Escola Superior de Enfermagem do Porto // Rua Dr. António Bernardino de Almeida,
4200-072 Porto // tel. 351 22 507 35 00 // email: esep@esenf.pt // www.esenf.pt

Filipe Rodrigues

DA MELHOR EVIDÊNCIA À MELHOR PRÁTICA: A VISÃO DE UMA MUDANÇA ORGANIZACIONAL

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

Curso de Mestrado em Direção e Chefia de Serviços Em Enfermagem

DA MELHOR EVIDÊNCIA À MELHOR PRÁTICA: A VISÃO DE UMA MUDANÇA ORGANIZACIONAL

Dissertação orientada pela Professora Doutora Maria Manuela Ferreira Pereira da Silva Martins e coorientado pelo Professor Doutor Rui Pedro Gomes Pereira

Filipe Medeiros Aguiar Rodrigues

Porto | 2021

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO
Curso de Mestrado em Direção e Chefia de Serviços em Enfermagem

DA MELHOR EVIDÊNCIA À MELHOR PRÁTICA: A VISÃO DE UMA MUDANÇA ORGANIZACIONAL

FROM BEST EVIDENCE TO BEST PRACTICE: THE VISION OF AN ORGANIZACIONAL CHANGE

Dissertação orientada pela Professora Doutora Maria Manuela Ferreira Pereira da Silva Martins e coorientado pelo Professor Doutor Rui Pedro Gomes Pereira

Filipe Medeiros Aguiar Rodrigues

Porto, 2021

AGRADECIMENTOS

À Professora Doutora Maria Manuela Martins que impressionou pela sua atitude tão positiva e ativa, num verdadeiro espírito de equipa, e que ficou demonstrado pelo enorme trabalho que desenvolveu nesta orientação, mantendo discussões e ensinamentos enquadrados numa visão própria do contributo deste trabalho na área da Gestão em Enfermagem. Sem ela, não teria sido possível... Muito obrigado.

Ao Professor Doutor Rui Pereira que, de forma tão prática e generosa, sempre apresentou contributos com formas diferentes de ver "o problema" e que, sem dúvida, permitiram melhorar a qualidade do trabalho e das nossas aprendizagens. Muito obrigado pelo exemplo.

À Escola Superior de Enfermagem do Porto, pela excelência do seu ensino e pela excelência dos seus professores. Sinto um orgulho enorme por fazer parte desta comunidade escolar.

Ao Conselho de Administração da instituição participante no estudo e, muito em particular, ao Srº Enfermeiro Diretor, Casimiro Ribeiro, pelo caráter e confiança que sempre depositou em mim.

Aos autores do instrumento de avaliação aplicado, por terem prontamente autorizado a sua utilização, para efeitos do presente estudo de investigação.

A todos os colegas que manifestaram sempre o seu apoio, estímulo e incentivo.

A todos os colegas enfermeiros que, apesar de vivermos num momento de enorme adversidade, acederam, de forma expressiva, a participar nesta investigação, possibilitando a realização deste trabalho.

De um modo muito especial, agradeço à minha esposa e à minha filha, Elisabete e Maria, que de muito se privaram, que muito sentiram a ausência e o afeto roubado, mas que, sem a sua solidariedade, não teria sido possível concluir este percurso. Por tudo e por aquilo que está para vir "Muito obrigado".

À minha mãe, muito obrigado pela educação, por estar sempre presente e, acima de tudo, por acreditar.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

CE – Conselho de Enfermagem

CESE – Curso de Estudos Superiores Especializados

CFIR-ERIC – *Consolidated Framework for Implementation Research - Expert Recommendations for Implementing Change*

CIE – Conselho Internacional de Enfermeiros

DeCS – Descritores Virtuais em Ciências da Saúde

DGS – Direção Geral da Saúde

EBP – *Evidence Based Practice*

Enfº – Enfermeiro

ESMO – Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

EUA – Estados Unidos da América

GAP – Distanciamento

JBI – *Joanna Briggs Institute*

KT – *Knowledge Translation*

MeSH – *Medical Subject Headings*

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial da Saúde

OR – *Organizational Readiness*

OR4KT – *Organizational Readiness for Knowledge Translation*

ORC – *Organizational Readiness for Change*

PBE – Prática Baseada na Evidência

PEBE – Prática de Enfermagem Baseada na Evidência

PNS – Plano Nacional de Saúde

RAA – Região Autónoma dos Açores

SPSS22 – *Statistical Package for the Social Sciences*, versão 22

TIC – Tecnologias de Informação e Comunicação

WHO – *World Health Organization*

% – Percentagem

% CR – Coeficiente de Repetiabilidade

α – Alfa de Cronbach

Rs - Correlação de Spearman

DP – Desvio-padrão

e.g. – Por exemplo

et al. – e outros

gl – Graus de Liberdade

i.e – isto é

KMO – Índice de Kaiser-Meyer-Olkin

Kurt – Kurtosis

M – Média

Mn – Mínimo

MX – Máximo

N – Número da amostra

n.º – número

p – Probabilidade de Significância

p. – Página

PT – Portuguesa

Sk – Skewness

X^2 – *Teste do Qui-Quadrado*

U – Valor do teste de Mann-Whitney

H – Valor do teste de Kruskal-Wallis

RESUMO

A preparação organizacional para a incorporação de novos conhecimentos e difusão da inovação nos processos inerentes à prática clínica constitui-se como essencial para implementar intervenções baseadas na evidência, capazes de responder aos desafios com que se confrontam quaisquer sistemas de cuidados de saúde. Esta evidência decorre do valor do conhecimento, no domínio da saúde e da colisão entre esse conhecimento e a prática, traduzindo uma lacuna entre o que o sistema de saúde deve oferecer e o que realmente oferece. Estudo descritivo exploratório, enquadrado no paradigma quantitativo, com recurso ao questionário *Organizational Readiness for Knowledge Translation* (OR4KT), para proceder à avaliação do nível de preparação organizacional de uma instituição hospitalar, para a translação do conhecimento e a sua incorporação na prática clínica. Registámos um bom nível de preparação organizacional, acumulando 193,44 pontos, dos 295 possíveis, traduzindo uma perceção positiva dos participantes. Reuniu maior classificação, a dimensão "Clima Organizacional para a Mudança", com a média de 34,07 (DP=5,521), num total possível de 50 pontos, onde cerca de 50% dos participantes concordaram com as afirmações "os profissionais habitualmente são rápidos para se entreajudarem quando necessário" e "os profissionais trabalham em equipa." A dimensão da "Liderança" acumulou a menor representação, com a média de 31,26 (DP=6,185), dos 50 possíveis, destacando-se a atitude neutral de 60% dos participantes, relativamente à afirmação "os parceiros externos estão envolvidos no processo de planeamento", e onde apenas 30,9% concordam que "os gestores proporcionam ao pessoal feedback / resultados sobre os efeitos das decisões clínicas". Confirmamos e infirmamos várias correlações, estatisticamente significativas, nas dimensões da escala e escala total, relativamente a algumas variáveis profissionais. Consideramos positivos os resultados, sugerindo, nas equipas, a presença de coesão e abertura orientada para a mudança, considerando a utilização da evidência como um valor organizacional. No entanto, entendemos preocupante o grau neutral com que os participantes responderam à maioria das questões. Verificámos, nas lideranças, dificuldades no processo de planeamento e avaliação, bem como nas atividades promotoras do envolvimento dos colaboradores, pelo que será fundamental o desenvolvimento destas competências nas lideranças, bem como a responsabilização das organizações de saúde, determinantes que não podem ser descurados nem deixados ao acaso. Os resultados observados vão ao encontro de outros estudos similares. Os achados deste estudo permitiram identificar, na organização, algumas condições facilitadoras e dificultadoras do processo de implementação de mudanças, sejam de cariz individual ou organizacional, que nunca deverão ser consideradas de forma isolada, mas como um todo, na medida em que cada organização é única, logo exposta a maior ou menor influência de diferentes fatores do contexto organizacional.

Descritores (MeSH/DeCS): Gestão do conhecimento; Prática baseada na evidência; Prática de enfermagem baseada na evidência; Preparação organizacional para a translação do conhecimento; Mudança organizacional.

ABSTRACT

Organizational readiness for the incorporation of new knowledge and diffusion of innovations in the processes inherent to clinical practice is essential to implement evidence-based practices, capable of responding to the challenges faced by any healthcare system. This evidence derives from the value of knowledge in the health domain and the collision between this knowledge and practice, revealing a gap between what the health system should offer and what it actually offers. In this exploratory descriptive study, framed in the quantitative paradigm and using the *Organizational Readiness for Knowledge Translation* (OR4KT) questionnaire, the aim was to assess the level of organizational preparation of a hospital institution, determining the translation of knowledge and its incorporation into clinical practice. We registered a good level of organizational readiness, accumulating 193.44 points out of the 295 possible, reflecting a positive perception of the participants. The "Organizational climate for change" dimension gathered the highest rating, with an average of 34.07 (SD=5.521), out of a possible total of 50 points, where about 50% of the participants agreed with the statements "Professionals usually are quick to help each other when needed" and "Professionals work as a team". The "Leadership" dimension accumulated the lowest representation, with an average of 31.26 (SD=6.185), out of the 50 points possible, highlighting the neutral attitude of 60% of the participants, regarding the statement "External partners are involved in the planning process", and only 30.9% agreed that "Managers provide staff with feedback/results on the effects of clinical decisions". We confirmed, and infirmed, several statistically significant correlations with reference to the scale and full scale, regarding some professional variables. We consider the results positive suggesting among the teams, that there should be the presence of cohesion and openness oriented towards change, considering the use of evidence as an organizational value. However, we found unsettling the degree to which participants responded to most questions. In leaders, there are difficulties in the planning and evaluation processes, along with activities promoting the involvement of employees, so it will be essential to develop these skills in leaders, as well as the accountability of healthcare organizations, determining factors that cannot be neglected or left to chance. The results obtained are in agreement with other similar studies. The findings of this study allowed the identification, in the healthcare organization, of some conditions that facilitate and/or hinder the process of implementing changes, whether of individual or organizational nature, which should never be considered in isolation, but as a whole, as each organization is unique and, therefore, exposed to greater or lesser influence of different factors in the organizational context.

Descriptors (MeSH/DeCS): Knowledge management; Evidence-based practice; Evidence-based nursing practice; Organizational readiness for knowledge translation; Organizational change.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO 17

PARTE I – CONTRIBUTOS PARA A COMPREENSÃO DA EFETIVIDADE DAS MUDANÇAS ORGANIZACIONAIS 21

1. Planeamento para as mudanças nos serviços de saúde 22

2. Prática Baseada na Evidência 25

3. Distanciamento entre o Conhecimento e a Prática 29

4 - Translação do Conhecimento 32

5. Preparação Organizacional para a Mudança 35

5.1 - Preparação Organizacional para a Translação do Conhecimento nas Organizações de Saúde 36

5.2. Questionário - Organizational Readiness for Knowledge Translation - OR4KT ... 37

PARTE II – PLANEAMENTO DO TRABALHO DE CAMPO 45

1. Variáveis em estudo 48

2. População e amostra 50

3. Instrumento de recolha de dados 50

3.1 – Propriedades métricas do instrumento de medida 52

4. Procedimentos para a recolha de dados 55

5. Considerações Éticas 56

6. Tratamento dos dados 57

PARTE III – PERCEÇÃO DOS ENFERMEIROS SOBRE A CULTURA ORGANIZACIONAL 61

1 – Caracterização da amostra 61

2 – Dimensões e sub-dimensões da cultura organizacional para a translação do conhecimento 65

3. Os enfermeiros e o seu posicionamento em relação à preparação organizacional para a translação do conhecimento 79

4. Perceção dicotómica sobre a Preparação Organizacional para a Translação do conhecimento e as características dos enfermeiros 85

PARTE IV – ANALISAR A PERCEÇÃO DOS ENFERMEIROS E OUTROS AUTORES NA CULTURA ORGANIZACIONAL 95

1. Cultura organizacional para a translação do conhecimento 96

2. As características dos enfermeiros e a Preparação Organizacional para a Translação do conhecimento 110

3. Um traçado do conhecimento para a Preparação Organizacional 115

CONCLUSÃO 119

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 125

ANEXOS .....

ANEXO I – Autorização da Comissão de Ética da Instituição Hospitalar .....

ANEXO II – Consentimento informado, livre e esclarecido para participação em projetos de investigação .....

ÍNDICE DE QUADROS

QUADRO 1: Instrumento OR4KT 38
QUADRO 2 – Operacionalização das variáveis 49
QUADRO 3: Distribuição dos resultados das propriedades métricas da versão espanhola do OR4KT 52
QUADRO 4: Relação entre as dimensões do OR4KT versão espanhola 54
QUADRO 5: Distribuição dos valores de alfa de *Cronbach* do OR4KT 55
QUADRO 6: Distruição da amostra de acordo com componentes da variável socio demográfica 62
QUADRO 7: Distruição da amostra nas componentes da variável condições profissionais . 63
QUADRO 8: Distruição da amostra de acordo com o tempo de exercício profissional..... 64
QUADRO 9: Distribuição da opinião/perceção dos enfermeiros sobre a dimensão – Clima Organizacional para a mudança 66
QUADRO 10: Distribuição da opinião/perceção dos enfermeiros sobre a dimensão – Fatores do contexto organizacional 68
QUADRO 11: Distribuição da opinião/perceção dos enfermeiros sobre a dimensão – Conteúdo da mudança 70
QUADRO 12: Distribuição da opinião/perceção dos enfermeiros sobre a dimensão – Liderança..... 72
QUADRO 13: Distribuição da opinião/perceção dos enfermeiros sobre a dimensão – Suporte organizacional..... 74
QUADRO 14: Distribuição da opinião/perceção dos enfermeiros sobre a dimensão – Motivação 76
QUADRO 15: Diferença da distribuição das características sociodemográficas e subescalas do OR4KT-PT Versão teste 80
QUADRO 16: Diferença da distribuição da variável sociodemográfica e o OR4KT total 80
QUADRO 17: Diferença da distribuição das variáveis socioprofissionais – Título profissional e competência nas subescalas da OR4KT 81
QUADRO 18: Diferença da distribuição das componentes profissionais e as subescalas da OR4KT 82

QUADRO 19: Diferença da distribuição do Tempo de exercício profissional e as subescalas da OR4KT 83
QUADRO 20: Diferença da distribuição das variáveis profissionais no OR4KT total 84
QUADRO 21: Distribuição da perceção dos enfermeiros sobre preparação organizacional para a translação do conhecimento 85
QUADRO 22: Distribuição da escala dictomizada e o sexo dos participantes 86
QUADRO 23: Distribuição da escala dictomizada e a idade dos participantes 86
QUADRO 24: Distribuição da escala dictomizada e as habilitações académicas dos participantes 87
QUADRO 25: Distribuição da escala dictomizada e o título profissional dos participantes .. 88
QUADRO 26: Distribuição da escala dictomizada e a competência acrescida avançada em gestão dos participantes 88
QUADRO 27: Distribuição da escala dictomizada e a área de especialização dos participantes 89
QUADRO 28: Distribuição da escala dictomizada e o exercício de funções de direção, chefia ou coordenação dos participantes 90
QUADRO 29: Distribuição da escala dictomizada e a área/contexto de atividade onde exerce predominantemente a sua prática clínica 90
QUADRO 30: Distribuição da escala dictomizada e o tempo de exercício profissional dos participantes 91
QUADRO 31: Distribuição da escala dictomizada e o tempo de exercício profissional na instituição dos participantes 92
QUADRO 32: Distribuição da escala dictomizada e o tempo de exercício na área/contexto onde exerce predominantemente a sua prática clínica 93

ÍNDICE DE FIGURAS

FIGURA 1: Orientações Estratégicas Europeias para o Fortalecimento da Enfermagem e ESMO em relação às Metas de Saúde 2020 (OMS, 2015) 27
FIGURA 2: Modelo da Prática Baseada na Evidência na Saúde, do Instituto de Joanna Briggs..... 28
FIGURA 3: "Ciclo Do Conhecimento à Prática" 33

INTRODUÇÃO

Reconhece-se na comunidade científica que uma Prática Baseada na Evidência (PBE) constitui um pré-requisito para a excelência e segurança dos cuidados, assim como para a otimização de resultados de enfermagem, porque nos permite rever constantemente a nossa prática e procurar formas novas, mais eficazes e eficientes de fazer as coisas, aumentando, assim, o acesso aos cuidados e bem-estar (Conselho Internacional de Enfermeiros, 2012; Jylhä, Oikarainen, Perälä & Holopainen, 2017). A utilização de evidência para informar as nossas ações é uma maneira crítica e viável para melhorar o desempenho do sistema de saúde.

As implicações para a enfermagem são demasiado óbvias; no entanto, configuram-se desafiadoras, não apenas porque representam o maior grupo profissional na área da saúde, cuja natureza profissional e mandato social o posiciona muito próximo do cidadão consumidor de cuidados de saúde, mas, acima de tudo, porque a qualidade em saúde é uma tarefa multiprofissional e organizacional, onde não pode ser negligenciada a importância da gestão e liderança na enfermagem, que se assume como significativa na implementação da melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem.

Um dos maiores desafios que hoje se coloca aos profissionais de saúde vai para além da geração de evidências, implicando, sobretudo, a utilização desse conhecimento na prática clínica. Este processo de translação do conhecimento constitui-se como um imperativo para implementar práticas clínicas contextualizadas e baseadas na investigação, capazes de responder aos inúmeros e complexos desafios que descrevem qualquer sistema de cuidados de saúde (Gagnon et al., 2011; Regina et al., 2019).

Apesar deste pressuposto, tende a observar-se, nas organizações de saúde, a existência de um distanciamento entre a valorização de uma PBE e a sua aplicabilidade numa base regular, "envolvendo vários níveis de decisão, espetros de intervenção e componentes que percorrem um gradiente que oscila entre uma dimensão estritamente individual até uma dimensão mais vasta de âmbito organizacional" (Pereira, 2016, p.31).

A preparação organizacional para a mudança emergiu como um conceito chave na literatura da translação do conhecimento, representando um percursor crítico para a implementação

de mudanças complexas nas configurações dos cuidados de saúde (Gagnon et al, 2018). Tendo por base este enquadramento, importa avaliar a preparação das organizações de saúde para suportar a translação do conhecimento e a sua incorporação na prática clínica, ou seja, avaliar a preparação para a implementação de uma mudança.

É considerando este conjunto de determinantes, que reforçamos a importância deste estudo de investigação, intitulado "Da melhor evidência à melhor prática: A visão de uma mudança organizacional", integrado no âmbito do Curso de Mestrado em Direção e Chefia de Serviços em Enfermagem, da Escola Superior de Enfermagem do Porto.

Este estudo, de natureza quantitativa, descritivo e transversal, teve como finalidade realizar um diagnóstico de situação, de caráter organizacional, na área da enfermagem, e a previsão de um projeto de intervenção, pelo que nos focamos no objetivo de avaliar a preparação organizacional de um hospital da Região Autónoma dos Açores (RAA) para suportar a translação do conhecimento e a sua incorporação na prática clínica.

Com base no conjunto de evidências descritas, observamos o valor do questionário *Organizational Readiness for Knowledge Translation* (OR4KT), como instrumento válido e fiável para avaliar, nas organizações de saúde, a preparação organizacional para a translação do conhecimento. O reconhecimento desta premissa pela comunidade científica da enfermagem portuguesa, investindo e promovendo a investigação nesta área, está materializada neste e noutros estudos de investigação, que se desenvolvem atualmente em Portugal, inserindo-se num projeto multicêntrico para a validação futura do instrumento OR4KT para a realidade portuguesa.

Este relatório destina-se a transparecer o processo de desenvolvimento do estudo e está dividido em quatro partes, iniciando-se com o enquadramento teórico do tema, onde se optou por realizar uma revisão narrativa da literatura, com o objetivo de descrever o estado da arte, bem como descrever e correlacionar os vários conceitos que enformam a temática, nomeadamente, a Prática Baseada na Evidência, a Translação do Conhecimento e a Preparação Organizacional para a Translação do Conhecimento nas Organizações de Saúde. Na Parte II, descrevemos as opções metodológicas, apresentando a questão de investigação e os objetivos de investigação, tipo de estudo, variáveis de estudo, população e amostra, instrumento de recolha de dados, procedimentos, considerações éticas e tratamento de dados. Seguem-se a apresentação e discussão dos resultados, finalizando com a conclusão.

O presente documento foi elaborado em concordância com a normalização prevista no novo Acordo Ortográfico. No entanto, por respeito aos autores mencionados ao longo do mesmo,

optou-se, em sede de referenciação direta, pela manutenção integral da ortografia constante na(s) fonte(s) primária(s). Reconhecendo a predominância das mulheres na profissão de enfermagem, optou-se, na redação da presente tese, pelo uso do(s) termo(s) «enfermeiro(s)». Neste âmbito, a sua utilização é totalmente neutra no que se relaciona com a identidade de género.

PARTE I – CONTRIBUTOS PARA A COMPREENSÃO DA EFETIVIDADE DAS MUDANÇAS ORGANIZACIONAIS

Nesta parte, angariam-se referências teóricas que ajudam a compreender a complexidade do problema que pretendemos estudar, construindo um quadro teórico, absolutamente essencial para apreciar o contributo da evidência na compreensão das temáticas em estudo, lançando a discussão num patamar, que implicou um exercício intelectual consistente, de forma a poder contribuir para a escolha das melhores soluções para o futuro da gestão em saúde, em geral, e para a gestão em enfermagem, em particular.

Em resposta a este desiderato, tentámos estabelecer um fio condutor que percorreu, com critério e de forma coerente, algumas das atuais preocupações associadas à gestão das organizações de saúde, nomeadamente, o processo de planeamento na saúde, a prática baseada na evidência e o processo de translação do conhecimento na prática clínica.

A revisão da literatura desenvolvida imprime uma tónica constante sobre a importância das características organizacionais das organizações de saúde e das dificuldades de coordenação e controlo dos profissionais de saúde e maior entrave à mudança, desafios que impõem gestores capacitados nas organizações de saúde, considerando-se dever existir no enfermeiro gestor um papel chave na implementação das mudanças organizacionais, tanto ao nível operacional como organizacional.

Este entendimento foi possível, fruto da revisão da literatura que passamos a apresentar, fase considerada como indispensável, não somente para definir bem o problema, mas também para obter uma ideia precisa sobre o estado atual dos conhecimentos, relativamente a determinada temática, às suas lacunas e à contribuição da investigação para o desenvolvimento do saber (Fortin, Côté & Filion, 2009).

De um modo geral, "os métodos utilizados numa revisão compreendem a condução da revisão em quatro etapas: Pesquisa (procura e seleção dos estudos), avaliação, síntese e análise" (Mota de Sousa, Furtado Firmino, Alves Marques-Vieira, Silva Pedro Severino & Castelão Figueira Carlos Pestana, 2018, p.48).

Para este enquadramento, optámos por encetar com uma revisão narrativa da literatura, tendo em conta que o seu objetivo principal foi conduzir uma análise da literatura sobre a temática em estudo, sem intenção explícita de ampliar, mas enriquecer a análise dos dados colhidos.

