326. <https://doi.org/10.1111/jan.13836>
- Renjith, V., Yesodharan, R., Noronha, J. A., Ladd, E., & George, A. (2021). Qualitative Methods in Health Care Research. *International journal of preventive medicine*, 12, 20. <https://doi.org/10.4103/ijpvm.IJPVM.321.19>
- Thirsk, L. M., & Clark, A. M. (2017). Using Qualitative Research for Complex Interventions: The Contributions of Hermeneutics. *International Journal of Qualitative Methods*, 16(1). <https://doi.org/10.1177/1609406917721068>
- World Health Organization (2021). Evidence, policy, impact. WHO guide for evidence-informed decision-making. Geneva: World Health Organization.
- Yardley, L., Bradbury, K., & Morrison, L. (2021). Using qualitative research for intervention development and evaluation. In P. M. Camic (Ed.), *Qualitative research in psychology: Expanding perspectives in methodology and design* (2nd ed., pp. 263–282). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/0000252-013>

**Inês Agostinho**

Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Portugal

 <https://orcid.org/0000-0000-0000-0000>

✉ ines.agostinho@campus.esel.pt

**Neuza Reis**


Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Centro de Investigação, Inovação e Desenvolvimento em Enfermagem de Lisboa (CIDNUR), Portugal

 <https://orcid.org/0000-0002-8126-765X>


✉ neuza.reis@gmail.com

**Luis Sousa**Escola Superior de Saúde. Universidade Atlântica, Portugal  
Comprehensive Health Research Centre (CHRC), Portugal <https://orcid.org/0000-0002-9708-5690>


✉ luismmsousa@gmail.com

**Rogério Ferreira**Escola Superior de Saúde. Instituto Politécnico de Beja, Portugal  
Comprehensive Health Research Centre (CHRC), Portugal <https://orcid.org/0000-0001-5180-2036>

✉ ferrinho.ferreira@ipbeja.pt

**Marcelle Miranda da Silva**Escola de Enfermagem Anna Nery/ Universidade Federal do Rio de Janeiro – Brasil  
Centro de Investigação, Inovação e Desenvolvimento em Enfermagem de Lisboa (CIDNUR), Portugal <https://orcid.org/0000-0003-4872-7252>

✉ marcellemsufrj@gmail.com

**Cristina Lavareda Baixinho**Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Portugal  
Centro de Investigação, Inovação e Desenvolvimento em Enfermagem de Lisboa (CIDNUR), Portugal  
Center of Innovative Care and Health Technology (ciTechCare), Portugal <https://orcid.org/0000-0001-7417-1732>

✉ crbaixinho@esel.pt