1. Planeamento para as mudanças nos serviços de saúde

A reflexão sobre a mudança nas unidades de saúde estrutura-se a partir do próprio contexto, em termos tecnológicos e, particularmente, humano, em torno de quatro funções clássicas dominantes: planeamento, organização, direção e controlo. Neste capítulo, chamaremos para a discussão as questões do planeamento. Este entendimento enforma-se, na medida em que é fundamental que as organizações estejam preparadas para responder aos desafios da gestão atual, concebendo estratégias em função da envolvente externa e dos recursos existentes, por forma a garantirem o funcionamento e o posicionamento necessários à sua sobrevivência, crescimento e desenvolvimento.

A gestão deixou de ser a manutenção do *status quo* (se é que alguma vez o chegou a ser), para ter de passar a ser estímulo e implementação da mudança e incentivo à inovação, capaz de garantir vantagem competitiva e criação de valor (Martin & Henderson, 2004). Gerir a mudança obriga, naturalmente, à formulação da questão "qual é o problema que exige que se faça uma mudança?" ou "que mudanças são necessárias na minha organização para que passe a funcionar mais eficazmente?".

A mudança exige um processo de gestão contínuo e é uma das funções instrumentais da gestão, que compreende a formulação e definição de objetivos, bem como as vias de atuação para os atingir, tendo em conta as variáveis internas e externas e a sua evolução esperada (Mesquita, 2012).

Martin e Henderson (2004) descrevem que, no planeamento na saúde, devem estar garantidas três condições essenciais: o planeamento deve ser contínuo (metas e objetivos devem ser regularmente avaliados, atualizados e substituídos); orientado para o utilizador (a organização deve ir ao encontro das necessidades e expetativas dos cidadãos e serviços que

encomendaram a prestação de serviços); e voltado para o exterior (os fatores externos podem influenciar o futuro da organização).

Nesta linha de reflexão, consideramos importante balizar que o Plano Nacional de Saúde (PNS) constitui um documento estratégico que engloba recomendações, orientações e ações, para maximizar os ganhos em saúde, tendo por base um processo de planeamento, centrado nas necessidades de saúde identificadas, orientado para o estabelecimento de prioridades de intervenção, garantindo o uso eficaz e eficiente dos recursos disponíveis, para a implementação de abordagens integradas e para decisões de ação baseadas na melhor evidência disponivel (Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde, 2015). Todo este complexo e dinâmico contexto faz apelo à melhoria contínua da qualidade, como um imperativo para gestores, profissionais de saúde e cidadãos que utilizam o Sistema de Saúde.

Melhorar continuamente a qualidade no setor da saúde significa tudo fazer, diariamente, para que os cuidados prestados sejam efetivos e seguros; para que a utilização dos recursos seja eficiente; para que a prestação de cuidados seja equitativa; para que os cuidados sejam prestados no momento adequado; para que a prestação de cuidados satisfaça os cidadãos e corresponda, tanto quanto possível, às suas necessidades e expetativas (Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde, 2015).

Neste documento estruturante, está patente a importância desta condição, descrevendo que a implementação do PNS deve assentar em sete princípios orientadores que se constituem também como desafios. São eles: Prevenção e Controlo da Doença; Promoção e Proteção da Saúde; Colaboração Intersectorial; Capacitação dos cidadãos; Promoção de ambientes saudáveis; Divulgação e implementação de boas práticas; Fortalecimento da Saúde Global, o que nos leva a considerar estes vetores como objetivos transversos, mas determinantes para o planeamento nas organizações, a fim de criar um processo de mudança transformacional, sustentada na preservação da cultura do Serviço Nacional de Saúde (Carvalho, 2013).

Correlacionando com o próposito deste estudo de investigação, destacaríamos o princípio da Divulgação e Implementação de Boas Práticas, na medida em que "as boas práticas estão intrinsecamente relacionadas com o conceito de melhoria contínua da qualidade e com o impacto desta cultura, na redução do desperdício" (Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde, 2015, p.21), visão com implicações muito relevantes na ação interventiva dos profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros portugueses, que representam o maior grupo profissional do setor da saúde – público e privado, com um enquadramento na gestão e desenvolvimento de recursos humanos (Meirinhos & Rodrigues, 2014).

A Ordem dos Enfermeiros (OE), através do seu Conselho de Enfermagem (CE), enquadra os esforços tendentes à definição estratégica de um caminho que vise a melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros (Ordem dos Enfermeiros, 2012). A OE reconhece que o maior desafio passa por reformar métodos e técnicas que demonstraram não beneficiar os cidadãos.

Assim, a qualidade exige reflexão sobre a prática – para definir objetivos do serviço a prestar e delinear estratégias para os atingir. Contudo, não basta aprovar projetos de qualidade; as organizações de saúde devem comprometer-se a criar um ambiente favorável à sua implementação e consolidação, de modo a que os projetos de qualidade se tornem parte da rotina, em vez de entrarem em conflito com ela (Ordem dos Enfermeiros, 2012).

Com estas reflexões, procurámos mostrar que o planeamento se traduz numa série de vantagens importantes para a organização. A função Planeamento, de uma forma simplificada, traduz-se no processo que determina os objetivos e explicita as ações a desenvolver, para escolhermos a melhor maneira de os podermos alcançar (Reis & Rodrigues, 2011). Sem planeamento "(…) não existem as linhas orientadoras para o desenrolar das ações a implementar e as funções Organização e Direção ficam diminuídas em termos de conteúdo e de aplicação. Quanto à função de Controlo a mesma fica praticamente impossibilitada de ser aplicada" (Reis & Rodrigues, 2011, p.15).

O planeamento representa um modelo teórico da ação futura. Implica pensar antes de agir. Planear obriga a desenvolver cenários, ou seja, requer a determinação de hipóteses quanto ao comportamento de variáveis entendidas como centrais no desempenho de uma organização. Nesse desempenho, importa ponderar duas variáveis fulcrais da gestão: a eficiência e a eficácia. Planear é, por tudo o que se referiu, um exercício de ponderação de alternativas, centrado no propósito de maximizar a eficiência e a eficácia de uma organização (Borralho, 2018).

O planeamento desempenha um papel relevante nessa indispensável conciliação, representando a base para determinar qual a estrutura organizacional a adotar, para percebermos os recursos que devemos captar, nomeadamente, no que concerne à caracterização dos recursos humanos, para estabelecermos um estilo de liderança e relacionamento interno, para avaliarmos e repensarmos as ações desenvolvidas e para definirmos as alterações a introduzir no caminho anteriormente traçado (Reis & Rodrigues, 2011) .

O processo de planeamento, independentemente do nível em que possa ser analisado, estratégico, tático ou operacional, acarreta estruturação. Esta é fundamental para a criação de ordem e implica a existência de respostas a algumas questões fundamentais, no domínio da gestão estratégica: O que queremos ser? – Visão; Que vamos fazer? – Missão; Em que acreditamos? – Valores; Onde e como vamos vencer? – Objetivos e opções estratégicas (Borralho, 2018).

Nesta ótica, devemos reconhecer que cada vez mais as organizações privilegiam, na sua acção, o funcionamento a partir de uma lógica de projeto, que exige o cumprimento de um planeamento e avaliação, instrumentos indispensáveis para qualificar as atividades, para facilitar a prossecução dos objetivos visados, para dar a conhecer o nível de consecução de tais objetivos e para ajuizar sobre os fatores intervenientes nesses projetos e nos seus resultados.

É nesta lógica que os modelos de gestão das organizações de saúde devem evoluir, numa busca pela mudança, através da maximização da eficiência operacional e da satisfação do cliente interno e externo, na particularidade dos serviços de saúde. Sem esta perspetiva multidimensional e sistémica, será impossível melhorar continuamente a qualidade no setor da saúde.

2. Prática Baseada na Evidência

Falamos de garantir ao cidadão o cuidado atempado e adequado, assente na melhor evidência científica disponível, e que não deverá variar de forma ilógica, de um profissional para outro, independentemente da rede de cuidados onde se encontre; o direito fundamental aos cuidados de saúde; a equidade e universalidade do acesso; a proteção e segurança do cidadão, como um requisito essencial, em qualquer nível da prestação de cuidados. Recordemos que, em causa, estão fatores humanos na segurança do doente, face a eventos adversos, dado que a OMS (2005) e o Conselho da União Europeia (2009) os reconhecem, ainda, como um dos maiores desafios globais da saúde, com implicações significativas de mortalidade, morbilidade e qualidade de vida.

Em todos os níveis, os profissionais de saúde deverão tentar concretizar os passos necessários, seguindo pelo caminho que poderá potenciar a visão descrita. Neste sentido, é necessário que os profissionais de saúde se envolvam e se sintam como agentes de mudança, para que se caminhe para a melhoria da qualidade das respostas em saúde e para o aumento da satisfação dos cidadãos. "Hoje, serviços de saúde por todo o mundo estão a ser desafiados pelas desigualdades na qualidade e quantidade dos serviços, assim como, pela redução dos recursos financeiros" (Conselho Internacional de Enfermeiros, 2012, p.5).

Falamos de antagonismos entre os enunciados e a operacionalização. Ou seja, a separação entre a formulação de políticas públicas e a gestão dos recursos da saúde. Embora sejam desenvolvidos esforços, no sentido de potenciar a oferta de cuidados de saúde, que tenderão a ser, cada vez mais, centrados no cidadão, a tónica é colocada na prestação do melhor serviço com os menores custos, em consonância com o paradigma de eficiência económica que tem vindo a imperar. Contudo, e citando o Conselho Internacional de Enfermeiros (2012, p.5), "uma das razões pela qual os serviços são prestados de uma forma pouco otimizada reside no fato das tomadas de decisão serem baseadas em informação desadequada". A utilização de evidência para informar as nossas ações é uma maneira crítica e fiável para melhorar o desempenho do sistema de saúde.

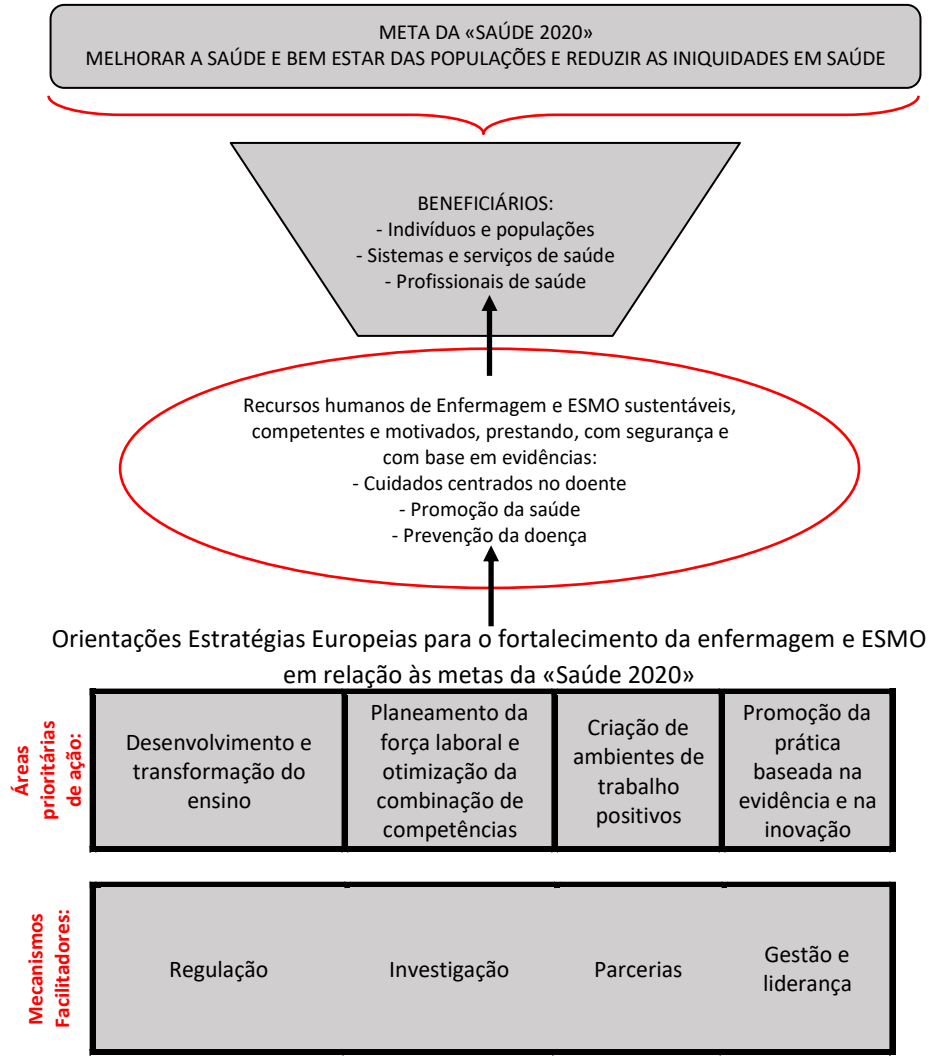
Esta mensagem aborda parte integrante da problemática que jutifica a pertinência do presente estudo. Isto é, "deve ser colocado maior ênfase não só na descoberta de novos produtos, medicamentos e diagnósticos, como também na forma como utilizamos este conhecimento, sobre como vamos combater a desigualdade e diminuir a lacuna entre a evidência e a ação" (Conselho Internacional de Enfermeiros, 2012, p.7).

Considera-se estimulante a nota referida pelo Conselho Internacional de Enfermeiros (2012), realçando que, enquanto comunidade de enfermeiros, temos de compreender o papel que possuímos no contínuo da evidência à ação. É fundamental que nos sintamos informados o suficiente para colocar questões pertinentes, desenvolver as nossas competências e assegurar que trabalhamos proximamente com colegas para assegurar que o investimento na investigação é utilizado da melhor forma.

O reconhecimento da contribuição da força de trabalho da enfermagem no combate à desigualdade e à diminuição do distanciamento entre a evidência e a ação, como solução para promover serviços de saúde de qualidade, seguros, efetivos e eficientes, é fortemente defendida nas Orientações Estratégicas Europeias para o Fortalecimento da Enfermagem e

Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (ESMO) em relação às Metas de Saúde 2020, documento suportado pela Organização Mundial da Saúde (OMS, 2015).

FIGURA 1: Orientações Estratégicas Europeias para o Fortalecimento da Enfermagem e ESMO em relação às Metas de Saúde 2020 (OMS, 2015)

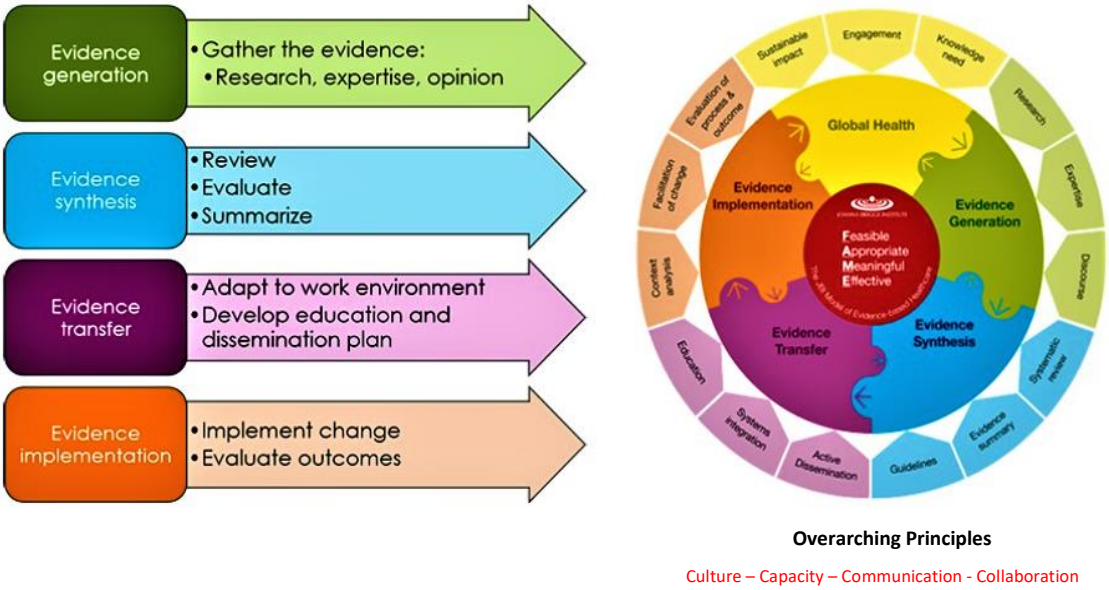


Fonte: Orientações Estratégicas Europeias para o Fortalecimento da Enfermagem e ESMO em relação às Metas da «Saúde 2020» (OMS, 2015)

Nestas orientações, apela-se à operacionalização de quatro áreas de ação prioritárias, sendo, uma delas, a promoção, na enfermagem, de uma prática baseada na evidência e inovação, condição necessária para o desenvolvimento, transformação e adaptação de uma enfermagem alinhada com as metas de saúde 2020. É também reconhecido que as organizações de saúde beneficiam da participação e inclusão de uma forte liderança de enfermagem, na gestão e cultura organizacionais, trazendo, para as decisões organizacionais, o seu mandato social e natureza profissional (OMS, 2015).

Dos vários modelos que foram desenvolvidos pela investigação, com o objetivo de caracterizar as determinantes que estão representadas numa PBE, na saúde, destacaria o trabalho desenvolvido pelo Instituto Joanna Briggs, nomeadamente, Pearson, Wiechula, Court & Lockwood (2005) que sugeriram o "Modelo da Prática Baseada na Evidência na Saúde" e que, muito recentemente, foi revisto por Jordan, Lockwood, Munn e Aromataris (2019), sugerindo o seguinte modelo.

FIGURA 2: Modelo da Prática Baseada na Evidência na Saúde, do Instituto de Joanna Briggs



Fonte: Modelo da Prática Baseada na Evidência na Saúde, do Instituto de Joanna Briggs. (Jordan et al., 2019)

Este modelo define a PBE como um processo de tomada de decisão clínica baseada na melhor evidência disponível; no contexto em que os cuidados são prestados; nos valores e preferências dos clientes; e na *expertise* do profissional de saúde (Pearson et al., 2005).

De forma simplista, o referido modelo descreve a PBE como um processo cíclico que, partindo das necessidades identificadas pelos profissionais de saúde ou consumidores de cuidados de saúde, procura atender a estas necessidades, produzindo conhecimento que responda às necessidades identificadas, de forma adequada, efetiva e ajustada às populações, culturas e contextos. Segue-se a etapa, onde este conhecimento é sintetizado e transferido para os serviços de saúde e profissionais de saúde, que o aplicam, avaliando o seu impacto, quer nos ganhos em saúde, quer nos serviços de saúde, quer na prática clínica (Pearson et al., 2005).

Consideramos muito pertinente a interpretação dos investigadores, ao considerarem que qualquer indicação de que uma prática é eficaz, apropriada, significativa ou viável - seja

derivada da experiência, da perícia, da inferência, da dedução ou dos resultados de um inquérito rigoroso – pode ser considerada como evidência (Pearson et al., 2005).

Esta visão completa do ciclo da PBE, desde a produção do conhecimento até à sua implementação na prática, continua a merecer destaque, pela literatura, sobre os modelos de transferibilidade do conhecimento (Jordan, Lockwood, Munn & Aromataris, 2018).

Em síntese, será legítimo afirmar que a enfermagem desempenha um contributo central e crescente para uma PBE, em todos os contextos de saúde (Pearson, Jordan & Munn, 2012).

3. Distanciamento entre o Conhecimento e a Prática

Globalmente, a literatura consultada (OMS, 2005; Porter & Teisberg, 2006; Graham et al., 2006; Brown, Wickline, Ecoff & Glaser, 2008; Gagnon et al., 2011; Conselho Internacional de Enfermeiros, 2012; Pearson et al., 2012; Allen et al., 2017; McLean, Graham, Tetroe & Volmink, 2018) confirma que, embora existam muitas soluções para os problemas de saúde atuais, estas não são aplicadas, descrevendo um distanciamento – do Conhecimento à Prática: o distanciamento entre o que se sabe e o que realmente se faz na prática, ao nível individual, organizacional e populacional. Nomeadamente, Allen et al. (2017) afirmam que esta lacuna entre a geração de novas evidências e a sua translação na prática traduz-se no maior abismo da investigação biomédica da atualidade.

Pearson et al. (2012) especificam, descrevendo a existência de três lacunas críticas, associadas à translação do conhecimento para a prática: a lacuna entre a necessidade do conhecimento e a descoberta desse novo conhecimento; a lacuna entre a descoberta de novos conhecimentos e a sua aplicação clínica e ainda a lacuna entre a aplicação clínica e a sua incorporação em protocolos ou guias de boas práticas.

Ou seja, os investigadores parecem descrever lacunas em todo o ciclo da transferibilidade do conhecimento, seja na pesquisa do conhecimento, na síntese do conhecimento e nos produtos e instrumentos do conhecimento.

Em 2005, a OMS formaliza o *Global Knowledge Management Strategy*, com a missão de diminuir esta lacuna *Know-Do* na saúde mundial, através de estratégias que permitam o desenvolvimento de ambientes promotores da criação, partilha e implementação do conhecimento para melhorar a saúde (OMS, 2005).

Os argumentos para a partilha e implementação do conhecimento não são recentes; contudo, gostaríamos de destacar alguns factos relevantes que, de acordo com a OMS (2005), tornam, hoje, a gestão do conhecimento absolutamente fundamental, nomeadamente: -o valor do conhecimento como sendo a chave para o desenvolvimento socioeconómico, incluindo a saúde; -o distanciamento entre o que é conhecido e o que realmente se faz na prática e a sua influência na desigualdade;-a maior complexidade dos sistemas de saúde, impulsionada por mudanças históricas, políticas e económicas (OMS, 2005).

Estes factos não merecem contestação, reconhecendo-se a sua pertinência na área da gestão em Saúde e na gestão em Enfermagem, enquadrando o efeito terapêutico do conhecimento e da informação, para a promoção de ganhos em saúde, onde se podem perspetivar repercussões económicas importantes.

Esta visão proativa, que deve estabelecer um compromisso no presente e no futuro, onde a informação, a tecnologia e a revolução do conhecimento desenvolvem uma relação sinergética e intersectorial na governação da saúde, não está traduzida no contexto da situação nacional e internacional. Aliás, revemo-nos nas afirmações de Porter e Teisberg (2006)que elencam as seguintes observações: o sistema de cuidados de saúde está em rota de colisão com as necessidades do consumidor de cuidados de saúde e a realidade económica; se não forem planeadas mudanças significativas, estes problemas irão se agravar; apesar de todos os esforços determinantes efetuados no sentido de controlar custos, estes continuam a aumentar; os problemas relacionados com a qualidade são cada vez mais frequentes; o acesso aos cuidados de saúde é limitado. Concluem afirmando que ninguém está satisfeito com o sistema atual - nem os consumidores de cuidados de saúde, nem os profissionais de saúde, nem os gestores, nem os governos (Porter & Teisberg, 2006).

Destacaríamos, ainda, outras das considerações apresentadas pela OMS (2005), relativamente à importância estratégica da gestão do conhecimento, em particular, a revolução das Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC) e a democratização do conhecimento, transformando os papéis e relações das pessoas e organizações, de sistemas verticais para redes abertas, integradas e mais poderosas (OMS, 2005).

Estas considerações tratam, no nosso entender, de reconhecer a informoterapia como uma das estratégias fundamentais, capazes de diminuir o distanciamento entre o que o sistema de saúde deve oferecer e o que realmente oferece ao consumidor de cuidados de saúde (Gwinn & Seidman, 2004). Mas esta apreciação sobre o valor terapêutico da informação, decorre, não do aumento da informação disponível, que revela-se esmagadora, mas sim do consenso de que a prescrição oportuna e a disponibilização da informação em saúde, baseada na evidência, para atender às necessidades específicas dos cidadãos e apoiar as tomadas de decisão informadas, irá contribuir para os capacitar no sentido de lhes permitir participar como parceiros ativos nos seus próprios cuidados de saúde, contribuindo assim para a promoção de ganhos em saúde (Gwinn & Seidman, 2004). Ou seja, a simples posse de conhecimento, se não for traduzida em actividades efetivas, resulta em muito pouco ou mesmo nada (Porter & Teisberg, 2006).

Avançando na lógica da nossa reflexão sobre as considerações supra citadas pela OMS(2005), seria uma falha não reconhecer o potencial que as TIC permitem perspetivar, para uma informoterapia efetiva, na medida em que possuem o potencial para melhorar a excelência clínica, a experiência de cuidados e a continuidade e acessibilidade dos cuidados (Seidman & Eytan, 2008). Os mesmos autores repetem que as TIC centradas especificamente nas necessidades do cidadão oferecem uma oportunidade de os envolver, capacitando-os para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo, tornando-os parceiros-chave na tomada de decisão em relação aos projetos de saúde que cada um vive e persegue.

No entanto, já decorreram cerca de quinze anos, desde a publicação, pela OMS (2005), das estratégias mundiais para a gestão do conhecimento. A evidência consultada é esmagadora e repetitiva na descrição de que, apesar dos esforços consideráveis que têm sido desenvolvidos na investigação em saúde, durante as últimas décadas, para facilitar a transferência dos resultados da investigação na prática clínica, a lacuna entre o que sabemos e o que fazemos continua a representar, para além de um processo lento e não planeado, um desafio/dilema na saúde e para os profissionais de saúde.

Registamos alguns dados reportados por Graham et al. (2006), que sublinham que investigadores dos Estados Unidos da América (EUA) e Holanda estimam que 30 a 45% dos cidadãos não estão a receber cuidados de saúde baseados na melhor evidência científica e que 20 a 25% desses cuidados não são necessários ou são potencialmente nocivos. Acrescentam ainda que os ganhos em saúde relacionados com o combate ao cancro

poderiam ser melhorados em 30%, se a prática clínica fosse baseada na evidência atual e que seria possível alcançar nos EUA, uma redução de pelo menos 10% da mortalidade associada ao cancro, se a utilização das terapêuticas mais diferenciadas e já disponíveis fosse largamente ampliada (Graham et al., 2006).

Isto reflete, em primeira linha, que os consumidores de cuidados de saúde não estão a receber os melhores cuidados, traduzindo uma ineficaz gestão dos recursos de saúde, que já são limitados. O peso destas afirmações vem, naturalmente, do caráter universal de que o conhecimento adquirido pela investigação deve ser utilizado para desenvolver uma prática baseada na evidência, melhorar a qualidade dos cuidados e otimizar os resultados em saúde (McLean, Graham, Tetroe & Volmink, 2018).

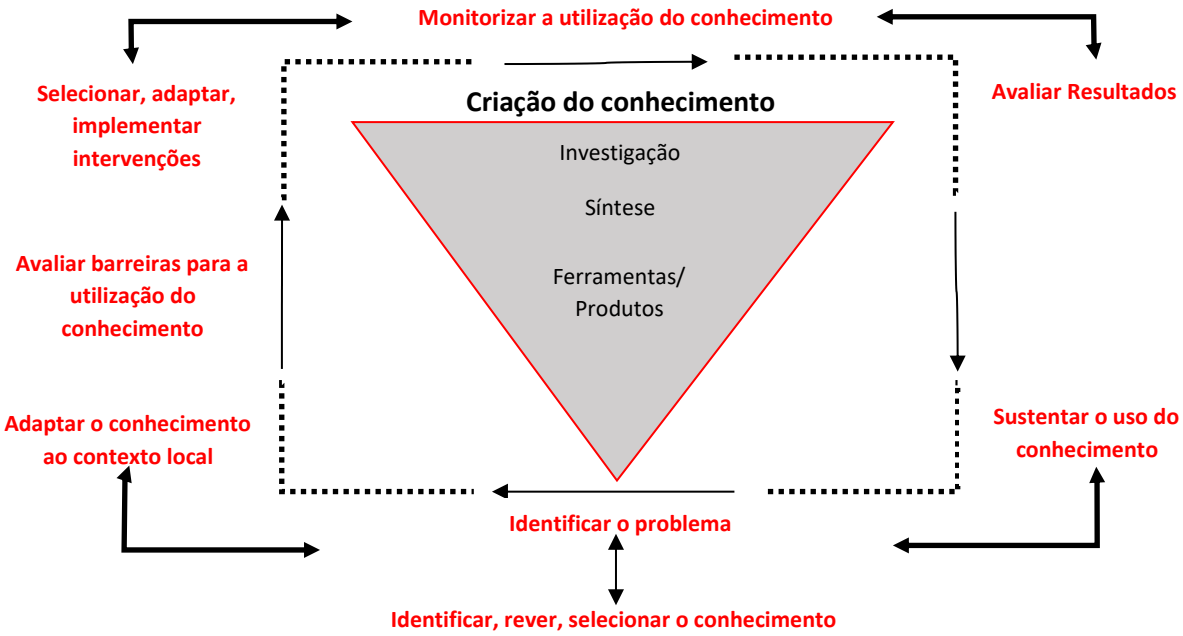
4 - Translação do Conhecimento

A translação do conhecimento representa um dos conceitos centrais para as organizações de saúde e tem conquistado significado. Dos termos mais comuns, apresentados pela literatura consultada, *Knowledge Translation* corresponde ao termo que tem ocupado destaque, nomeadamente no Canadá, país que lidera a produção de conhecimento sobre esta temática (Graham et al., 2006).

Formalmente, a translação do conhecimento é definida pela *Canadian Institutes of Health Research* como um processo dinâmico e iterativo que inclui a síntese, a disseminação, o intercâmbio e a aplicação do conhecimento para melhorar a saúde, fornecer serviços e produtos de saúde mais eficazes, e reforçar o sistema de cuidados de saúde (Straus, Tetroe & Graham, 2009; Salter & Kothari, 2016).

A importância deste imperativo, nas organizações de saúde, estimulou investigadores para o desenvolvimento de teorias e modelos para a prática da translação do conhecimento. Destacamos o modelo desenvolvido por Graham et al. (2006) designado por "Ciclo do conhecimento à prática" e que representou uma introdução à ciência e à prática da translação do conhecimento.

FIGURA 3: “Ciclo Do Conhecimento à Prática”



Fonte: Adaptado de Graham et al. (2006). Tradução livre do autor

Este modelo concetualiza a translação do conhecimento como um processo interativo, dinâmico e complexo que inclui a criação e a aplicação do conhecimento (Gagnon et al., 2011). A criação do conhecimento (“gradiente do conhecimento”) é composta por três fases: questionar o conhecimento, síntese do conhecimento e a criação de produtos e instrumentos de conhecimento. A aplicação do conhecimento (ciclo de ação) inclui sete etapas fundamentais, que giram em torno do “gradiente do conhecimento”:

> “*Identificar lacunas na intervenção, sinalizando, revendo e selecionando o melhor conhecimento; adaptar o conhecimento ao contexto local; avaliar barreiras ao uso do conhecimento; selecionar intervenções adaptadas para implementação; estratégias de intervenção; monitorizar o uso do conhecimento; avaliar os resultados/ganhos e ainda o uso sustentável do conhecimento*” (Pereira, 2016, p.56).

Reconhendo a contribuição do “Ciclo do conhecimento à prática”de Graham et al. (2006) , a *Canadian Institutes Of Health Research* adotou este modelo como referência na promoção da aplicação da investigação e no processo de translação do conhecimento (Straus et al., 2009). Como pressupostos centrais deste modelo, e que devem ser apresentados, é que ele assenta na troca de conhecimento entre os *stakeholders* envolvidos e, ainda, que deve resultar em ação (Graham et al., 2006). Daí a exigência da inclusão, neste processo, dos utilizadores finais do conhecimento produzido, para garantir que este e a sua aplicação estejam ajustados às suas necessidades, num determinado contexto (Graham et al., 2006; Straus et al., 2009 Gagnon et al., 2011).

A fotografia dos vários determinantes envolvidos no processo de translação do conhecimento nas organizações de saúde foi alvo de reflexão por Straus et al. (2009), que consideram que os desafios se apresentam em diferentes níveis, onde estão incluídos o sistema de saúde, as organizações de saúde, as equipas, os profissionais e os consumidores de cuidados de saúde.

Para nos assistir na apropriação da importância destes determinantes, optámos por parafrasear Stocking (1992) que vem corroborar, com o supra citado, avançando que para promover a melhoria dos cuidados de saúde, precisamos não só de informação sólida, mas também, de compreender como as pessoas reagem à mudança e quais os processos e influências que podem ser utilizados para promover a mudança. A autora completa, reforçando que se queremos promover a mudança nos sistemas de fornecimento de cuidados de saúde, é necessário observar o contexto em que a mudança ocorre, as características da mudança e o processo da mudança, bem como, a forma como as pessoas reagem a essa mudança (Stocking, 1992).

A translação do conhecimento é um processo complexo com múltiplos desafios, em diferentes níveis, nomeadamente, relacionados com as estruturas, atividades e práticas das organizações (Oborn, Barrett, Prince & Racko, 2013). Allen et al. (2017) acompanham esse entendimento, afirmando que o distanciamento entre a geração do conhecimento e a sua implementação, deve-se, parcialmente, à incapacidade de compreender os factores organizacionais que afetam a adoção e implementação da inovação (políticas, programas ou práticas inovadoras).

Este painel de reflexões apresentadas tem promovido o crescente interesse na importância da "mudança organizacional" nas organizações de saúde, como conceito fundamental para a melhoria da qualidade e segurança dos cuidados de saúde. Mudança organizacional é definido por Gagnon et al. (2014) como qualquer alteração ao nível da composição, estrutura ou comportamento organizacional.

Na literatura, este conceito surge ancorado à evidência de que as organizações necessitam de estar preparadas e motivadas para integrar os resultados da investigação. Isto é, as organizações devem possuir um determinado grau de preparação/predisposição organizacional para a mudança (*Organizational Readiness for Change - ORC*). Esta realidade dá mote ao foco central deste estudo. Assim, a preparação organizacional para a mudança é

considerada um percursor crítico para a implementação, com sucesso, de complexas mudanças nas organizações, nomeadamente, nas organizações de saúde (Gagnon et al., 2011; Attieh et al., 2014).

5. Preparação Organizacional para a Mudança

O consenso sobre os inúmeros desafios que se colocam na ciência da implementação nas organizações de saúde, permite reconhecer a importância de uma cultura organizacional, capaz de suportar uma prática baseada na evidência, e onde dois determinantes chave se repetem, nomeadamente, a mudança e a preparação organizacional para a mudança.

Segundo Khan et al. (2014), a mudança organizacional é definida por quatro construtos que, em associação, representam a preparação/predisposição para a mudança: 1-Fatores psicológicos individuais: refletem até que ponto os indivíduos possuem crenças no que concerne uma potencial mudança, reconhecem que um determinado problema tem que ser solucionado e concordam com as mudanças requeridas pelos indivíduos e pela organização; *2*-Fatores estruturais individuais: Dimensões relevantes relacionadas com o conhecimento, competências e habilidade para o desempenho perante uma mudança.

Estes primeiros construtos, centrados ao nível individual, serão, de acordo com Khan et al. (2014), complementados por determinantes organizacionais, sendo eles: *3*-Psicologia Organizacional*:* Crenças relevantes relacionadas com o compromisso coletivo e a eficácia coletiva dos membros da organização*; 4*-Estrutura Organizacional*:* Considerações relacionadas com os recursos humanos e materiais, canais de comunicação e política formal organizacional.

Em síntese, podemos definir a preparação para a mudança como uma atitude abrangente influenciada, simultaneamente, pela natureza da mudança, o processo da mudança, o contexto organizacional e os atributos dos indivíduos (Attieh et al., 2013).

Gostaríamos de referenciar Weiner, Amick e Lee (2008), que também introduziram considerações fundamentais na concetualização deste conceito. Na sua extensa revisão, Weiner e a sua equipa esclarecem que o conceito de preparação organizacional para a

mudança deve incluir dois níveis, identificados na literatura. O primeiro descreve a ORC em termos psicológicos (atitudes, crenças e intenções dos membros da organização), e a seguinte descreve ORC em termos estruturais, dando ênfase às capacidades e recursos organizacionais (Gagnon et al., 2011).

Esta combinação das componentes psicológicas e estruturais, na descrição deste conceito, capitalizando os níveis individual e organizacional, enformam a definição do conceito como um estado psicológico partilhado em que os membros da organização sentem-se motivados para implementar uma mudança organizacional e confiam nas suas capacidades coletivas para o fazer (Gagnon et al., 2011) ou ainda o grau em que os membros de uma organização estão psicologicamente preparados para implementar a mudança (Puchalski Ritchie & Straus, 2019).

Logo, sugere-se que, quando os níveis de preparação organizacional para a mudança são elevados, os membros de uma organização investem mais no esforço que acompanha a mudança e exibem maior persistência para ultrapassar obstáculos/desafios.

Daí que é essencial avaliar se as organizações dispõem dos recursos, competências, aptidões, apoio, motivação e informação necessários para assegurar uma implementação bem sucedida de uma mudança capaz de melhorar os cuidados de saúde (Gagnon et al., 2018). Esta consideração permite perspetivar que, se não conhecermos o nível de preparação organizacional para a mudança de uma qualquer organização, existe grande potencial para que a implementação da mudança seja mal-sucedida.

5.1 - Preparação Organizacional para a Translação do Conhecimento nas Organizações de Saúde

As considerações, até aqui expostas, pretenderam clarificar dois conceitos estruturantes: a translação do conhecimento e a preparação organizacional para a mudança nas organizações de saúde. Este quadro teórico permitiu descobrir a relação entre estes dois conceitos, considerando-se, na literatura, que a preparação organizacional para a mudança representa um potencial facilitador para uma efetiva translação do conhecimento. Isto é, a preparação

organizacional para a mudança emerge como um determinante central, na literatura sobre a translação do conhecimento nas organizações de saúde. Dito isto, fará sentido considerar que avaliar a preparação organizacional para a mudança é um dos primeiros passos a realizar na implementação da mudança; no entanto, é descrito que avaliar o seu nível permanece complexo, desafiador e inconsistente.

Esta limitação é apresentada por Allen et al. (2017), que identificaram a falta de ferramentas válidas para avaliar o nível de preparação/predisposição organizacional para a mudança, o que condicionou os esforços recentes de desenvolver ferramentas psicométricas válidas, com este objetivo. Gagnon et al. (2014) validam esta preocupação, salientando que existem poucos instrumentos com validade e fidelidade para avaliar esta preparação organizacional para a mudança e que pudessem ser aplicados no processo de translação do conhecimento, no setor da saúde. Acrescentam, ainda, que os instrumentos de medida disponíveis, frequentemente, avaliam a preparação organizacional de forma restrita, omitindo uma ou mais dimensões concetuais que constituem parte importante de uma avaliação abrangente da preparação organizacional (Gagnon et al., 2014).

Terá sido esta conjuntura que motivou Gagnon et al. (2014) à realização de uma revisão sistemática da literatura, com o objetivo, distinto e central, de analisar qual das ferramentas disponíveis poderia ser aplicada na translação do conhecimento no setor da saúde, particularmente, ao nível organizacional. Desta revisão, foi possível o desenvolvimento de um novo instrumento, destinado a avaliar a preparação organizacional para a incorporação de novos conhecimentos e da inovação nos processos inerentes à prática clínica.

5.2. Questionário - Organizational Readiness for Knowledge Translation - OR4KT

Foi, muito recentemente, que Gagnon et al. (2018) apresentaram o processo de desenvolvimento, adaptação transcultural e validação do *Organization Readiness for Knowledge Translation* (OR4KT), um instrumento destinado a avaliar a preparação organizacional para a translação do conhecimento, nas organizações de saúde.

Baseado em duas revisões sistemáticas da literatura (a primeira centrada no quadro concetual, que descreve a preparação organizacional, e uma segunda revisão centrada na análise dos instrumentos existentes para avaliar esta determinante), uma revisão Delphi e, ainda, a consulta de peritos, foi possível reunir um conjunto inicial de itens (Gagnon et al., 2018). Após a validação de conteúdo do questionário piloto – OR4KT, em inglês, seguida da criação de uma versão francesa e espanhola, Gagnon et al. (2018) conduziram estudos piloto em três diferentes contextos – País Basco (Espanha) e províncias de Quebec e Ontario (Canadá) – onde trinta peritos internacionais, incluindo clínicos, gestores e investigadores, analisaram a validade e fidelidade das três versões linguísticas equivalentes do OR4KT (Francês, Inglês e Espanhol), estendendo a sua utilização em diferentes contextos culturais e sociais.

Deste enorme trabalho, resultou o questionário -OR4KT, composto por 59 itens, agrupados em seis dimensões (Clima organizacional para a mudança, Fatores do contexto organizacional, Conteúdo da mudança, Liderança, Suporte organizacional, Motivação), num total de 24 sub-dimensões.

QUADRO 1: Instrumento OR4KT

6 DIMENSÕES/24 SUB-DIMENSÕES	
1. Clima Organizacional para a mudança 1 - Coesão da equipa 2 - Stress da equipa relacionado com o trabalho 3 - Comunicação sobre a mudança 4 - Atitude dos gestores para a mudança	**4. Liderança** 1 - Liderança 2 - Processo estratégico de planeamento 3 - Processo de tomada de decisão 4 - Nível de envolvimento adequado
2. Fatores do contexto Organizacional 1 - Recursos humanos adequados para suportar a mudança 2 - Recursos materiais adequados para suportar a mudança 3 - Cultura organizacional	**5. Suporte organizacional** 1 - Suporte do clima organizacional 2 - Monitorização 3 - Processo de avaliação 4 – Feedback
3. Conteúdo da Mudança 1 - Atributos da mudança 2 - Perceção da complexidade da mudança 3 - Experiência e preferências dos pacientes 4 - Evidência clínica que suporta a mudança	**6. Motivação** 1 - Pressão para a mudança 2 - Necessidades de treino e formação 3 - Conhecimentos e competências adequadas 4 – Compromisso

Fonte: Adaptado de Gagnon et al. (2018). Tradução livre do autor.

A dimensão "Clima Organizacional para a Mudança" procura avaliar a dinâmica organizacional que suporta a cooperação e a confiança entre os membros da equipa. Trata-se de compreender a dinâmica organizacional, que facilita um ambiente de cooperação e

confiança na equipa, bem como a troca de informação (Attieh et al., 2014; Grandes et al., 2017).

Transitando para o domínio dos "Fatores do Contexto Organizacional", cuja dimensão comporta três subdimensões, os mesmos pretendem assistir na análise do clima organizacional onde deverá ocorrer a mudança (Grandes et al., 2017). Entendemos acrescentar que, em linha com a revisão da literatura, se observa o consenso em redor de alguns pontos-chave, nomeadamente, o reconhecimento de que um contexto organizacional "ótimo" será essencial para promover, na enfermagem, uma cultura baseada na evidência, bem como suportar a inovação (Pittman et al., 2019). Aliás, os mesmos autores acrescentam que avaliar o contexto organizacional por forma a apoiar uma PBE é o primeiro passo para o desenvolvimento e reforço sustentável de uma cultura orientada para questionar o conhecimento (Pittman et al., 2019).

Percebemos, na literatura consultada, que, integrados na dimensão dos fatores do contexto organizacional, onde estão incluídos os recursos disponíveis, sejam físicos, financeiros, administrativos, temporais, técnicos, humanos, os mesmos se afiguram como facilitadores e/ou como barreiras, para a implementação de mudanças. Mas não ficamos por aí. Aliás, Holt, Armenakis, Feild & Harris (2007), Kitson et al. (2008) e Weiner (2009) defendem que os fatores do clima organizacional, dimensão necessária na preparação para a implementação com sucesso da mudança, deverão estar reforçados antes da implementação da mudança, o que envolve um entendimento dos atributos do ambiente organizacional onde a mudança irá ocorrer.

Outra referência particularmente interessante, é apresentada por Lau et al. (2016) relativamente à preparação organizacional para a mudança nas organizações de saúde, que estabelecem a importância da designada, adequação entre a intervenção e os diferentes níveis de contexto, ou seja, contexto externo, organização e profissionais. Isto é, em que medida a intervenção se enquadra no contexto externo, bem como nas práticas de trabalho da organização, e nas crenças e valores dos seus profissionais.

A dimensão Conteúdo da Mudança refere-se à mudança que está a ser introduzida e às suas características, desenvolvendo-se em cinco subdimensões, nomeadamente, os atributos da mudança, a perceção da complexidade da mudança, a experiência e preferências dos pacientes e a evidência clínica que suporta a mudança (Gagnon et al., 2014; Grandes et al., 2017). Optamos por referir Apóstolo (2017, p.10-11), no sentido de reforçar e justificar a importância desta dimensão, citando que:

> "*os profissionais de saúde estão preocupados com a eficácia e viabilidade da sua abordagem e, também, com o facto da evidência e da tomada de decisão clínica ser oportuna, adequada e significativa para as pessoas ou comunidades. A viabilidade, adequação, significado e eficácia das práticas de saúde podem ser informadas pela melhor evidência disponível, o contexto no qual o cuidado é prestado, o indivíduo, o julgamento e a experiência do profissional de saúde* (Apóstolo, 2017, p.10-11)."

Transitando agora para a dimensão da "Liderança", não representa surpresa que, na literatura sobre a implementação da mudança nas organizações de saúde, esta dimensão reúna consenso alargado, quanto ao seu papel nos processos de mudança, surgindo como a essência fundamental do trabalho do gestor. O líder é um agente da mudança. É uma pessoa cujos atos afetam outras pessoas (Bass, 1990).

Será de referir que, ainda hoje, não é fácil definir liderança e, dada a complexidade da temática, não existe consenso alargado acerca da delimitação do campo de análise. Partindo de um conceito, aparentemente, mais simples, a liderança é "a capacidade de um indivíduo para influenciar, motivar e habilitar outros a contribuírem para a eficácia e para o sucesso das organizações de que são membros" (Pina e Cunha & Rego, 2005, p.20).

Mas este processo não é unidirecional, pois tanto líderes como liderados se influenciam mutuamente (Miguel, Rocha, & Rohrich, 2014). Chiavenato (1999, p.558) destaca esta dimensão, definindo liderança "como uma influência interpessoal exercida numa dada situação e dirigida através de processos de comunicação humana para a consecução de um ou mais objetivos específicos", sendo a influência considerada como uma transação interpessoal, em que uma pessoa age, intencionalmente, de forma a levar a outra a modificar ou provocar um comportamento.

Exigem-se líderes e lideranças fortes, que saibam estabelecer empatia com os seus colaboradores, mas, acima de tudo, que saibam interpretar os sinais que a envolvente externa emite, que interajam com ela e que sejam suficientemente flexíveis, de modo a responderem em tempo oportuno. A marca da liderança moderna está em "fortalecer o grupo de trabalho, ressaltando e valorizando as competências individuais, diluindo o poder na equipe, fazendo com que cada membro reconheça o propósito e o significado de seu trabalho"(Simões & Fávero, 2003, p.568).

Avançando agora para o domínio do suporte organizacional, esta dimensão inclui quatro subdimensões, nomeadamente, o suporte do clima organizacional, a monitorização, o processo de avaliação e o feedback. Esta dimensão tende a desenvolver-se na função instrumental do controlo, uma das quatro funções instrumentais da gestão (Planear,

Organizar, Dirigir e Controlar), representando a gestão, o processo de coordenar as atividades dos membros de uma organização, através do planeamento, organização, direção e controlo dos recursos organizacionais, de forma a atingir, eficiente e eficazmente, os objetivos estabelecidos. Neste contexto, o controlo de gestão deve ser visto como um meio de sustentação e desenvolvimento (Reis & Rodrigues, 2011; Borralho, 2018).

Relativamente à sexta dimensão incluída no OR4KT, apresentamos a dimensão da "Motivação", que é assumida pelos autores deste instrumento como um pilar essencial para o sucesso das organizações, nomeadamente as organizações de saúde.

No exercício obrigatório do reconhecimento do valor deste instrumento, será importante referir que os seus autores destacam que um dos seus pontos fortes reside no desenvolvimento e validação transcultural do OR4KT, em tês diferentes versões, sejam elas linguísticas, culturais e/ou clínicas. Outra das forças reconhecidas é a sua habilidade em permitir a avaliação da preparação organizacional para a mudança, em diferentes dimensões, nota considerada fundamental no contexto das organizações de saúde, oferecendo, aos gestores, suporte nos processos de implementação de mudanças ou intervenções, com vista a uma PBE.

Destacaríamos, muito recentemente, Puchalski Ritchie & Straus (2019) e Nuño-Solinís (2018) que consideraram o OR4KT como um instrumento notável, promissor e de grande utilidade para realizar um diagnóstico de situação organizacional, quando se pretende implementar alguma mudança, baseada na evidência, bem como monitorizar mudanças, durante um determinado período de tempo. Estes investigadores reconhecem, como um dos pontos fortes deste instrumento, o sólido trabalho prévio, teórico e empírico, bem como o envolvimento dos *stakeholders,* no desenvolvimento desta ferramenta.

É também reconhecido, como ponto forte, o envolvimento de peritos internacionais nas temáticas da preparação organizacional e translação do conhecimento, durante todo o processo de desenvolvimento desta ferramenta, aspeto que representava uma limitação de outras ferramentas prévias, desenvolvidas segundo estudos e participantes, sobretudo dos EUA. Ora, este caráter mais alargado da representatividade do OR4KT parece perspetivar uma maior utilização, por um maior número de países.

Concluo esta síntese dos aspetos positivos, referindo um terceiro dado, salientado por Puchalski Ritchie & Straus (2019), relativamente à adaptação cultural do instrumento, conseguida, por meio de uma rigorosa tradução linguística equivalente, bem como a

realização de estudos piloto, em duas outras versões (Francês e Espanhol) que, mais uma vez, faz antever uma maior utilização e aplicabilidade deste instrumento.

Naturalmente, e em bom rigor, não poderia deixar de indicar algumas das suas limitações apresentadas na literatura.

Gagnon et al. (2018) reconhecem que a especificidade do contexto em que o OR4KT foi desenvolvido – Organizações de Saúde - condiciona a replicação da sua utilização noutros contextos. O mesmo grupo de trabalho também destaca a limitada evidência da validade do instrumento, observando que para assegurar o desenvolvimento de um instrumento válido e fiável, o processo de validação da OR4KT carece de ser complementado por outros tipos de validação. Sugerem que, numa próxima etapa, poderia ser realizada uma análise de invariância entre as três versões do questionário (Françês, Inglês e Espanhol) e uma avaliação prospectiva da sua capacidade de previsão por forma a obter uma implementação bem sucedida (Gagnon et al., 2018).

Consideramos, também, pertinente o comentário de Nuño-Solinís (2018), que propõe a necessidade de garantir validação e aplicação em diferentes contextos, com diferentes recursos, políticas de gestão e culturas organizacionais, como meio de reforçar a generalização ou disseminação da utilização do OR4KT.

Do ponto de vista prático, e embora Gagnon et al. (2018) refiram que a extensão do questionário (15-20 minutos para o seu preenchimento) e a escala de 5 medidas são aceitáveis, outros, tais como Nuño-Solinís (2018) e Puchalski Ritchie & Straus (2019), consideram o questionário relativamente longo, o que poderá limitar a sua utilização em contextos de saúde, cronicamente movimentados e/ou sobrelotados.

Gostaríamos, ainda, de referir que o OR4KT não deve ser aplicado a todos os membros da organização de saúde, mas apenas aos gestores e/ou outros membros da organização, considerados atores ativos, envolvidos na mudança proposta, pelo que Gagnon et al. (2019) assumem a necessidade de serem realizados mais testes empíricos com o intuito de identificar o melhor modo de aplicação deste instrumento (e.g. comparar os padrões de resposta em amostras de diferentes dimensões e composições).

Nesta reflexão, será importante problematizar que o OR4KT não pretende fornecer um roteiro específico das estratégias que podem ser implementadas para melhorar o grau de preparação organizacional para a mudança, nas organizações de saúde (Nuño-Solinís, 2018; Gagnon et al., 2019). Outros instrumentos, como o *Consolidated Framework for*

Implementation Research-Expert Recommendations for Implementing Change - CFIR-ERIC Matching Tool, poderão sugerir a implementação de estratégias consideradas relevantes nos esforços de mudança (Gagnon et al., 2019).

Ou seja, o OR4KT poderá ser empregue para realizar um diagnóstico de situação, de cariz organizacional, capaz de priorizar a implementação de determinadas estratégias numa organização. Desta forma, o mapeamento da implementação baseada em evidências e estratégias de gestão da mudança para os determinantes específicos da preparação organizacional avaliado através das dimensões e sub-dimensões da OR4KT poderá contribuir fortemente para a ciência da implementação (Gagnon et al., 2019).

Em suma, o OR4KT representa um promissor e valioso instrumento para a realização de um diagnóstico de situação a uma determinada organização de saúde e para a implementação de mudanças. Sendo desejável a sua utilização crescente, na área da investigação, em diferentes contextos, como condição determinante para garantir a sua validade, fidelidade e generalização, impõe-se, aos potenciais utilizadores desta ferramenta, a necessidade de avaliar a preparação organizacional, nas iniciativas de implementação. Ou seja, impõe-se, como fundamental, o reconhecimento do papel que a ciência da implementação pode determinar no sucesso das mudanças na saúde (Nuño-Solinís, 2018).

Este reconhecimento da comunidade científica, em Portugal, está materializada neste e noutros estudos de investigação, que se desenvolvem atualmente, aspirando-se, num futuro próximo, à validação desta ferramenta, na Língua Portuguesa (Gagnon et al., 2019).
Em todo o caso, estamos de acordo com Gagnon et al. (2019) que concluem que o mapeamento de estratégias de implementação e gestão da mudança informadas com base em evidências para as dimensões e sub-dimensões da OR4KT, e a proposta de intervenções eficazes que podem ser iniciadas com o objetivo de aumentar a preparação organizacional para a mudança constituem desenvolvimentos relevantes para melhorar a translação do conhecimento nas organizações de saúde.

Dito de outra forma, a ciência da implementação desempenha um papel crítico nos avanços em saúde.

PARTE II – PLANEAMENTO DO TRABALHO DE CAMPO

O método fornece à investigação o seu caráter sistemático e este define-se como um conjunto de processos racionais, tendentes a um fim determinado. Para Fortin et al. (2009), a investigação é o método, por excelência, que permite adquirir conhecimentos.

Neste capítulo, pretendemos apresentar e discutir as opções metodológicas que fizemos, tendo em consideração a finalidade e as perguntas de partida do estudo. Começaremos, em primeiro lugar, por abordar as questões relativas ao paradigma que orienta a investigação, evoluindo, posteriormente, para a apresentação do desenho de investigação que inclui a questão de investigação e os objetivos, o tipo de estudo, as variáveis em análise, a população e amostra, o instrumento de recolha de dados, os procedimentos para a recolha de dados, o tratamento dos dados e, por fim, as considerações éticas inerentes ao processo de investigação.

A metodologia adotada por um investigador revela a sua forma de ver a realidade que está à sua volta e, consequentemente, revela a sua forma de conceber e produzir o conhecimento científico. Ou seja, ao escolher uma metodologia particular de investigação, o investigador adota uma visão do mundo e um fundamento filosófico (Fortin et al., 2009). A este respeito, predominam duas escolas de pensamento: a filosofia de orientação positivista e a filosofia ligada à corrente naturalista, que diferem uma da outra pelos seus paradigmas de investigação.

A noção de paradigma foi introduzida por Kuhn, em 1970, na sua obra *La structure de la révolution scientifique*, na qual ele reconsidera a maneira de conceber o desenvolvimento da ciência. Segundo este autor, o paradigma científico é, de algum modo, um modelo que pode servir para guiar a investigação científica, podendo ser definido como um "conjunto de crenças e de valores, partilhado por um grupo ou uma escola de pensamento. É também uma visão do mundo que imprime uma direção particular à investigação" (Fortin et al., 2009, p.18).

Importa, por isso, reconhecer que uma determinada investigação, normalmente, "ilumina apenas uma das faces do fenómeno, ficando outras por revelar. Daqui podemos vislumbrar

o potencial que a triangulação de abordagens de investigação pode ter para o conhecimento mais diversificado de um mesmo fenómeno" (Pereira, 2006, p.109).

Pereira (2006) continua, refletindo que é provável que, à semelhança de outras ciências humanas, a enfermagem nunca experimente uma fase de prevalência de um paradigma sobre todos os outros. Neste contexto, Meleis (2005) propõe aquilo que se pode designar por "Teoria da integração" para o desenvolvimento da disciplina de enfermagem. "Esta visão integradora é mais consistente com a natureza da ciência de enfermagem, enquanto ciência humana do cuidar, orientada para a prática e promotora da saúde" (Pereira, 2006, p.111). É neste enquadramento que começamos a assistir, no seio da comunidade de enfermagem, a posições que advogam as vantagens da existência de sinergias entre os múltiplos paradigmas e teorias de enfermagem.

Para o estudo que nos propusemos realizar, adoptámos um paradigma positivista para dirigir a investigação. Guba & Lincoln (1994) descrevem que, no modelo positivista (conhecimento baseado nos fatos observáveis), existe uma única realidade, que é apreensível apenas com recurso a métodos que previnam da "contaminação" humana (ontologia); o sujeito e o objeto de investigação são independentes entre si (epistemologia); factos e valores são independentes, não existindo a interferência do investigador (axiologia); a generalização de tempo e contexto é possível, é também possível formular leis gerais (generalização); e existem causas reais que são, temporariamente, precedentes ou simultâneas com os efeitos, podendo ser isoladas (relações causais).

Neste alinhamento, Fortin et al. (2009) complementam, afirmando que a metodologia da investigação pressupõe, ao mesmo tempo, um processo racional e um conjunto de técnicas ou de meios que permitem realizar a investigação. Ou seja, um método de investigação comporta dois elementos: o paradigma do investigador e a estratégia utilizada para atingir o objetivo fixado. Continuam descrevendo que a metodologia quantitativa (paradigma positivista) e qualitativa (paradigma naturalista) devem estar de acordo com os diferentes fundamentos filosóficos que sustentam uma investigação.

O estudo que vamos realizar prevê uma metodologia quantitativa ou objetivista, tendo em conta que este método coloca a tónica na explicação e na predição, assentando na medida dos fenómenos e na análise dos dados numéricos.

A questão de investigação constitui o elemento fundamental do início de uma investigação. Àquela segue-se a formulação dos objetivos da investigação. Estes representam aquilo que o investigador se propõe fazer, para responder à questão de investigação (Ribeiro, 2010).

Assim, formulamos: Qual é a preparação organizacional de um hospital da RAA, para suportar a translação do conhecimento e a sua incorporação na prática clínica da enfermagem?

Na sequência da questão formulada, definiram-se objetivos para o estudo, tendo em conta que pretendíamos avaliar a preparação organizacional de um hospital da RAA, para suportar a translação do conhecimento e a sua incorporação na prática clínica da enfermagem. São eles:

- Analisar a distribuição das dimensões e sub-dimensões da cultura organizacional de um hospital da RAA, que influenciam a translação do conhecimento e a incorporação da inovação na prática clínica;
- Comparar a distribuição das dimensões e subdimensões da cultura organizacional em relação à translação do conhecimento nas variáveis sociodemográficas e profissionais;
- Identificar as dimensões/subdimensões prioritárias a desenvolver, capazes de suportar a translação do conhecimento e a sua incorporação na prática clínica.

Tendo em conta o desenho deste estudo (descritivo-correlacional), foram definidas as seguintes questões de investigação, no sentido de precisar a informação que se quer obter:

Qual é a distribuição das dimensões e sub-dimensões da cultura organizacional de um hospital da RAA, que influenciam a translação do conhecimento e a incorporação da inovação na prática clínica?

Qual é a relação entre as características dos enfermeiros de um hospital da RAA e a distribuição das dimensões e subdimensões da cultura organizacional, que influenciam a translação do conhecimento e a incorporação da inovação na prática clínica?

Quais são as dimensões e subdimensões prioritárias a desenvolver, capazes de suportar a translação do conhecimento e a sua incorporação na prática clínica?

> "*O desenho de investigação, além de fornecer um plano, que permite responder às questões ou verificar hipóteses, ele especifica os mecanismos de controlo que servirão para minimizar as fontes potenciais de enviesamento que colocam o risco de afetar a validade dos resultados do estudo*" (Burns & Groove, 2003 citado por Fortin et al., 2009, p.214).

Este estudo assenta num desenho de investigação, de caráter observacional (não experimental), transversal e do tipo estudo de caso, descritivo-correlacional.

Cada uma destas opções metodológicas decorrem, porque o investigador não controla o fator estudado (observacional), procurando, num determinado momento (transversal), observar, descrever, explorar um fenómeno, tal como ocorre na natureza, com a finalidade

de o compreender, explicar ou prever, bem como explorar relações entre variáveis e descrevê-las (descritivo-correlacional) (Fortin et al., 2009).

Consideramos apropriado classificar este estudo como um estudo de caso, tendo em conta que este consiste no exame detalhado e completo de um fenómeno ligado a uma entidade social. A entidade pode ser um indivíduo, um grupo, uma família, uma comunidade ou uma organização. Entre as vantagens deste tipo de estudo, destacamos duas: Aumentar o conhecimento que se tem de um indivíduo ou de um grupo e formular hipóteses a este propósito, ou estudar as mudanças suscetíveis de se produzirem, ao longo do tempo, no indivíduo ou no grupo (Fortin et al., 2009).

1. Variáveis em estudo

Nesta fase da investigação, é necessário proceder à identificação e posterior operacionalização das variáveis em estudo, sendo que este último processo de tradução das variáveis em conceitos irá permitir encontrar os correlatos empíricos que possibilitem a sua mensuração ou classificação.

> *"O enunciado do objetivo, as questões de investigação e as hipóteses comportam variáveis. Elas são qualidades, propriedades ou características de pessoas, objetos de situações suscetíveis de mudar ou variar no tempo. As variáveis tomam diferentes valores que podem ser medidos, manipulados ou controlados*"(Fortin et al., 2009, p.171).

Importa acrescentar que as variáveis são definidas de forma concetual e operacional. Uma definição concetual é uma definição que procede de uma teoria ou de um modelo concetual e que uma definição operacional precisa as atividades necessárias para medir as variáveis (Fortin et al., 2009).

Neste estudo, considerou-se como variável principal (a que o investigador está interessado em compreender, explicar ou predizer), a "Preparação Organizacional para a Translação do Conhecimento" que será medida, recorrendo à OR4KT, de Gagnon et al. (2018), numa versão teste Portuguesa.

Foram identificadas, como variáveis atributo, as variáveis sociodemográficas e profissionais, operacionalizadas, de forma a permitir o posterior tratamento estatístico dos dados. As variáveis sociodemográficas foram: Sexo; Idade; Habilitações Académicas. As profissionais foram: Título Profissional; Detenção da Competência Acrescida Avançada em Gestão; Área de Especialização; Funções de direção, chefia ou coordenação; Área/contexto de atividade clínica; Tempo de exercício profissional; Tempo de exercício profissional na instituição; Tempo de exercício profissional na área/contexto onde exerce, predominantemente, a sua prática clínica.

QUADRO 2 – Operacionalização das variáveis

Variá-vel	Componentes	Operacionalização
Características sociodemográficas	**Sexo**	Categorizada em masculino e feminino;
	Idade	Agrupada em cinco grupos: Menos de 30 anos; De 31 a 40 anos; De 41 a 50 anos; De 51 a 60 anos; Mais de 61 anos.
	Habilitações Académicas	Agrupada em quatro categorias: Bacharelato; Licenciatura ou equivalente (Curso de Estudos Superiores Especializados – CESE); Mestrado; Doutoramento.
Características Profissionais	**Título Profissional**	Categorizado em enfermeiro e enfermeiro especialista
	Detenção da Competência Acrescida Avançada em Gestão	Categorizado em sim e não
	Área de Especialização	Agrupada em seis categorias: Enfermagem Comunitária; Enfermagem Médico-Cirúrgica; Enfermagem de Reabilitação; Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica; Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica; Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria
	Funções de direção, chefia ou coordenação	Agrupada em três categorias: Sim, formalmente; Sim, informalmente; Não
	Área/contexto de atividade clínica	Agrupada em três categorias: Prestação direta de cuidados; gestão; outra área
	Tempo de exercício profissional	Agrupada em anos completos em 4 grupos: De 0 a 10 anos; de 11 a 20 anos; de 21 a 30 anos; de 31 a 40 anos.
	Tempo de exercício profissional na organização	Agrupada em anos completos em 4 grupos: De 0 a 10 anos; de 11 a 20 anos; de 21 a 30 anos; de 31 a 40 anos.
	Tempo de exercício profissional na área predominante de exercício profissional	Agrupada em anos completos em 4 grupos: De 0 a 10 anos; de 11 a 20 anos; de 21 a 30 anos; de 31 a 40 anos.

2. População e amostra

A população alvo deste estudo foi constituída por enfermeiros portugueses, a exercer funções em qualquer hospital da RAA.

A população acessível foi constituída por todos os enfermeiros portugueses a exercer funções, apenas num hospital, numa ilha da RAA, totalizando 383 enfermeiros, sendo que, deste grupo, se registaram, durante o período de aplicação do instrumento de colheita de dados, a ausência de 36 colegas, por licenças de natureza diversa (Licença de férias; Doença; Doença Prolongada; Gravidez de Risco; Licença de Parentalidade; Comissão de Serviço noutra instituição; Licença sem vencimento). Daí que a população total foram 347 enfermeiros.

Como critério de inclusão, foi definido que os enfermeiros teriam de exercer funções, há pelo menos seis meses, na instituição hospitalar onde foi aplicado o instrumento de recolha de dados.

Foi utilizada uma metodologia de amostragem não probabilística. Importa referir que esta amostragem acidental foi adotada, tendo em consideração a acessibilidade ao contexto organizacional e a proximidade de acesso aos participantes no estudo.

Distribuíram-se 347 questionários para serem preenchidos, tendo sido devolvidos 275 documentos válidos, resultando numa taxa de adesão de 79,25%. Os participantes (n = 275) aceitaram, voluntariamente, participar no estudo, com o preenchimento do consentimento informado para o mesmo.

3. Instrumento de recolha de dados

Com base no conjunto de evidências descritas na revisão da literatura sobre a temática, estabelecemos o valor do questionário OR4KT, como instrumento válido e fiel para avaliar

nas organizações de saúde, a preparação organizacional para a translação do conhecimento. Este argumento introduz a justificação para a utilização deste instrumento de recolha de dados, numa versão teste/ preliminar da versão portuguesa do OR4KT, inserindo-se numa contribuição para a validação desta ferramenta, em Portugal.

A tradução e adaptação transcultural do OR4KT para português europeu foi realizada de acordo com as diretrizes fornecidas por Beaton, Bombardier, Guillemin e Ferraz (2000) para a adaptação transcultural das medidas de autorelato. Em termos operativos, o processo decorreu em cinco fases.

Fase 1 - Tradução inicial: tradução independente por dois tradutores bilingues (um familiarizado com os conceitos, e o outro um tradutor da área de letras e humanidades).

Fase 2 - Síntese das traduções: preparação de uma tradução padrão.

Fase 3 - Tradução posterior: dois tradutores efetuaram, de forma independente, as traduções posteriores. Ambos os tradutores desconheciam os conceitos que estavam a ser medidos.

Fase 4 - Comité de peritos: 5 peritos (profissionais de saúde, indivíduos com experiência em estudos de validação, um profissional de línguas, e tradutores) analisaram as versões das ferramentas e desenvolveram as versões pré finais. A primeira autora da escala original (Dra. Marie Pierre-Gagnon) foi contatada para clarificar situações ambíguas e o significado de alguns termos ou expressões, tendo em conta a realidade organizacional nacional.

Fase 5 - Teste das versões de pré-final: Estas versões foram testadas numa amostra de estudantes de mestrado de enfermagem. Cada participante preencheu o instrumento e uma questão aberta sobre a compreensabilidade do instrumento.

Este questionário, de preenchimento individual, é constituído por dois grupos de questões. O primeiro desenvolve-se num conjunto de 59 questões, agrupadas em seis dimensões (Clima organizacional para a mudança; Fatores do contexto organizacional; Conteúdo da mudança; Liderança; Suporte organizacional; Motivação) num total de 24 sub-dimensões, que serão avaliadas com recurso a uma escala do tipo Likert, que oscila entre 1 (Totalmente em desacordo) e 5 (Totalmente de acordo). O questionário é, ainda, complementado por um segundo grupo de questões relacionadas com a caracterização sociodemográfica e profissional dos participantes.

3.1 – Propriedades métricas do instrumento de medida

A medida ideal seria a que teria uma fidelidade e uma validade perfeitas, duas propriedades fundamentais a qualquer instrumento de medida. Este é fiel, se as indicações que ele dá forem sempre concordantes e é válido, se medir exatamente o que é suposto (Fortin et al., 2009). Citando Ribeiro (2010, p.100),

> "*o essencial para qualquer medição ser precisa é, primeiro, que meça o que se pretende medir e não outro aspeto diferente ou parecido (validade) e, segundo, que se a medição for repetida, nas mesmas condições, com os mesmos respondentes, o resultado encontrado seja idêntico (dentro de um erro aceitável) (fidelidade)*" (Ribeiro, 2010, p.100).

Existem diversos critérios para avaliar a fidelidade dos instrumentos de medida. Os principais são a estabilidade, a consistência interna e a equivalência. Relativamente à validade do instrumento de medida, são apreciados os seguintes tipos de validade: 1) validade de conteúdo ou conceito; 2) validade de critério e 3) validade de construto (Fortin et al., 2009).

Na determinação das propriedades métricas do instrumento de colheita de dados, deve ser referenciado o estudo desenvolvido por Grandes et al. (2017), que validaram a versão espanhola do OR4KT, apresentando os seguintes resultados.

QUADRO 3: Distribuição dos resultados das propriedades métricas da versão espanhola do OR4KT

Dimensões	Min	Máx	M	DP	Sk	Kurt	α	%CR
Clima organizacional para a mudança	20.00	92.50	57.70	12.44	0.04	0.26	.79	12.09
Fatores do contexto organizacional	35.00	85.00	57.43	11.39	-0.10	-0.61	.79	13.33
Conteúdo da mudança	36.11	94.40	63.34	11.73	-0.26	-0.31	.84	12.13
Liderança	20.00	100.00	57.12	12.71	0.15	1.01	.83	13.26
Suporte organizacional	5.00	100.00	60.35	14.01	-0.79	2.13	.92	13.18
Motivação	10.00	100.00	58.02	11.05	-0.53	3.70	.81	12.92
Total	28.98	87.36	59.10	9.98	-0.18	0.54	.95	6.95

Sk. skewness, Kurt. Kurtosis, α Alfa de Cronbach, %CR coeficiente de repetiabilidade

Fonte: Grandes et al. (2017, p.6). Tradução livre do autor.

No que diz respeito à fidelidade do instrumento, podemos observar, no quadro ilustrado, que o questionário demonstra muito boa consistência interna em todas as 6 dimensões, com valores de alfa de Cronbach, entre 0.79 e 0.92, com um valor total de 0.95. Recordamos que uma boa consistência interna deve exceder um alfa de 0.80. Também é de referir o resultado do coeficiente de repetibilidade, com um valor total de 6.95%, e que, sendo inferior a 10%, é considerado, segundo a literatura, como um excelente resultado.

Relativamente à avaliação da validade do instrumento, Grandes et al. (2017) expõem que foi realizada a apreciação da validade de conteúdo ou de conceito, a validade de critério e a validade de construto ou concetual. Esta última diz respeito à capacidade de um instrumento para medir o conceito ou o construto definido teoricamente (estrutura teórica) (Fortin et al., 2009). Refere-se ao grau de correlação entre as observações e o paradigma teórico. Para avaliar este tipo de validade, utiliza-se, particularmente, a validade convergente e discriminante/divergente, a consistência interna e a análise factorial.

A análise factorial é um método que permite reter agrupamentos de conceitos, fortemente ligados entre si, chamados fatores. Reveste-se particularmente útil para determinar se os enunciados de uma escala de medida se agrupam em torno de um só fator (*Dimension Reduction – Varimax*). No projeto de validação espanhola deste instrumento, Grandes et al. (2017) demonstraram cargas factoriais ou Loadings significativos, com valores superiores a 0.50, na maioria das dimensões e subdimensões do OR4KT, excetuando-se os itens 8, 15, 29, 32, 50 e 52, que variaram entre .30 e .40. Conclui-se que a análise fatorial exploratória realizada suporta a estrutura teórica das 6 dimensões e 24 subdimensões.

Continuando neste exercício de avaliação da validade do OR4KT, destacamos, igualmente, a exploração da relação entre as seis dimensões, efetuada com recurso à Correlação de *Spearman*, que apresentamos no quadro seguinte, e cujos valores demonstram, em todas as dimensões, uma correlação positiva moderada a forte, estatisticamente significativa ($p \leq 0.001$).

QUADRO 4: Relação entre as dimensões do OR4KT versão espanhola

Dimensões	Clima organizacional para a mudança	Fatores do contexto organizacional	Conteúdo da mudança	Liderança	Suporte organizacional	Motivação
Clima organizacional para a mudança	1					
Fatores do contexto organizacional	.75	1				
Conteúdo da mudança	.62	.67	1			
Liderança	.70	.64	.55	1		
Suporte organizacional	.55	.62	.53	.70	1	
Motivação	.45	.60	.46	.53	.45	1

Podemos considerar, face aos dados acima expostos, que o questionário OR4KT, embora careça de ser validado em amostras mais representativas e noutros contextos (Grandes et al., 2017), demonstra propriedades métricas muito positivas, corroborando a pertinência da sua utilização na avaliação da preparação organizacional para a translação do conhecimento, nas organizações de saúde.

Verificámos, de igual modo, que os resultados que obtivemos no nosso estudo de investigação, onde, obrigatoriamente, foi também realizada a determinação das características psicométricas desta versão teste do OR4KT, nomeadamente a sua fidelidade, determinada pelo valor alfa de *Cronbach*, foram também positivos.

Os resultados obtidos demonstraram que esta versão apresenta uma consistência interna global de Alfa de *Cronbach*=0,949. No modelo testado, que mantém os 59 itens e as seis subescalas da versão original, demonstrou-se os seguintes resultados: 1-Clima Organizacional para a Mudança (Alfa de *Cronbach*=0,769); 2-Fatores do Contexto Organizacional (Alfa de *Cronbach*=0,789); 3-Conteúdo da Mudança (Alfa de *Cronbach*=0,822); 4-Liderança (Alfa de *Cronbach*=0,868); 5-Suporte Organizacional (Alfa de *Cronbach*=0,918); 6-Motivação (Alfa de *Cronbach*=0,738). No quadro 5, podemos observar a comparação da consistência interna, determinada pelo Alfa de *Cronbach,* entre os dois estudos citados (versão espanhola e versão teste portuguesa).

QUADRO 5: Distribuição dos valores de alfa de *Cronbach* do OR4KT

OR4KT	Nº de itens	Presente estudo	Grandes et al. (2017)
Clima Organizacional para a Mudança	10	0,77	0,79
Fatores do Contexto Organizacional	10	0,79	0,79
Conteúdo da Mudança	9	0,82	0,84
Liderança	10	0,87	0,83
Suporte Organizacional	10	0,92	0,92
Motivação	10	0,73	0,81
OR4KT-PT versão teste - Score total -	59	0,95	0,95

Terminamos, concluindo que, através da análise de componentes principais, forçada a seis fatores, pelo método *Varimax* e normalização *Kaiser*, se afere que, na solução obtida, o índice de *Kaiser-Meyer-Olkin* apresentou um valor elevado de *KMO*=0,909, o que indica uma boa correlação entre os itens.

Por esta avaliação, repete-se a demonstração de que este questionário é válido e adequado, para utilização no contexto estudado.

4. Procedimentos para a recolha de dados

Depois de confirmada a respetiva autorização, pela autora, para a utilização do OR4KT-versão teste portuguesa, iniciámos o conjunto de procedimentos necessários para a aplicação do instrumento de recolha de dados.

Inicialmente, foi solicitada autorização ao Conselho de Administração e Comissão de Ética Hospitalar da Instituição hospitalar, onde se efetuou a recolha de dados. O investigador foi informado da autorização em janeiro de 2020 (Anexo I).

Após autorização, o investigador reuniu pessoalmente com o EnfºDiretor, onde foi explicitado o estudo de investigação e os procedimentos relacionados com a aplicação do instrumento de recolha de dados.

Em seguida, o investigador contactou, pessoalmente, todos os enfermeiros em funções de gestão operacional, uma vez que estes estariam diretamente implicados na aplicação dos questionários aos enfermeiros das equipas. Nestes contactos, foram explicitados os procedimentos relacionados com a aplicação do instrumento de recolha de dados. Foi solicitado, assim, a cada enfermeiro em funções de chefia operacional que entregasse a cada elemento de enfermagem das suas equipas, com critérios de inclusão, o instrumento de recolha de dados e as respetivas declarações de consentimento informado.

Para se garantir o rigor na aplicação do instrumento de recolha de dados, as informações explicitadas pelo investigador, ao EnfºDiretor e enfermeiros em funções de gestão operacional, foram disponibilizadas, igualmente, por correio eletrónico.

O instrumento de recolha de dados foi entregue a cada enfermeiro, juntamente com um envelope para que, após o preenchimento, fosse colocado no seu interior e selado pelos próprios. Este procedimento garantiu que o acesso à informação fosse exclusivo do investigador.

O período para a aplicação dos questionários foi de 2 semanas e operacionalizou-se no espaço temporal compreendido entre fevereiro e março de 2020.

Os questionários foram recolhidos pelo investigador em envelopes fechados, procedendo-se à sua numeração e ao tratamento estatístico dos dados.

5. Considerações Éticas

Os aspetos éticos são decisivos em investigação. Sem um código de ética que aponte limites e oriente os passos da investigação, é a própria investigação que fica em causa.

“Quaisquer que sejam os aspetos estudados, a investigação deve ser conduzida no respeito dos direitos da pessoa" (Fortin et al., 2009, p.180).

Neste estudo, de modo a respeitar os princípios éticos declarados para a investigação no domínio da saúde, garantimos, para a aplicação do instrumento de recolha de dados, a autorização do Conselho de Administração e da Comissão de Ética da Instituição de Saúde, que foi concedida a 28/01/2020.

Também foi assegurada, numa fase preliminar, a autorização, pelo autor original do instrumento aplicado, para a sua utilização.

Aos participantes, foi assegurado o consentimento informado, livre e esclarecido, para participação em projetos de investigação (Anexo II). Foi, também, garantido o anonimato e confidencialidade dos dados colhidos, bem como o seu uso exclusivo no âmbito da presente investigação e ainda o caráter voluntário da respetiva participação. Todos os participantes foram tratados de igual modo, durante todo o processo investigativo.

Depois de garantidos todos os procedimentos éticos, iniciou-se a colheita de dados, que decorreu entre fevereiro e março de 2020.

6. Tratamento dos dados

A investigação quantitativa caracteriza-se pela medida de variáveis e pela obtenção de resultados numéricos, para serem generalizados a outras populações ou contextos. Procura explicar, predizer e estabelecer relações de causa-efeito, através de medidas aplicadas às variáveis e pela análise de dados numéricos.

Para o tratamento de estatística descritiva e inferencial dos dados, foi usado o *Statistical Package for the Social Sciences*, versão 22 (SPSS22).

A estatística descritiva permite "caracterizar os dados de determinada amostra. É um procedimento que se propõe apresentar a fotografia do grupo estudado relativamente a determinado número de variável. É um procedimento básico que, por isso, é incluído, normalmente em todas as investigações" (Ribeiro, 2010, p.51).

Neste estudo, a estatística descritiva foi efetuada com recurso a medidas de tendência central (Média; Moda; Mediana), de dispersão (Amplitude; Variância; Desvio-Padrão) e frequências (Absolutas; Relativas).

A estatística indutiva ou inferencial, baseada nas leis da probabilidade, interessa-se pelos resultados provenientes de uma amostra e, por inferência, prevê o comportamento ou as características da população total (Fortin et al., 2009). A estatística inferencial propõe-se decidir o nível de confiança a partir do qual se pode generalizar resultados obtidos à população em geral. Este valor é dado pelo valor da probabilidade *p*, que se refere à probabilidade de o resultado que foi encontrado naquela amostra ser o resultado verdadeiro, ou o resultado que se encontraria se se avaliasse toda a população de onde saiu a amostra. O valor, normalmente aceite, é de $p < 0,05$ (grau de confiança de 95%).

As inferências são feitas através de intervalos de confiança, distinguindo-se duas classes de testes estatísticos inferenciais: os testes estatísticos paramétricos e os testes estatísticos não paramétricos (Pestana & Gageiro, 2005).

> "*Empregam-se os testes paramétricos: 1) quando as variáveis são normalmente distribuídas na população; 2) quando pelo menos é possível a estimação de um parâmetro e 3) quando nível das variáveis é de intervalos ou de proporções. Os testes estatísticos não paramétricos não são baseados nem na estimação dos parâmetros nem nos princípios da distribuição normal. São geralmente utilizados com as variáveis nominais e ordinais*" (Fortin et al., 2009, p.454).

Em relação aos testes não paramétricos, neste estudo foram utilizados os testes de *Mann-Whitney* (*U*), para comparar as funções de distribuição de uma variável, pelo menos ordinal, medida em duas amostras independentes, e o teste de *Kruskal-Wallis* (*H*), quando se optou por comparar as duas ou mais distribuições de uma variável, pelo menos ordinal, observada em duas ou mais amostras independentes.

Utilizaram-se as correlações de *Spearman* (*Rs*), para avaliar a força de associação entre duas variáveis, pelo menos ordinais, que varia entre -1 e 1, revelando de que forma as variáveis se relacionam entre si e qual a intensidade dessa relação. Quando é igual a 1, significa que as duas variáveis têm uma correlação perfeita positiva. Quando é -1, significa que têm uma correlação perfeita negativa. Quando é zero, significa que não existe relação linear entre as variáveis. Valores negativos indicam uma correlação negativa, ou seja, quando uma variável aumenta, a outra diminui, e valores positivos, que indicam, pelo contrário, uma correlação positiva, em que, quando uma variável aumenta, a outra também aumenta, em valor proporcional.

Em ciências exatas, sugere-se que a correlação de *Spearman*, menor que 0,2, é muito baixa, entre 0,2 e 0,39, é baixa, entre 0,4 e 0,69, é moderada, entre 0,7 e 0,89, é alta, e entre 0,9 e 1, é uma associação muito alta. A mesma lógica aplica-se nas correlações negativas (Pestana & Gageiro, 2005).

Foi também utilizado o Teste do Qui Quadrado de independência, para testar se dois ou mais grupos independentes diferem, relativamente a uma determinada variável, verificando se a frequência com que os elementos da amostra se repartem pelas classes de uma variável é, ou não, aleatória (Marôco, 2018).

Os resultados obtidos neste estudo são apresentados no capítulo seguinte, com recurso a quadros e valores, arredondados a duas casas decimais.

PARTE III – PERCEÇÃO DOS ENFERMEIROS SOBRE A CULTURA ORGANIZACIONAL

Nesta parte, faremos a apresentação dos principais resultados verificados na amostra em estudo, descrevendo as principais características sociodemográficas e profissionais dos participantes, passando, posteriormente, e em função dos objetivos da investigação, à apresentação dos principais resultados obtidos, através da aplicação do instrumento de recolha de dados (OR4KT – PT Versão Teste).

1 – Caracterização da amostra

Depois de constituída, torna-se necessário caracterizar a amostra, assumindo particular importância, as medidas de tendência central, as medidas de dispersão e as medidas da forma de distribuição dos elementos da amostra – as ditas medidas de assimetria e achatamento.

A amostra ficou constituída por 275 participantes, o que garante um grau de confiança de 95%, com uma margem de erro, na leitura dos resultados, de 3%.

No quadro 6 observa-se a distribuição, em termos de frequências absolutas e relativas, das variáveis sociodemográficas dos participantes da amostra

QUADRO 6: Distruição da amostra de acordo com componentes da variável socio demográfica

Componentes		N	%
Sexo	Masculino	56	20,4
	Feminino	219	79,6
Idade	Menos de 30	38	13,8
	De 31 a 40	119	43,3
	De 41 a 50	79	28,7
	De 51 a 60	31	11,3
	Mais de 61	8	2,9
Habilitações Académicas	Bacharelato	2	0,7
	Licenciatura ou equivalente (Curso de Estudos Superiores Especializados – CESE)	258	93.8
	Mestrado	14	5,1
	Doutoramento	1	0,4

Verifica-se que, dos 275 enfermeiros que constituíram a amostra do estudo, a maioria (79,6%) são do sexo feminino. Quanto à idade dos participantes, verifica-se uma marcada heterogeneidade, sendo que, com maior representação percentual, temos o grupo com idades compreendidas entre os 31 e 40 anos, com 43,3%, contra o grupo com mais de 61 anos de idade, que constitui 2,9% da amostra. Nesta análise, aferiu-se que a média de idades foi de 40,13 anos, com um desvio padrão de 9,2 e uma variação entre os 23 anos e os 62 anos. A distribuição das idades dos participantes mostra ser simétrica e mesocúrtica.
No que concerne às habilitações académicas, 93,8% dos participantes possui Licenciatura e um dos participantes, respondeu ser detentor do grau de doutor (0,4%).

Avançando para as variáveis profissionais sob estudo, no quadro 7, apresenta-se a sua distribuição, em termos de frequências absolutas e relativas. Optámos por agregar este conjunto de variáveis, em dois quadros, com o objetivo de facilitar a sua análise.

QUADRO 7: Distruição da amostra nas componentes da variável condições profissionais

Componentes		N	%
Título Profissional	Enfermeiro	217	78,9
	Enfermeiro Especialista	58	21,1
Área de Especialização	Enfermagem Comunitária	4	1,5
	Médico-Cirúrgica	21	7,6
	Reabilitação	13	4,7
	Saúde Infantil e Pediátrica	7	2,5
	Saúde Materna e Obstetrícia	7	2,5
	Saúde Mental e Psiquiatria	7	2,5
Funções de direção, chefia ou coordenação	Sim, formalmente	21	7,6
	Sim, informalmente	29	10,5
	Não	225	81,8
Competência acrescida Avançada em Gestão	Sim	8	2,9
	Não	267	97,1
Área/contexto de atividade onde exerce predominantemente a sua prática clínica	Prestação direta de cuidados	249	90,5
	Gestão	19	6,9
	Outra área	7	2,5

Caracterizando a amostra, em relação ao título profissional atribuído pela Ordem dos Enfermeiros, verifica-se que 78,9% da amostra é constituída por enfermeiros e que 21,1% são detentores de uma especialização em enfermagem, sendo que a área de especialização predominante é a Médico-Cirúrgica, que ocupa 7,6%.

Outro dos dados que caracterizam a amostra é que 81,8% dos participantes não exerce, atualmente, funções de direção, chefia ou coordenação, seja formal ou informalmente, representando os participantes, com funções formais de direção, chefia ou coordenação, cerca de 7,6%.

Observando os participantes, relativamente à detenção de Competência Acrescida Avançada em Gestão, constata-se que a maioria (97,1%) não é detentora desta Competência Acrescida Avançada. Outro dos dados relevantes é que, dos 18,1% dos enfermeiros que exercem funções de direção, chefia e ou coordenação, apenas 16% detêm a Competência Acrescida Avançada em Gestão.

Considerando a área predominante do exercício profissional, a maioria dos enfermeiros (90,5%) exerce a sua prática clínica na prestação direta de cuidados, face aos que a exercem no contexto da gestão e outras áreas, representando 6,9% e 2,5%, respetivamente.

QUADRO 8: Distruição da amostra de acordo com o tempo de exercício profissional

Tempo de exercício profissional	0 a 10	78	28,4
	de 11 a 20	115	41,8
	De 21 a 30	58	21,1
	de 31 a 40	24	8,7
Tempo de exercício profissional na instituição	0 a 10	106	38,5
	de 11 a 20	93	33,8
	21 a 30	56	20,4
	de 31 a 40	20	7,3
Tempo de exercício profissional na área/contexto de atividade onde exerce predominantemente a sua prática clínica	0 a 10	157	57,1
	de 11 a 20	78	28,4
	21 a 30	29	10,5
	de 31 a 40	11	4,0

Para a variável tempo de exercício profissional em enfermagem, verificamos que o grupo com 11 a 20 anos de exercício representa 41,8% da amostra e que os participantes com 31 a 40 anos de exercício profissional constituem 8,7%. Dos dados recolhidos, observamos que a média corresponde a 16,37 anos de trabalho, com um desvio padrão de 8,8 e uma variação entre 1 e os 40 anos de tempo de exercício profissional.

Se considerarmos a experiência profissional dos enfermeiros na instituição, 38,5 % detêm entre 0 a 10 anos, verificando-se uma média de 14,4 anos e um desvio padrão de 9,7, com uma variação entre 1 ano e 40 anos.

Quanto às medidas de assimetria e achatamento, verifica-se que a distribuição do tempo de exercício profissional e tempo de exercício profissional na instituição mostra ser simétrica e mesocúrtica.

Também se observa, no quadro 8, que 57,1% dos participantes desenvolvem o seu exercício profissional na área/contexto de atividade onde exercem, predominantemente, a sua prática clínica, entre 0 a 10 anos, sendo a média de anos de 10,9, com um desvio padrão de 8,3, e

uma variação que vai de 0 até 39 anos. Neste caso, a sua distribuição mostra ser ligeiramente assimétrica positiva, mas mesocúrtica.

2 – Dimensões e sub-dimensões da cultura organizacional para a translação do conhecimento

Visando a organização de conteúdos e uma apresentação coerente e coordenada dos resultados, optou-se, como metodologia de apresentação dos dados, numa primeira fase, a estatística descritiva dos dados resultantes da aplicação do instrumento de colheita de dados, sendo, posteriormente, explorada a estatística inferencial, explorando-se as inter-relações observadas entre as variáveis em estudo e os componentes do instrumento de colheita de dados.

Os resultados serão apresentados em forma de quadro, de acordo com os valores da Média (M), Desvio Padrão (DP), Mínimo (Mn), Máximo (Mx) das variáveis em estudo.

Aprofundando a análise por subescala, apresentamos o posicionamento dos participantes, em relação a cada um dos itens do instrumento de colheita de dados, e que os classifica entre "Totalmente em desacordo" (1) e "Totalmente de acordo" (5). Esta organização dos resultados permitiu obter uma leitura global, por itens, sobre a opinião/perceção dos enfermeiros acerca das dimensões e subdimensões que representam a preparação organizacional para a translação do conhecimento, dando resposta à nossa primeira questão de investigação: Qual é a distribuição das dimensões e sub-dimensões da cultura organizacional de um hospital da RAA, que influenciam a translação do conhecimento e a incorporação da inovação na prática clínica?

QUADRO 9: Distribuição da opinião/perceção dos enfermeiros sobre a dimensão – Clima Organizacional para a mudança

Na sua organização	1=Totalmente em desacordo		2=Em desacordo		3=Neutral		4=De acordo		5=Totalmente de acordo	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Os profissionais trabalham em equipa	6	2,2	33	12,0	57	20,7	130	47,3	49	17,8
Os profissionais habitualmente são rápidos para se entreajudarem quando necessário	7	2,5	27	9,8	48	17,5	137	49,8	56	20,4
A confiança mútua entre profissionais é forte	4	1,5	40	14,5	85	30,9	123	44,7	23	8,4
A sobrecarga de trabalho reduz a efetividade das intervenções	0	0	19	6,9	28	10,2	109	39,6	119	43,3
A frustração dos profissionais é comum	4	1,5	18	6,5	47	17,1	98	35,6	108	39,3
As ideias e as sugestões dos profissionais recebem a atenção adequada por parte dos gestores(direções)	29	10,5	74	26,9	90	32,7	76	27,6	6	2,2
Os canais de comunicação formal funcionam muito bem	20	7,3	82	29,8	108	39,3	60	21,8	5	1,8
Os profissionais sentem-se livres para colocarem questões e expressarem preocupações	12	4,4	48	17,5	76	27,6	119	43,3	20	7,3
Os gestores estão abertos às ideias dos profissionais para promoverem mudanças	22	8,0	74	26,9	86	31,3	79	28,7	14	5,1
Os gestores encorajam as práticas novas e diferentes	16	5,8	68	24,7	98	35,6	75	27,3	18	6,5

Analisando os dados relativos ao "Clima Organizacional para a mudança" e explorando cada um dos 10 itens, começamos por destacar que a maior frequência dos enfermeiros (47,3%) concorda com a afirmação "Os profissionais trabalham em equipa".

O mesmo podemos confirmar para o item "Os profissionais habitualmente são rápidos para se entreajudarem quando necessário" onde 49,8% da amostra concorda com esta afirmação.

O item "A confiança mútua entre profissionais é forte" agrega a sua maior representação percentual (44,7%) na resposta "4=De acordo".

Face à afirmação “A sobrecarga de trabalho reduz a efetividade das intervenções”, 43,3% dos enfermeiros estão totalmente de acordo com a mesma.

O mesmo sucede com o item “A frustração dos profissionais é comum”, onde 39,3% dos enfermeiros também estão totalmente de acordo com a afirmação.

Destacamos que a maior frequência dos enfermeiros (32,7%) tem uma posição neutra em relação à afirmação “As ideias e as sugestões dos profissionais recebem a atenção adequada por parte dos gestores (direções)”.

O item seguinte “Os canais de comunicação formal funcionam muito bem” também mereceu de 39,3% dos participantes, que representou a maior frequência observada, uma resposta neutral em relação a esta afirmação.

Mais expressiva é a frequência dos enfermeiros, no total, 43,3%, que estão de acordo com a afirmação “Os profissionais sentem-se livres para colocarem questões e expressarem preocupações”.

Na leitura desta matriz de respostas, verificamos que 31,3% dos enfermeiros responderam, com grau neutro, à afirmação “Os gestores estão abertos às ideias dos profissionais para promoverem mudanças”.

A última subescala avaliada nesta dimensão tem a sua maior representação com 35,6% dos enfermeiros, com uma posição neutra à afirmação “Os gestores encorajam as práticas novas e diferentes”.

Será importante balizar que, numa análise quantitativa total da dimensão avaliada - “Clima Organizacional para a mudança”, a variação poderia ocorrer entre 10 e 50 pontos.

Pelos dados expostos, podemos analisar que, na nossa amostra, a variação foi de 17 a 46 pontos, sendo que a média foi de 34,07, valor superior ao valor médio da subescala e com um desvio padrão de 5,521.

QUADRO 10: Distribuição da opinião/perceção dos enfermeiros sobre a dimensão – Fatores do contexto organizacional

A sua organização	Totalmente em desacordo		Em desacordo		Neutral		De acordo		Totalmente de acordo	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Determina a classificação de papéis e responsabilidades em relação à aplicação de uma mudança específica	8	2,9	29	10,5	145	52,7	85	30,9	8	2,9
Tem o apoio necessário em termos orçamentais ou de recursos financeiros	31	11,3	92	33,5	117	42,5	33	12,0	2	0,7
Tem o apoio necessário em termos de formação	45	16,4	135	49,1	65	23,6	28	10,2	2	0,7
Tem o apoio necessário em termos de instalações e equipamentos	9	3,3	75	27,3	86	31,3	97	35,3	8	2,9
Tem o suporte necessário em termos de dotações de profissionais	24	8,7	76	27,6	88	32,0	72	26,2	15	5,5
Na sua organização										
Os gestores solicitam aos profissionais clínicos opiniões sobre decisões relativas aos cuidados aos clientes	22	8,0	65	23,6	76	27,6	97	35,3	15	5,5
Os profissionais têm sentido de responsabilidade pessoal para melhorar os cuidados ao cliente e os resultados	4	1,5	8	2,9	31	11,3	168	61,1	64	23,3
Os profissionais cooperam para manter e melhorar a efetividade dos cuidados ao cliente	1	0,4	16	5,8	27	9,8	166	60,4	65	23,6
Os profissionais estão disponíveis a inovar e/ou experimentar para melhorar os procedimentos clínicos	2	0,7	15	5,5	41	14,9	158	57,5	59	21,5
Os profissionais são recetivos à mudança dos processos clínicos de trabalho	3	1,1	30	10,9	63	22,9	137	49,8	42	15,3

Observando agora os dados relativos aos "Fatores do Contexto Organizacional", temos, no item inicial da subescala, a afirmação, "a sua organização determina a classificação de papéis

e responsabilidades em relação à aplicação de uma mudança específica", onde cerca de 52,7% dos enfermeiros tem uma posição neutral. Relativamente à afirmação "Tem o apoio necessário em termos orçamentais ou de recursos financeiros", 42,5% dos enfermeiros, respondem, também, com uma posição neutral.

Destacando, agora, a afirmação "Tem o apoio necessário em termos de formação", que, exclusivamente, reúne, nesta subescala, a maior frequência dos enfermeiros (49,1%), em torno da resposta de "Em desacordo=2" com esta afirmação. Num extremo oposto, 35,3% dos enfermeiros concordam com o item "Tem o apoio necessário em termos de instalações e equipamentos".

Face à afirmação "Tem o suporte necessário em termos de dotações de profissionais", a sua maior frequência são 32,0% dos participantes, que respondem de forma neutral.

Prosseguindo na apresentação da distribuição da opinião dos enfermeiros em relação aos itens desta subescala, avançamos para a afirmação "Na sua organização, os gestores solicitam aos profissionais clínicos opiniões sobre decisões relativas aos cuidados aos clientes", onde o maior valor percentual é de 35,3%, que concorda com a questão.

Salientamos a questão "Os profissionais têm sentido de responsabilidade pessoal para melhorar os cuidados ao cliente e os resultados", que representa o maior valor percentual exposto nesta subescala, reúne 61,1% das respostas, em torno do grau de "concordo=4". Também com valor percentual próximo de 60%, mais especificamente, 60,4% dos participantes concordam com a afirmação "Os profissionais cooperam para manter e melhorar a efetividade dos cuidados ao cliente".

O próximo item da escala, que apresenta aos participantes a questão "Na sua organização, os profissionais estão disponíveis a inovar e/ou experimentar para melhorar os procedimentos clínicos", 57,5% dos enfermeiros consideram estar de acordo. Com o mesmo grau de concordância, e com a maior frequência apresentada, estão 49,8% dos enfermeiros, que concordam com o último item desta subescala "os profissionais são recetivos à mudança dos processos clínicos de trabalho".

Apresentada esta distribuição relativa à opinião/perceção dos enfermeiros sobre a dimensão "Fatores do contexto organizacional", concluimos que, na nossa amostra, a variação fica entre 20 e 49, com uma média de 32,77 e um desvio padrão de 5,224.

QUADRO 11: Distribuição da opinião/perceção dos enfermeiros sobre a dimensão – Conteúdo da mudança

Na sua organização	Totalmente em desacordo		Em desacordo		Neutral		De acordo		Totalmente de acordo	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Existe vontade para se ajustar às mudanças	5	1,8	23	8,4	80	29,1	135	49,1	32	11,6
Existe capacidade de partilhar ideias e impacto nas decisões relacionadas à prestação de cuidados ao cliente	4	1,5	25	9,1	69	25,1	146	53,1	31	11,3
Existe flexibilidade para lidar com a mudança	5	1,8	38	13,8	76	27,6	136	49,5	20	7,3
As pessoas estão dispostas a ajustarem o trabalho habitual em resposta ao que sucede à sua volta	7	2,5	25	9,1	71	25,8	147	53,5	25	9,1
Geralmente existe capacidade para se adaptarem novas normas ou procedimentos, mesmo que sejam impostas	3	1,1	18	6,5	65	23,6	158	57,5	31	11,3
As mudanças propostas têm sido bem aceites por parte dos clientes envolvidos num estudo piloto	3	1,1	15	5,5	154	56,0	94	34,2	9	3,3
As mudanças propostas têm em consideração as necessidades e preferências dos clientes	10	3,6	42	15,3	99	36,0	110	40,0	14	5,1
As mudanças propostas parecem ter mais vantagens do que desvantagens para os clientes	4	1,5	24	8,7	100	36,4	129	46,9	18	6,5
As mudanças propostas devem ser efetivas, baseadas no conhecimento científico atual	2	0,7	2	0,7	34	12,4	131	47,6	106	38,5

Na dimensão “Conteúdo da Mudança”, verifica-se que a maior frequência dos enfermeiros (49,1%) concorda com a afirmação “na sua organização existe vontade para se ajustar às mudanças”.

São 53,1% dos enfermeiros que consideram concordar com a afirmação “Existe capacidade de partilhar ideias e impacto nas decisões relacionadas à prestação de cuidados ao cliente”.

Próximo dos 50%, em rigor 49,5 %, também estão de acordo com o item avaliado “Existe flexibilidade para lidar com a mudança”.

São também expressivos os 53,5% dos participantes que concordam com a afirmação “As pessoas estão dispostas a ajustarem o trabalho habitual em resposta ao que sucede à sua volta”.

Observamos também que, quando avaliada a questão “Na sua organização geralmente existe capacidade para se adaptarem novas normas ou procedimentos, mesmo que sejam impostas”, a distribuição com maior frequência são 57,5% dos enfermeiros, que estão de acordo com esta afirmação.

Já a afirmação “as mudanças propostas têm sido bem aceites por parte dos clientes envolvidos num estudo piloto” observa-se, na sua distribuição, que 56% têm uma opinião/perceção neutra perante a afirmação.

Destacaria que, nesta matriz de respostas, a posição neutral dos participantes em relação a este item tem o segundo valor percentual mais elevado nesta matriz.

Com o valor percentual de 40%, regista-se a maior percentagem dos participantes que no item “As mudanças propostas têm em consideração as necessidades e preferências dos clientes”, responderam estar de acordo com a afirmação.

Face à afirmação “As mudanças propostas parecem ter mais vantagens do que desvantagens para os clientes”, 46,9% dos enfermeiros também têm uma opinião favorável, estando de acordo com esta afirmação.

O último item desta subescala, “As mudanças propostas devem ser efetivas, baseadas no conhecimento científico atual” tem uma distribuição onde 47,6% também concordam com a afirmação.

Os resultados apresentados permitem fazer a seguinte análise descritiva, relativamente à dimensão “Conteúdo da Mudança”.

Nesta amostra, a média destes 9 itens foi de 32,31, com um desvio padrão de 4,776, e com uma variação que vai dos 18 aos 45.

QUADRO 12: Distribuição da opinião/perceção dos enfermeiros sobre a dimensão – Liderança

Na sua organização	Totalmente em desacordo		Em desacordo		Neutral		De acordo		Totalmente de acordo	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Os gestores proporcionam uma gestão efetiva para a melhoria contínua dos cuidados ao cliente.	9	3,3	34	12,4	79	28,7	127	46,2	26	9,5
Os gestores proporcionam ao pessoal feedback / resultados sobre os efeitos das decisões clínicas	24	8,7	69	25,1	77	28,0	85	30,9	20	7,3
Os gestores responsabilizam os profissionais pela obtenção de resultados	9	3,3	34	12,4	85	30,9	118	42,9	29	10,5
Os parceiros externos estão envolvidos no processo de planeamento	13	4,7	48	17,5	165	60,0	47	17,1	2	0,7
Todos os profissionais estão habitualmente envolvidos nos processos de tomada de decisão	53	19,3	96	34,9	79	28,7	39	14,2	8	2,9
Existe um responsável sobre as decisões inovadoras nas direções clínicas	19	6,9	39	14,2	142	51,6	65	23,6	10	3,6
Existe um responsável sobre as decisões inovadoras nos conselhos de administração/diretivos	18	6,5	30	10,9	151	54,9	62	22,5	14	5,1
Os gestores participam nos processos de mudança	3	1,1	35	12,7	121	44,0	99	36,0	17	6,2
Os profissionais clínicos participam nos processos de mudança	7	2,5	35	12,7	105	38,2	115	41,8	13	4,7
O pessoal administrativo participa nos processos de mudança	12	4,4	39	14,2	129	46,9	86	31,3	9	3,3

No que concerne à "Liderança", assiste-se a uma homogeneidade de respostas entre a posição neutral e concordante, embora tenham sido registados os maiores valores percentuais, na apreciação neutral dos itens avaliados.

Apresento, inicialmente, a maior frequência dos enfermeiros, face à afirmação "Os gestores proporcionam uma gestão efetiva para a melhoria contínua dos cuidados ao cliente", cuja distribuição demonstra que 46,2% dos enfermeiros consideram estar de acordo com o item.

Quando avaliamos a distribuição das respostas para o item "Os gestores proporcionam ao pessoal feedback / resultados sobre os efeitos das decisões clínicas", observamos que o valor com maior relevo percentual é de 30,9%, que também concordam com a afirmação.

Quanto ao item "Os gestores responsabilizam os profissionais pela obtenção de resultados", a sua maior frequência são 42,9%, que consideram estar de acordo.

Com maior valor percentual na subescala, salientamos o item "Os parceiros externos estão envolvidos no processo de planeamento" que, com 60%, tem a sua maior frequência e que está representada em torno de uma opinião/perceção neutral, face à afirmação. Por outro lado, 34,9% dos participantes discordam com o item "Todos os profissionais estão habitualmente envolvidos nos processos de tomada de decisão".

Face à afirmação "Existe um responsável sobre as decisões inovadoras nas direções clínicas", 51,6% dos enfermeiros consideram ter uma opinião neutra.

Também com uma opinião neutra, e com a maior frequência de 54,9%, observamos o item "Existe um responsável sobre as decisões inovadoras nos conselhos de administração/diretivos". Ainda incluído nesta subescala, temos o item "Os gestores participam nos processos de mudança", cuja distribuição, com frequência mais elevada, apresenta 44% dos enfermeiros que optaram por uma resposta neutra.

Por outro lado, quando questionados os participantes sobre se "Na sua organização os profissionais clínicos participam nos processos de mudança", 41,8% consideraram concordar.

Terminaríamos esta análise da distribuição da opinião/perceção dos enfermeiros, olhando para o último item em avaliação "O pessoal administrativo participa nos processos de mudança" e onde a maior frequência dos enfermeiros, 46,9%, tem uma opinião neutra face a esta afirmação.

Portanto, relativamente à dimensão da "Liderança", gostaríamos de acrescentar aos dados já apresentados que, na nossa amostra, esta dimensão teve uma média de 31,26%, com um desvio padrão de 6,185 e uma variação de 14 a 50.

QUADRO 13: Distribuição da opinião/perceção dos enfermeiros sobre a dimensão – Suporte organizacional

Na sua organização	Totalmente em desacordo		Em desacordo		Neutral		De acordo		Totalmente de acordo	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Os membros da equipa suportam na prática novas ideias e a sua aplicação	4	1,5	21	7,6	49	17,8	169	61,5	32	11,6
O suporte ao desenvolvimento de novas ideias está facilmente disponível	11	4,0	57	20,7	107	38,9	91	33,1	9	3,3
Os membros da equipa cooperam de forma a ajudar no desenvolvimento e aplicação de novas ideias	5	1,8	27	9,8	64	23,3	154	56,0	25	9,1
Os membros da equipa disponibilizam e partilham recursos para ajudar na aplicação de novas ideias	9	3,3	31	11,3	73	26,5	139	50,5	23	8,4
Os processos de mudança são monitorizados continuamente	19	6,9	66	24,0	107	38,9	75	27,3	8	2,9
Os resultados são monitorizados continuamente	20	7,3	71	25,8	108	39,3	69	25,1	7	2,5
A avaliação e a melhoria da implementação da mudança inclui a medição periódica dos resultados	24	8,7	59	21,5	109	39,6	70	25,5	13	4,7
A avaliação e a melhoria da implementação da mudança inclui um plano de disseminação dos resultados	22	8,0	64	23,3	115	41,8	64	23,3	10	3,6
A avaliação e melhoria da implementação da mudança inclui a revisão dos resultados pelos líderes	18	6,5	43	15,6	124	45,1	74	26,9	16	5,8
Existem mecanismos formais estabelecidos para obter feedback relativamente às mudanças propostas	24	8,7	71	25,8	133	48,4	41	14,9	6	2,2

No que concerne à dimensão “Suporte Organizacional”, o maior valor percentual observa-se no primeiro item da subescala “Os membros da equipa suportam na prática novas ideias e a sua aplicação” com 61,5% dos enfermeiros estando de acordo com a questão colocada.

Já no segundo item “O suporte ao desenvolvimento de novas ideias está facilmente disponível”, destacamos que a sua maior frequência é de 38,9% dos enfermeiros, que preferiram considerar uma opinião neutra, relativamente a esta afirmação.

Com o segundo valor percentual mais elevado da subescala, apresentamos o item “Os membros da equipa cooperam de forma a ajudar no desenvolvimento e aplicação de novas ideias”, que reúne 56% dos enfermeiros, em torno da resposta “De acordo=4”.

Próximo de 50%, em rigor 50,5%, observa-se a maior frequência de enfermeiros que, ao avaliarem o item “Os membros da equipa disponibilizam e partilham recursos para ajudar na aplicação de novas ideias”, consideraram concordar com a afirmação.

Todos os restantes itens avaliados nesta dimensão tiveram uma maior frequência, em torno de uma opinião/perceção neutral, por parte dos participantes, observando-se os respetivos valores percentuais, mais elevados em cada um deles:

Para os itens “Os processos de mudança são monitorizados continuamente” 38,9%; “Os resultados são monitorizados continuamente” (39,3%); “A avaliação e a melhoria da implementação da mudança inclui a medição periódica dos resultados” (39,6%); “A avaliação e a melhoria da implementação da mudança inclui um plano de disseminação dos resultados” (41,8%); “A avaliação e melhoria da implementação da mudança inclui a revisão dos resultados pelos líderes” (45,1%); “Existem mecanismos formais estabelecidos para obter feedback relativamente às mudanças propostas” (48,4%).

A análise quantitativa desta dimensão “Suporte Organizacional” permite descrever uma média de 31,53, com um desvio padrão de 6,987, com uma variação entre 10 e 50.

QUADRO 14: Distribuição da opinião/perceção dos enfermeiros sobre a dimensão – Motivação

Na sua organização	Totalmente em desacordo		Em desacordo		Neutral		De acordo		Totalmente de acordo	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Os clientes pressionam para que se realizem mudanças	13	4,7	65	23,6	99	36,0	80	29,1	18	6,5
A pressão para a realização de mudanças vem dos profissionais	3	1,1	12	4,4	52	18,9	177	64,4	31	11,3
Os gestores (direções) pressionam para que se realizem mudanças	7	2,5	36	13,1	109	39,6	106	38,5	17	6,2
A pressão para a realização de mudanças vem dos membros dos conselhos de administração ou outros supervisores	10	3,6	36	13,1	111	40,4	96	34,9	22	8,0
As entidades financiadoras pressionam para a mudança	14	5,1	33	12,0	188	68,4	32	11,6	8	2,9
Existe experiência da implementação de mudanças obtidas a partir de programas e ou projetos piloto e da sua respetiva avaliação	20	7,3	39	14,2	172	62,5	41	14,9	3	1,1
Os gestores conhecem a inovação baseados nas suas experiências anteriores	9	3,3	32	11,6	167	60,7	59	21,5	8	2,9
Está disponível o conhecimento sobre inovações similares em uso noutras organizações	18	6,5	49	17,8	149	54,2	53	19,3	6	2,2
As direções promovem a mudança das práticas através de um comportamento consistente com essa mudança	16	5,8	50	18,2	152	55,3	51	18,5	6	2,2
As direções definem o curso das mudanças	11	4,0	38	13,8	131	47,6	80	29,1	15	5,5

Na análise da sexta e última dimensão deste instrumento de colheita de dados, assistimos, novamente, a uma predominância de uma perceção neutral dos participantes em relação à grande maioria dos itens avaliados.

A maior frequência dos enfermeiros (36%) optou por uma resposta neutra, quando avaliaram a afirmação "Os clientes pressionam para que se realizem mudanças".

O item "A pressão para a realização de mudanças vem dos profissionais" foi o único que reuniu uma maior frequência, em redor das respostas com grau de concordância "4=De acordo", com o valor percentual de 64,4% dos enfermeiros.

Quando observamos o item "Os gestores (direções) pressionam para que se realizem mudanças" observamos que a maior frequência de respostas dadas pelos enfermeiros foi de 39,6%, que se agruparam em torno de uma opinião neutra, face à afirmação.

O item "A pressão para a realização de mudanças vem dos membros dos conselhos de administração ou outros supervisores" reúne maior distribuição, com 40,4% dos enfermeiros, que também optaram por uma resposta neutra.

Com o maior valor percentual na subescala, no item "As entidades financiadoras pressionam para a mudança" destacamos que a maior frequência de enfermeiros foi de 68,4%, que também avaliaram, com um grau neutro, a afirmação.

Segue-se o item "Existe experiência da implementação de mudanças obtidas a partir de programas e ou projetos piloto e da sua respetiva avaliação", onde 62,5% dos enfermeiros dominam o conjunto de respostas, mais uma vez, em torno de uma posição neutra dos participantes.

Na ordem dos 60%, foi a carga percentual mais elevada, observada no item "Os gestores conhecem a inovação baseados nas suas experiências anteriores, em que os participantes deram uma resposta neutra".

Continuamos, e agora com o item "Está disponível o conhecimento sobre inovações similares em uso noutras organizações". Neste, observa-se que a maior frequência de respostas na escala de Likert, foi de 54,2% dos enfermeiros, com opinião neutra.

O próximo item avaliado foi "As direções promovem a mudança das práticas através de um comportamento consistente com essa mudança", sendo que 55,3% dos enfermeiros representaram a maior frequência observada, também em torno de uma opinião neutral.

Terminando o conjunto de dez itens desta subescala, apresentamos os resultados referentes à distribuição das respostas ao item "As direções definem o curso das mudanças", onde aferimos que o maior valor percentual observado foi de 47,6%, que se agrupam em torno de uma opinião neutra, quando avaliam a afirmação apresentada.

A análise descritiva desta dimensão "Motivação", com o seu conjunto de 10 itens, reuniu uma média de 31,49%, valor ligeiramente superior ao valor médio da subescala, com um desvio padrão de 4,579 e uma variação entre os 15 e 42.

Analisando os dados relativos às subescalas da OR4KT, que propõe classificar as dimensões e subdimensões da cultura organizacional, que influenciam a translação do conhecimento e a incorporação da inovação na prática clínica, entre "totalmente em desacordo" (1) e "totalmente de acordo" (5), constata-se uma homogeneidade entre os resultados obtidos.

Em qualquer das subescalas, a sua distribuição apresenta-se ligeiramente assimétrica negativa e mesocúrtica.

Acrescenta-se, ainda, que esta apresentação dos resultados permitiu verificar que, na escala OR4KT total, a média das respostas foi de 193,44, com um desvio padrão de 26,5 e com uma variação entre os 121 e os 276. Recorde-se que a OR4KT prevê uma variação, que poderá variar entre os 59 e os 295. Considerando a facilidade de interpretação, e repetindo o mesmo procedimento que Grandes et al. (2017), normalizámos o valor da escala OR4KT total, para um escala de 0 a 100, o que permite observar que, na nossa amostra, o valor total obtido foi de 65,57.

Grandes et al. (2017) sugeriram, como ponto ótimo de "*cut-off*", para considerar uma organização com bom nível de preparação organizacional para a implementação de mudanças, o valor de 64,48 (sensibilidade=0,75; especificidade=1), pelo que inferimos que o contexto organizacional em estudo poderá ser classificado como tendo um bom nível de preparação organizacional para a translação do conhecimento e a sua incorporação na prática clínica.

No que concerne às suas medidas de assimetria e achatamento, a sua distribuição mostra ser, igualmente, ligeiramente assimétrica, negativa e mesocúrtica.

No entanto, atendendo ao valor médio final registado, verifica-se que predomina a dimensão "Clima Organizacional para a Mudança", com a média de 34,07 (DP=5,5), seguindo-se a dimensão "Fatores do Contexto Organizacional", com a média de 32,77 (DP=5,2), a dimensão "Conteúdo da Mudança", que apresenta uma média de 32,31 (DP=4,7), a dimensão "Suporte

Organizacional“, com a média de 31,53 (DP=6,9), a dimensão “Motivação” apresentando a média de 31,49 (DP=4,5) e, por último, a dimensão “Liderança”, que regista a média mais baixa, de 31,26 (DP=6,1).

3. Os enfermeiros e o seu posicionamento em relação à preparação organizacional para a translação do conhecimento

Depois de constituídas as amostras, com recurso à estatística descritiva, o procedimento seguinte e final, em análise estatístiva, consiste em aferir acerca dos valores dos parâmetros da população teórica, de onde foram obtidas as amostras, e /ou validar hipóteses acerca desses parâmetros (Marôco, 2018). É isso que propomos neste capítulo.

Com estes dados, pretendemos dar resposta à questão de investigação: Qual é a relação entre as características dos enfermeiros de um hospital da RAA e a distribuição das dimensões e subdimensões da cultura organizacional que influenciam a translação do conhecimento e a incorporação da inovação na prática clínica?

Na apresentação destes resultados, optámos, inicialmente, por descrever as inter-relações observadas entre as variáveis sociodemográficas e profissionais em estudo e as subescalas da variável dependente e só depois as inter-relações entre as mesmas variáveis e a escala total.

A hipótese de que a distribuição das subdimensões da cultura organizacional, que influenciam a translação do conhecimento e a incorporação da inovação na prática clínica, fosse diferente no sexo, idade e habilitações académicas, está patente no quadro 15.

QUADRO 15: Diferença da distribuição das características sociodemográficas e subescalas do OR4KT-PT Versão teste

Variáveis Sociodemográficas/Dimensões da OR4KT-PT versão teste	Sexo	Idade	Habilitações académicas
	p	*p*	*p*
Clima Organizacional para a mudança	0,601	0,144	0,207
Fatores do Contexto Organizacional	0,709	0,364	0,538
Conteúdo da Mudança	0,500	0,449	0,520
Liderança	0,358	0,131	0,727
Suporte Organizacional	0,769	0,074	0,831
Motivação	0,920	0,546	0,333

Relativamente à variável Sexo, recorreu-se ao teste não paramétrico de *Mann-Whitney*, cujo resultado permite afirmar que não se registaram diferenças estatísticas entre a distribuição da variável dependente e o sexo.

A comparação da distribuição das restantes variáveis sociodemográficas, idade e habilitações académicas, em relação às subescalas do OR4KT, foi efetuada, recorrendo ao teste de diferenças não paramétrico de Kruskal-Wallis. De igual modo, verifica-se a não existência de diferenças, estatisticamente significativas, entre as faixas etárias e subescalas, bem como entre os graus académicos e subescalas do OR4KT-PT, versão teste.

Relativamente às inter-relações entre estas variáveis sociodemográficas e a escala total, organizamos o quadro 16.

QUADRO 16: Diferença da distribuição da variável sociodemográfica e o OR4KT total

Variáveis Sociodemográficas	OR4KT-PT Total
	p
Sexo	0,601
Idade	0,088
Habilitações académicas	0,500

Os resultados sistematizados não são estatisticamente significativos, em função de todas as variáveis sociodemográficas, quando comparados com a OR4KT total.

Para a comparação da distribuição das variáveis profissionais, nas subescalas do OR4KT, começamos por apresentar, no quadro 17, os resultados referentes às variáveis título profissional e competência acrescida avançada em gestão.

QUADRO 17: Diferença da distribuição das variáveis socioprofissionais – Título profissional e competência nas subescalas da OR4KT

Variáveis Profissionais/Dimensões da OR4KT-PT versão teste	**Título profissional**	**Competência Acrescida Avançada em Gestão**
	p	***p***
Clima Organizacional para a mudança	0,262	0,271
Fatores do Contexto Organizacional	0,059	0,548
Conteúdo da Mudança	0,183	0,316
Liderança	**0,006**	0,724
Suporte Organizacional	**0,002**	0,982
Motivação	0,056	0,365

Para testar estas hipóteses, tivemos que recorrer ao teste não paramétrico de *Mann-Whitney*, cujos resultados permitem inferir a existência de diferenças significativas entre a subescala Liderança e o Título Profissional (p=0,006), bem como entre a subescala Suporte Organizacional e o Título Profissional (p=0,002).

Relativamente à comparação da distribuição de grupos, em função da Detenção da Competência Acrescida Avançada em Gestão e as subescalas do OR4KT, não se encontraram diferenças estatisticamente significativas.

Os próximos resultados, que se apresentam, referem-se à distribuição das variáveis profissionais área de Especialização, funções de direção, chefia ou coordenação e área/contexto de atividade clínica, que estão organizados no quadro 18.

QUADRO 18: Diferença da distribuição das componentes profissionais e as subescalas da OR4KT

Variáveis Profissionais/Dimensões da OR4KT-PT versão teste	Área de Especialização	Funções de direção, chefia ou coordenação	Área/contexto de atividade clínica
	p	***p***	***p***
Clima Organizacional para a mudança	0,726	0,761	0,104
Fatores do Contexto Organizacional	0,449	0,683	0,100
Conteúdo da Mudança	0,358	0,743	0,134
Liderança	0,242	**0,045**	0,123
Suporte Organizacional	0,059	0,223	0,054
Motivação	0,221	0,888	0,691

Dados confirmados pelo teste de *Kruskal-Wallis*, verificamos que, em relação às variáveis independentes "Área de Especialização" e "Área/contexto de Atividade Clínica", não se observam diferenças estatisticamente significativas na distribuição das subescalas.

Por outro lado, e recorrendo também ao teste de *Kruskal-Wallis*, verificam-se diferenças significativas entre a variável "Funções de direção, chefia ou coordenação" e a subescala da Liderança do OR4KT-PT versão teste.

A observação das relações entre as restantes variáveis profissionais em estudo (Tempo de exercício profissional, tempo de exercício profissional na instituição e tempo de exercício profissional na área/contexto onde exerce predominantemente a sua prática clínica) e as subescalas do OR4KT, podem ser analisadas no quadro 19.

QUADRO 19: Diferença da distribuição do Tempo de exercício profissional e as subescalas da OR4KT

Variáveis Profissionais/Dimensões da OR4KT-PT versão teste	Tempo de exercício profissional	Tempo de exercício profissional na instituição	Tempo de exercício profissional na área/contexto onde exerce predominantemente a sua prática clínica
	p	***p***	***p***
Clima Organizacional para a mudança	**0,005**	**0,015**	0,407
Fatores do Contexto Organizacional	0,087	**0,011**	0,213
Conteúdo da Mudança	0,266	0,073	0,176
Liderança	**0,004**	**0,002**	**0,049**
Suporte Organizacional	**0,002**	**0,001**	0,106
Motivação	0,119	0,115	0,420

Através do teste de *Kruskal-Wallis*, também verificamos a existência de diferenças, estatisticamente significativas, entre o tempo de exercício profissional e as subescalas Clima Organizacional para a mudança, Liderança e Suporte organizacional do OR4KT.

Recorrendo ao mesmo teste não paramétrico, acima identificado, também se assiste à existência de diferenças entre o tempo de exercício profissional na instituição e a subescala Clima Organizacional para a mudança, Fatores do contexto organizacional, Liderança, bem como entre a subescala suporte organizacional.

Relativamente à distribuição da variável área/contexto onde exerce predominantemente a sua prática clínica, observamos a existência de diferenças, estatisticamente significativas, apenas em relação à subescala liderança.

De acordo com o que já referimos no início deste capítulo, progredimos nesta inferência estística, observando, agora, os resultados referentes à comparação da distribuição da OR4KT-PT total e as variáveis profissionais em estudo. Os resultados estão organizados no quadro 20.

QUADRO 20: Diferença da distribuição das variáveis profissionais no OR4KT total

Variáveis profissionais	OR4KT-PT Total
	p
Título profissional	**0,010**
Competência Acrescida Avançada em Gestão	0,987
Área de Especialização	0,237
Funções de direção, chefia ou coordenação	0,379
Área/contexto de atividade clínica	0,098
Tempo de exercício profissional	**0,002**
Tempo de exercício profissional na instituição	**0,001**
Tempo de exercício profissional na área/contexto onde exerce predominantemente a sua prática clínica	0,160

Através do teste de *Kruskall-wallis,* verifica-se a existência de diferenças, estatisticamente significativas, entre algumas das variáveis profissionais e a OR4KT total, nomeadamente, no título profissional, tempo de exercício profissional, bem como no tempo de exercício profissional na instituição, conforme representado no quadro.

Por outro lado, dados confirmados pelo teste de *Kruskal-Wallis*, não permitem observar diferenças significativas entre o OR4KT total e a variável "Competência Acrescida Avançada em Gestão", a variável "Área de Especialização", a variável "Funções de Direção, Chefia ou Coordenação", a variável "Área/contexto de atividade clínica", bem como entre o OR4KT total e a variável "Tempo de exercício profissional na área/contexto onde exerce predominantemente a sua prática clínica".

4. Perceção dicotómica sobre a Preparação Organizacional para a Translação do conhecimento e as características dos enfermeiros

Procurando analisar quando é que cada dimensão se torna positiva ou negativa para os enfermeiros, codificámos o total da escala e cada uma das dimensões avaliadas, considerando que, abaixo do valor médio de cada dimensão, a perceção dos enfermeiros será negativa, sendo positiva, quando for acima do valor médio da dimensão avaliada.

O resultado desta codificação é apresentado no quadro 21.

QUADRO 21: Distribuição da perceção dos enfermeiros sobre preparação organizacional para a translação do conhecimento

Dimensões da OR4KT	**Perceção Negativa**		**Perceção positiva**	
	N	%	N	%
Clima organizacional para a mudança	136	49,5	139	50,5
Fatores do contexto organizacional	130	47,3	145	52,7
Conteúdo da mudança	135	49,1	140	50,9
Liderança	143	52,0	132	48,0
Suporte organizacional	116	42,2	159	57,8
Motivação	129	46,9	146	53,1
Total	**132**	**48,0**	**143**	**52,0**

Analisando o quadro apresentado, que distribui os participantes em dois grupos, participantes com perceção negativa e participantes com perceção positiva da preparação organizacional da instituição para a translação do conhecimento e a sua incorporação na prática clínica, constata-se uma relativa homogeneidade entre grupos. No entanto, atendendo ao valor final registado, verifica-se que predomina o grupo com perceção positiva, acumulando 52% dos participantes, contra os 48% dos participantes, com perceção negativa da cultura organizacional.

Porque existe uma distribuição semelhante entre a perceção positiva e a perceção negativa dos enfermeiros, sobre a preparação organizacional para a translação do conhecimento,

optámos por investigar se a incidência da perceção negativa ou positiva depende das variáveis sociodemográficas e profissionais em estudo.

Considerando a exploração destas hipóteses, apresentamos, inicialmente, os resultados referentes às variáveis sociodemográficas (sexo, idade, habilitações académicas).
O quadro 22 resume as frequências observadas e esperadas da incidência da perceção negativa ou positiva, em relação ao sexo.

QUADRO 22: Distribuição da escala dictomizada e o sexo dos participantes

SEXO		**Preparação organizacional para a translação do conhecimento**	
		Perceção negativa	**perceção positiva**
Masculino	**Nº**	24	32
	%	42,9%	57,1%
Feminino	**Nº**	108	111
	%	49,3%	50,7%

Apesar das frequências apresentadas, o teste não paramétrico utilizado, o teste do Qui-Quadrado de independência, apresentou uma Significância Assintónica (Bilateral) de 0,388, com uma contagem mínima esperada de 26,88. Este resultado permite inferir que a incidência da perceção negativa ou positiva dos enfermeiros sobre a preparação organizacional para a translação do conhecimento é independente do sexo.

QUADRO 23: Distribuição da escala dictomizada e a idade dos participantes

IDADE (Classes)		**Preparação organizacional para a translação do conhecimento**	
		Perceção negativa	**Perceção positiva**
Menos de 30	**Nº**	16	22
	%	42,1%	57,9%
31 a 40	**Nº**	49	70
	%	41,2%	58,8%
41 a 50	**Nº**	44	35
	%	55,7%	44,3%
51 a 60	**Nº**	17	14
	%	54,8%	45,2%
Mais de 61	**Nº**	6	2
	%	75,0%	25,0%

No que se refere à variável idade, recorreu-se, também, ao teste não paramétrico Qui-Quadrado, que revelou uma Significância Assintónica (Bilateral) de 0,110 e que, apesar de ocorrer uma contagem mínima esperada de 3,84, suporta a hipótese de independência, ou seja, na nossa amostra, não existem diferenças estatísticas entre a incidência da perceção negativa ou positiva da preparação organizacional para a translação do conhecimento, quando comparamos com a idade.

QUADRO 24: Distribuição da escala dictomizada e as habilitações académicas dos participantes

Grau Académico		**Preparação organizacional para a translação do conhecimento**	
		Perceção negativa	**Perceção positiva**
Bacharelato	**Nº**	0	2
	%	0,0%	100,0%
Licenciatura	**Nº**	127	131
	%	49,2%	50,8%
Mestrado	**Nº**	5	9
	%	35,7%	64,3%
Doutoramento	**Nº**	0	1
	%	0,0%	100,0%

Recorremos ao teste Qui-Quadrado para analisar a associação entre o Grau académico e a perceção negativa ou positiva da preparação organizacional para a translação do conhecimento.

De acordo com a análise estatística inferencial, onde se regista uma Significância Assintónica (Bilateral) de 0,287, com uma contagem mínima esperada de 0,48, podemos afirmar que a incidência da perceção negativa ou positiva da preparação organizacional para a translação do conhecimento é independente do grau académico.

Quanto à associação entre a perceção dos enfermeiros sobre a preparação organizacional para a translação do conhecimento e as variáveis socioprofissionais, iniciámos esta análise, avaliando o comportamento da variável Título profissional, que se passa a apresentar no quadro 25.

QUADRO 25: Distribuição da escala dictomizada e o título profissional dos participantes

Título Profissional		Preparação organizacional para a translação do conhecimento	
		Perceção negativa	Perceção positiva
Enfermeiro	Nº	98	119
	%	45,2%	54,8%
Enfermeiro Especialista	Nº	34	24
	%	58,6%	41,4%

Apresentadas as frequências observadas no quadro anterior, fomos analisar esta associação, recorrendo, também, ao teste não paramétrico Qui-Quadrado que, apresentando uma Significância Assintónica (Bilateral) de 0,068 e uma contagem mínima esperada de 27,84, suporta a hipótese de independência, ou seja, na nossa amostra, não existem diferenças estatísticas entre a incidência da perceção negativa ou positiva da preparação organizacional para a translação do conhecimento, quando comparamos com o título profissional.

QUADRO 26: Distribuição da escala dictomizada e a competência acrescida avançada em gestão dos participantes

Competência Acrescida Avançada em Gestão		Preparação organizacional para a translação do conhecimento	
		Perceção negativa	Perceção positiva
Sim	Nº	4	4
	%	50%	50%
Não	Nº	128	139
	%	47,9%	52,1%

No que se refere à variável Detenção da Competência Acrescida Avançada em Gestão, o teste não paramétrico Qui-Quadrado revelou uma Significância Assintónica (Bilateral) de 0,909 e uma contagem mínima esperada de 3,84, o que confirma a hipótese de independência na nossa amostra, ou seja, não existem diferenças estatísticas entre a incidência da perceção negativa ou positiva da preparação organizacional para a translação do conhecimento, quando comparamos com a detenção da competência acrescida avançada em gestão.

QUADRO 27: Distribuição da escala dictomizada e a área de especialização dos participantes

Área de Especialização		Preparação organizacional para a translação do conhecimento	
		Perceção negativa	Perceção positiva
Comunitária	**Nº**	1	3
	%	25%	75%
Médico-Cirúrgica	**Nº**	15	6
	%	71,4%	28,6%
Reabilitação	**Nº**	7	6
	%	53,8%	46,2%
Saúde Infantil e Pediátrica	**Nº**	1	6
	%	14,3%	85,7%
Saúde Materna e Obstetrícia	**Nº**	5	2
	%	71,4%	28,6%
Saúde Mental e Psiquiatria	**Nº**	6	1
	%	85,7%	14,3%

Apresentadas as frequências, observadas no quadro anterior, repetimos a análise desta associação, recorrendo ao teste Qui-Quadrado de independência, que demonstrou que a incidência da perceção negativa ou positiva da preparação organizacional para a translação do conhecimento não é independente da área de especialização (Significância Assintónica Bilateral=0,039; contagem mínima esperada de 1,63), descrevendo a existência de diferenças, estatisticamente significativas, na perceção negativa e positiva dos enfermeiros, sobre a preparação organizacional para a translação do conhecimento, quando comparamos classes de enfermeiros, com diferentes áreas de especialização, nomeadamente, Enfermagem Comunitária, Médico-Cirúrgica, Reabilitação, Saúde Infantil e Pediátrica, Saúde Materna e Obstetrícia e Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria. Isto é, a associação observada entre a perceção dos enfermeiros sobre a preparação organizacional para a translação do conhecimento e a área de especialização é diferente da associação, que esperaríamos encontrar, por mero acaso.

QUADRO 28: Distribuição da escala dictomizada e o exercício de funções de direção, chefia ou coordenação dos participantes

Funções de direção, chefia ou coordenação		Preparação organizacional para a translação do conhecimento	
		Perceção negativa	Perceção positiva
Sim, formalmente	**Nº**	13	8
	%	61,9%	38,1%
Sim, informalmente	**Nº**	12	17
	%	41,4%	58,6%
Não	**Nº**	107	118
	%	47,6%	52,4%

Recorremos ao teste Qui-Quadrado para analisar a associação entre o exercício de funções de direção, chefia ou coordenação e a perceção negativa ou positiva da preparação organizacional para a translação do conhecimento. De acordo com a análise estatística inferencial, onde se regista uma Significância Assintónica (Bilateral) de 0,341, com uma contagem mínima esperada de 10,08, podemos afirmar que a incidência da perceção negativa ou positiva da preparação organizacional para a translação do conhecimento é independente do exercício de funções de direção, chefia ou coordenação.

QUADRO 29: Distribuição da escala dictomizada e a área/contexto de atividade onde exerce predominantemente a sua prática clínica

Área/contexto de atividade clínica		Preparação organizacional para a translação do conhecimento	
		Perceção negativa	Perceção positiva
Prestação direta de cuidados	**Nº**	117	133
	%	46,8%	53,2%
Gestão	**Nº**	10	9
	%	52,6%	47,4%
Outra área	**Nº**	5	1
	%	83,3%	16,7%

No que se refere à variável Área/contexto de atividade onde exerce predominantemente a sua prática clínica, mais uma vez, recorreu-se ao teste não paramétrico Qui-Quadrado, que revelou uma Significância Assintónica (Bilateral) de 0,191 e, apesar de ocorrer uma contagem mínima esperada de 2,88, suporta a hipótese de independência, ou seja, na nossa amostra, não existem diferenças estatísticas entre a incidência da perceção negativa ou positiva da preparação organizacional para a translação do conhecimento, quando comparamos com a área/contexto de atividade onde exerce predominantemente a sua prática clínica.

QUADRO 30: Distribuição da escala dictomizada e o tempo de exercício profissional dos participantes

Tempo de exercício profissional		**Preparação organizacional para a translação do conhecimento**	
		Perceção negativa	**Perceção positiva**
Menos de 10	**Nº**	27	51
	%	34,6%	65,4%
De 11 a 20	**Nº**	55	60
	%	47,8%	52,2%
De 21 a 30	**Nº**	35	23
	%	60,3%	39,7%
31 a 40	**Nº**	15	9
	%	62,5%	37,5%

Fomos analisar esta associação, recorrendo ao teste Qui-Quadrado de independência, que demonstrou que a incidência da perceção negativa ou positiva da preparação organizacional para a translação do conhecimento não é independente do tempo de exercício profissional (Significância Assintónica Bilateral=0,011; contagem mínima esperada de 11,52), descrevendo a existência de diferenças, estatisticamente significativas, na perceção negativa e positiva dos enfermeiros sobre a preparação organizacional para a translação do conhecimento, quando comparamos classes de tempo de exercício profissional inferior a 10 anos, entre 11 e 20 anos, entre 21 a 30 anos e entre 31 a 40 anos. Ou seja, a associação observada entre a perceção dos enfermeiros sobre a preparação organizacional para a translação do conhecimento e o tempo de exercício profissional é diferente da associação que esperaríamos encontrar, por mero acaso.

Para testar a força desta associação, recorremos à correlação de *Spearman*, que demonstrou uma correlação negativa fraca (Rs=-0,201; p=0,001) entre a perceção negativa e positiva dos enfermeiros da preparação organizacional para a translação do conhecimento, quando comparamos classes de tempo de exercício profissional.

QUADRO 31: Distribuição da escala dictomizada e o tempo de exercício profissional na instituição dos participantes

Tempo de exercício profissional na instituição		**Preparação organizacional para a translação do conhecimento**	
		Perceção negativa	**Perceção positiva**
Menos de 10	**Nº**	36	70
	%	34,0%	66,0%
De 11 a 20	**Nº**	52	41
	%	55,9%	44,1%
De 21 a 30	**Nº**	33	23
	%	58,9%	41,1%
31 a 40	**Nº**	11	9
	%	55,0%	45,0%

Para fazer a análise desta associação, foi também utilizado o teste Qui-Quadrado, onde se observa uma Significância assintónica (Bilateral) de 0,003, com uma contagem mínima esperada de 9,60. Desta estatística de teste, podemos confirmar que existem diferenças, estatisticamente significativas, entre a perceção dos enfermeiros sobre a preparação organizacional para a translação do conhecimento, quando comparamos com a variável tempo de exercício profissional na instituição (inferior a 10 anos, de 11 e 20 anos, de 21 a 30 anos e de 31 a 40 anos).

A força de associação entre estas variáveis foi explorada, recorrendo ao coeficiente de *Spearman*, onde observamos uma correlação negativa fraca (Rs=-0,203; p=0,001) entre a perceção negativa e positiva dos enfermeiros sobre a preparação organizacional para a translação do conhecimento e as classes de tempo de exercício profissional na instituição.

QUADRO 32: Distribuição da escala dictomizada e o tempo de exercício na área/contexto onde exerce predominantemente a sua prática clínica

Tempo de exercício profissional na área/contexto onde exerce predominantemente a sua prática clínica		**Preparação organizacional para a translação do conhecimento**	
		Perceção negativa	**Perceção positiva**
Menos de 10	**Nº**	73	84
	%	46,5%	53,5%
De 11 a 20	**Nº**	38	40
	%	48,7%	51,3%
De 21 a 30	**Nº**	14	15
	%	48,3%	51,7%
31 a 40	**Nº**	7	4
	%	63,6%	36,4%

Terminamos esta exploração de associações, olhando para o comportamento da variável Tempo de exercício profissional na área/contexto onde exerce predominantemente a sua prática clínica. Registadas as frequências, observadas no quadro anterior, os resultados do teste não paramétrico Qui-quadrado (Significância Assintótica Bilateral=0,744; contagem mínma esperada é de 5,28) demonstram que a perceção positiva e negativa dos enfermeiros sobre a preparação organizacional para a translação do conhecimento é independente da variável socioprofissional - tempo de exercício profissional na área/contexto onde exerce predominantemente a sua prática clínica.

PARTE IV – ANALISAR A PERCEÇÃO DOS ENFERMEIROS E OUTROS AUTORES NA CULTURA ORGANIZACIONAL

Neste capítulo, pretendemos efetuar a interpretação dos resultados da investigação, em função dos objetivos do estudo. Fortin et al. (2009) esclarece que esta etapa de interpretação faz ressaltar a significação dos resultados, indicando se confirmam ou não as hipóteses que foram formuladas, bem como comparar os resultados com os de estudos anteriores, que utilizaram variáveis análogas. Estes autores acrescentam que, aquando da "(…) interpretação dos resultados, o investigador deve somente descrever as relações entre variáveis e não em se ocupar a fazer predições nem estabelecer relações de causalidade" (Fortin et al., 2009, p. 480).

Agarrando a oportunidade de conseguir informação detalhada sobre o fenómeno em estudo, as ideias que ele permite destacar, o estabelecimento de relações entre as variáveis e a possibilidade de conduzir à formulação de novas hipóteses, recordamos que, ao realizar a presente investigação, propusemo-nos a responder, do modo mais fiável e com a maior exatidão possível, às questões de investigação previamente formuladas, considerando sobretudo o contexto em que decorreu o estudo e a investigação produzida a este respeito.

Nesse âmbito, procuraremos sistematizar um conjunto de interpretações válidas, de cariz individual e organizacional, relacionadas com a cultura organizacional do contexto, que se revestem, para os participantes do estudo, como facilitadoras ou dificultadoras no processo de translação do conhecimento e a sua incorporação na prática clínica. Neste sentido, o conhecimento em rede destas condições deverá promover a construção de soluções viáveis, capazes de melhorar a translação do conhecimento na organização de saúde, soluções que devem incluir gestores, profissionais e cidadãos.

1. Cultura organizacional para a translação do conhecimento

Estudadas as **dimensões e subdimensões da cultura organizacional de um hospital da RAA, que influenciam a translação do conhecimento e a incorporação da inovação na prática clínica** e considerando uma realidade complexa e multidimensional, organizamos esta discussão de acordo com as diversas componentes estudadas, relacionando-as com os conceitos que as enformam, de modo a facilitar o entendimento das implicações decorrentes dos resultados observados no estudo, e que, de algum modo, assistem a responder às questões de investigação. No entanto, a sua leitura deverá ser integrada, sistémica e global, porquanto estas são questões interligadas e interdependentes.

Clima organizacional para a mudança

A dinâmica organizacional constitui um dos conceitos centrais no quadro concetual, que representa a preparação organizacional para a mudança (Attieh et al., 2014). A este respeito, é de considerar que vários investigadores reúnem consenso sobre a necessidade crítica de compreender as respostas dos profissionais de saúde, sejam intenções ou comportamentos, em relação às mudanças na organização e local de trabalho, como condição facilitadora para a translação do conhecimento nas organizações de saúde (Nilsen, Schildmeijer, Ericsson, Seing, & Birken, 2019), o que nos terá orientado para a tentativa de estudar toda a população acessível; contudo, estudámos apenas 79,25% da população.

Lau et al., (2016) acrescentam que o padrão de respostas às mudanças, apresentado pelos profissionais de saúde, assenta numa atitude tridimensional, composta por 3 componentes: Cognitiva (opiniões sobre as mudanças e a sua pertinência, vantagens e desvantages); Afetiva (sentimentos sobre as mudanças); Comportamental (ações já tomadas ou que serão tomadas em favor ou contra as mudanças (Nilsen et al., 2019). Optámos por destacar esta referência, para salientar que, no nosso instrumento de colheita de dados, observámos a sobreposição e consistência entre este padrão de respostas às mudanças referenciado por Lau et al. (2016) e o mapa teórico que retrata a dimensão “Clima Organizacional para a Mudança”.

Analisando os dados relativos ao "Clima Organizacional para a mudança" e explorando cada um dos 10 itens, relembramos que, numa análise quantitativa total da dimensão avaliada, a variação poderia ocorrer entre 10 e 50 pontos. Pelos dados expostos, podemos analisar que, na nossa amostra, a variação foi de 17 a 46 pontos, sendo que a média foi de 34,07, valor superior ao valor médio da subescala, e com um desvio padrão de 5,521. Decorrente deste resultado, observamos uma "atitude" positiva dos enfermeiros face a esta condição, sendo a escala que regista maior valor global neste estudo, o que demonstra que está cumprido o objetivo que se pretende atingir em todo e qualquer clima organizacional, que será o de procurar oferecer o bem estar dos seus profissionais, embora, e de acordo com Aarons, Ehrhart, Moullin, Torres & Green (2017), não traduza uma perceção coletiva dos profissionais, sobre a importância da implementação da inovação dentro da organização.

A apoiar a leitura de que os resultados apresentados se revestem de um cariz positivo, Lau et al. (2016) reconhecem que relações profissionais positivas e baseadas na confiança, por meio de uma comunicação bidirecional, garantindo aos profissionais a oportunidade para discutir assuntos relevantes e apresentar as suas sugestões para enfrentar os desafios, antes e durante a implementação, constituem elementos facilitadores. Nesse âmbito, a realidade observada no nosso estudo confirma esta relação, sendo que, o item 3, "A confiança mútua entre profissionais é forte" agrega 44,7% dos enfermeiros, que estão de acordo com esta afirmação, bem como 43,3% dos enfermeiros concordam com a afirmação de que "Os profissionais se sentem livres para colocarem questões e expressarem preocupações".

Também destacamos que, nesta dimensão, os nossos resultados reunem um score total, discretamente mais elevado do que os apresentados por Grandes et al. (2017), aquando do estudo de investigação, realizado para validação da versão espanhola do OR4KT, representando o único estudo acessível que, embora tenha sido desenvolvido em instituições de saúde não hospitalares, permite inferir algum grau de comparação de resultados. A estatística descritiva que apresentou tem uma representação, que é francamente menos animadora, com uma média de 57,70. Será importante balizar que, com o objetivo de facilitar a interpretação dos dados, estes investigadores optaram por transformar e normalizar os scores para uma escala de 0 a 100, o que permite traduzir que, na nossa amostra, o resultado, nesta dimensão, foi de 68,14.

Percebemos, pelos resultados observados, que a coesão da equipa conquistou as três maiores representações percentuais nesta dimensão, com os participantes concordando com a afirmação, "Os profissionais trabalham em equipa", com 47,3%, seguido de "Os

profissionais habitualmente são rápidos para se entreajudarem quando necessário", com 49,8%, e, em terceiro, "A confiança mútua entre profissionais é forte", com 44,7%. Este dado respeita a leitura de Antonovsky (1987), citado por Nilsen et al. (2019), na medida em que este sentido de coesão reflete uma capacidade para lidar com determinados fatores considerados stressantes e que consiste em ser-se compreensível, que se tenha a capacidade de gerir e ser-se expressivo. Ele completa, acrescentando que, quando as mudanças são bem fundamentadas, bem comunicadas e previsíveis muito provavelmente são consideradas compreensíveis; as mudanças que são iniciadas por profissionais de saúde ou envolvem o seu contributo ativo são consideradas controláveis; e as mudanças bem fundamentadas são consideradas significativas (Nilsen et al.,2019).

Mas, se por um lado, podemos considerar os resultados apresentados como animadores e positivos, sugerindo, nas equipas, a presença de coesão e abertura, orientada para a mudança, por outro, entendemos como preocupante o grau de indiferença ou neutral com que os participantes respondem às questões relacionadas com a comunicação sobre a mudança e a atitude dos gestores para a mudança. Destacamos o item 6 "as ideias e as sugestões dos profissionais recebem a atenção adequada por parte dos gestores (direções), o item 7 "os canais de comunicação formal funcionam muito bem", o item 9 "os gestores estão abertos às ideias dos profissionais para promoverem mudanças" e o item 10 "os gestores encorajam as práticas novas e diferentes", que acumularam as maiores frequências, no grau neutral, entre a concordância e a rejeição, área considerada por Coetsee (1999) como uma resposta cognitiva, afetiva, neutral, que descreve um comportamento passivo, resignado. Estes achados são reforçados e adquirem maior consistência e robustez, quando analisamos Coetsee, (1999), que descreve que este tipo de atitude aparenta ser uma resposta comum nos profissionais de saúde que já viveram mudanças no seu local de trabalho e que foram consideradas um insucesso.

Reforçando este dado, Beer & Nohria (2000)e Nuño-Solinís, (2018) apresentam que, na literatura organizacional, 70% das iniciativas de mudança nas organizações não são bem sucedidas, o que, segundo estes autores, poderá tender para uma atitude de cinismo e pessimismo dos profissionais em relação aos processos de mudança. Esta evidência está retratada nos nossos resultados, onde 39,3% dos enfermeiros estão totalmente de acordo com a afirmação de que "a frustração dos profissionais é comum". Mas esta interpretação será, com certeza, multidimensional, e onde importa também considerar questões relacionadas com o cansaço e exaustão física, associados ao sentimento de estarem esgotadas as capacidades pessoais para lidar com as exigências e tarefas diárias, no seu local

de trabalho (Nilsen et al., 2019), confirmando outro achado do nosso estudo, em que 43,3% dos enfermeiros estão totalmente de acordo com a afirmação "a sobrecarga de trabalho reduz a efetividade das intervenções".

Fatores do contexto organizacional

Em linha com a revisão da literatura, os fatores do contexto organizacional devem retratar um compromisso organizacional e suporte administrativo que garanta os recursos e o tempo necessários para o desenvolvimento de um plano ou programa, cuja metodologia permita a mudança (Moreno-Monsiváis, 2019). Neste âmbito, observamos na nossa amostra, que a dimensão "Fatores do contexto organizacional" reúne uma média de 32,77 e um desvio padrão de 5,224, com uma variação entre 20 e 49. Este valor também se situa acima do valor médio da escala, mantendo-se uma certa homogeneidade nos resultados, até agora apresentados. Comparando com Grandes et al. (2017), observa-se a mesma tendência, registando se, na sua avaliação, valores mais reduzidos do que na nossa amostra (65,54), com uma média de 57,43 e um desvio padrão de 11,39, com uma variação que oscilou entre 35 e 85.

Lançando um olhar mais detalhado sobre os itens avaliados pelos enfermeiros, destacam-se, com os maiores valores percentuais, "Os profissionais têm sentido de responsabilidade pessoal para melhorar os cuidados ao cliente e os resultados" com 61,1%, "Os profissionais cooperam para manter e melhorar a efetividade dos cuidados ao cliente", com 60,4% e "Os profissionais estão disponíveis a inovar e/ou experimentar para melhorar os procedimentos clínicos", que acumulou 57,5%. Nestes três itens, as respostas dos enfermeiros reuniram-se em torno da resposta "concordo". Estes dados sugerem um compromisso dos enfermeiros com o seu mandato social e natureza profissional, o que revela, por um lado, responsabilização e consciencialização profissional e, por outro lado, uma valorização da importância que é atribuída à melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados à pessoa e à obtenção de ganhos em saúde. Porém, esta leitura pode não corresponder, tendo em consideração Pina e Cunha & Rego (2005), que afirmam que a receptividade é um antecedente desejável da mudança, mas não a garante. Ou seja, os profissionais podem ter um elevado grau de receptividade à mudança, mas não se esforçam para que ela aconteça, cabendo, neste caso, à liderança, um papel fundamental.

Adicionalmente, constatamos, no nosso estudo, que os dados apurados parecem esbarrar numa expressiva percentagem de 49,1% dos enfermeiros, onde os participantes não estão de acordo com a afirmação de que "tem o apoio necessário em termos de formação". Devemos consentir que este dado assume particular destaque, por demonstrar, de forma indireta, o reconhecimento por parte da classe de enfermagem, da importância da formação contínua no seu exercício profissional, mas que, e em linha com outros estudos de investigação, nomeadamente Pereira (2016), reflete, pelos enfermeiros, a necessidade de um maior suporte por parte da organização e dos seus líderes.

Pereira (2016) também vem corroborar com outro dos nossos achados neste estudo, nomeadamente, quando observamos que 42,5% dos enfermeiros respondem com neutralidade, perante a afirmação "Tem o apoio necessário em termos orçamentais ou de recursos financeiros", resposta de suporte organizacional que consideramos limitada e que também é descrita pelo investigador, relativamente aos recursos disponíveis, sobretudo no que se relaciona com recursos materiais e humanos. Mais recentemente, Shafaghat et al. (2021) vêm reforçar a nossa interpretação, categorizando que um dos aspetos facilitadores para uma efetiva gestão de uma prática baseada na evidência, nas organizações de saúde, são os recursos adequados e suficientes, nomeadamente: a existência de sistemas de informação e infra-estruturas técnicas; acesso a computadores apropriados; internet sem fios e intranet; digitalização de conjuntos de dados, relatórios e processos; acesso a serviços de investigação e biblioteca; conhecimentos sobre ferramentas de gestão; e a existência de um departamento para a qualidade. Lau et al. (2016) repetem a importância desta dimensão, observando, igualmente, que a carência destas infraestruturas foram todas reportadas como barreiras à implementação da mudança, sendo que, no extremo oposto, a existência destes recursos promove a implementação.

Lau et al., (2016) despertaram-nos para outra problemática, incluída nestes fatores do clima organizacional, considerada condição dificultadora à implementação de mudanças, particularmente, o grau com que a organização determina os papéis e responsabilidades e/ou promove a autonomia, o que reforça a nossa consciencialização e preocupação, quando 52,7% dos enfermeiros respondem, de modo imparcial/neutro, à questão "a sua organização, determina a classificação de papéis e responsabilidades em relação à aplicação de uma mudança específica?".

Em jeito de síntese, parece-nos sensato referir que, embora possamos individualizar algumas das condições facilitadoras ou dificultadoras ao processo de implementação de mudanças no

contexto em estudo, é fundamental balizar que estes fatores do contexto organizacional devem ser considerados como um todo, na medida em que cada organização é única, e, portanto, poderá sofrer maior ou menor influência de diferentes fatores do contexto organizacional que interagem, logo, nunca deverão ser considerados de forma isolada.

Conteúdo da mudança

Weiner (2009) salienta que o conteúdo da mudança é tão importante quanto o contexto da mudança e que estas duas dimensões se apresentam como centrais, em muitos dos instrumentos desenvolvidos para avaliar a Preparação Organizacional para a Mudança. Observamos, na nossa amostra, que na dimensão "Conteúdo da Mudança" é descrita uma média dos seus 9 itens, de 32,31, com um desvio padrão de 4,776, e com uma variação que foi dos 18 aos 45. As maiores frequências foram observadas nos itens 23 a 25, que pretendem avaliar de que modo os participantes percebem a complexidade da mudança, registando-se que 57,5% dos enfermeiros concordaram que "geralmente existe capacidade para se adaptarem novas normas ou procedimentos, mesmo que sejam impostas", seguindo-se 53,5% e 49,5% dos enfermeiros que concordam, respetivamente, com a afirmação "as pessoas estão dispostas a ajustarem o trabalho habitual em resposta ao que sucede à sua volta" e que "existe flexibilidade para lidar com a mudança" Entendemos considerar estas atitudes dos participantes perante a gestão da mudança, como positivas, tendo em conta alguma da evidência já descrita, nomeadamente, Shafaghat et al. (2021) que mapeiam a confiança, pessoal e interpessoal, a consciencialização e reconhecimento da necessidade para a mudança, os valores e expetativas, como determinantes facilitadores da gestão da mudança. Esta associação é verificada por Kaplan, Zeller, Damitio, Culbert & Bayley, (2014) que reconhecem a crescente evidência de que a atitude perante a prática, baseada na evidência e a confiança para a sua implementação, estão intimamente relacionadas.

Embora pudéssemos aferir uma atitude positiva dos enfermeiros no que se refere às características dos enfermeiros, nomeadamente as suas crenças, atitudes e /ou perceções em relação à implementação da mudança, em cerca de 50% dos participantes, os resultados observados no item 37 "as mudanças propostas têm em consideração as necessidades e preferências dos clientes", com 40,0%, no item 38 "as mudanças propostas parecem ter mais vantagens do que desvantagens para os clientes", o que reuniu 46,9% e, no item 39, "as mudanças propostas devem ser efetivas, baseadas no conhecimento científico atual", com

47,6%, são menos animadores, por não se observar, nestes determinantes, uma atitude mais segura e confiante sobre o conteúdo da mudança. Fundamentamos este juízo, em linha com Melnyk, Gallagher-Ford, Long & Fineout-Overholt (2014), que refere que as crenças no valor da PBE, a capacidade para implementar as melhores práticas, os contextos ou ambientes facilitadores da implementação da PBE e o apoio administrativo são alguns dos fatores facilitadores referenciados para a adoção da PBE.

Liderança

Do ponto de vista das organizações, existe um consenso alargado que defende que a liderança e o clima organizacional são elementos fundamentais para a implementação da mudança, particularmente na implementação da PBE e sua sustentabilidade. Quando questionados sobre as questões relacionadas com o domínio da "liderança", verifica-se, neste estudo, uma realidade diferente das anteriores, sendo esta a dimensão menos pontuada, com uma média de 31,26, um desvio padrão de 6,185 e com uma variação de 14 a 50. Comparativamente, Grandes et al., (2017) também apresentaram resultados paralelos, observando que esta dimensão foi a que obteve menor média com 57,12 (no nosso estudo 62,52), com um desvio padrão de 12,71 e uma variação de 20 a 100. Destacamos, na nossa avaliação, que a maioria das respostas dos participantes se situaram no grau neutral, onde se acumularam os seguintes maiores valores percentuais dos itens avaliados: "Os parceiros externos estão envolvidos no processo de planeamento", com 60%, "Existe um responsável sobre as decisões inovadoras nos conselhos de administração/diretivos", com 54,9% e "Existe um responsável sobre as decisões inovadoras nas direções clínicas", com 51,6%.

Numa filosofia de gestão da mudança, deverá ser motivo de reflexão os resultados obtidos nas subdimensões do processo de planeamento e no nível de envolvimento adequado. No que diz respeito ao processo de planeamento, uma das 4 funções instrumentais da gestão (Planear, Organizar, Dirigir e Controlar), 60% dos participantes tem uma perceção neutra sobre esta subdimensão, o que parece sugerir, nas lideranças, dificuldades neste processo. A importância deste achado decorre da evidência de que o planeamento se traduz numa série de vantagens importantes para a organização, reconhecendo-se que a experimentação do processo de planeamento nos serviços de saúde assiste na busca de soluções sólidas e inovadoras, capazes de aspirar a um ciclo de mudanças na organização de saúde. Cumprir com este pressuposto poderá permitir arrastar a equipa para um processo de melhoria da

qualidade dos cuidados e, por essa razão, entendemos que o enfermeiro gestor deve agir como um agente de mudança, liderando e incentivando estes esforços (Martin & Henderson, 2004; Mateus & Serra, 2017). Ou seja, a dimensão de liderança que ele poderá introduzir assume-se como significativa e pode constituir uma oportunidade de envolvência e participação na organização, ao mesmo tempo que permite gerar mobilização e sinergias na resposta à mudança, promovendo e valorizando a iniciativa, quer individual quer de grupo, dinamizando e facilitando o empoderamento, com vista a alcançar os objetivos e projetos definidos pela organização (Pina e Cunha & Rego, 2005; Pina e Cunha et al., 2010; Ferreira, Neves & Caetano, 2011).

A moldura desta relação permite-nos evoluir para a importância da subdimensão do envolvimento dos colaboradores, que mereceu, por parte dos participantes deste estudo, também uma perceção menos positiva, nomeadamente, na avaliação do item "todos os profissionais estão habitualmente envolvidos nos processos de tomada de decisão", onde 34,9% (96) dos enfermeiros não concorda com esta afirmação, cenário semelhante ao apresentado por Junqueira (2006) que, numa amostra de 282 enfermeiros portugueses, apenas 36,07% consideraram que, frequentemente, os seus chefes os envolvem nas tomadas de decisão, embora tenham manifestado que raramente (26,2%) a moderadamente (38,8%), as suas opiniões são tomadas em linha de conta nas decisões finais do enfermeiro chefe. Esta relação também é suportada pelos trabalhos de de Pittman et al., (2019) e Fischer, Horak e Kelly (2018). Ainda nesta análise, é interessante verificar que, segundo os resultados apresentados por Junqueira (2006), a eficácia da liderança do enfermeiro chefe aumenta com o estabelecimento de metas; com a definição de níveis de desempenho; com o respeito pelas ideias e sentimentos dos subordinados; com a tomada de decisões conjuntas e com o enfoque no espírito visionário.

Relativamente aos restantes itens que avaliaram a perceção dos participantes, relativamente à subdimensão "Nível de envolvimento adequado", é de salientar a consistência dos resultados obtidos, onde cerca de 50% dos enfermeiros têm uma perceção neutral nos 3 itens avaliados. Esta postura afasta-se da literatura sobre a implementação da mudança nas organizações de saúde, onde a condição "envolvimento" reúne consenso alargado, quanto ao seu papel nos processos de mudança, nomeadamente, na implementação de uma PBE. Oborn et al. (2013) reconhecem que as atividades promotoras do envolvimento dos colaboradores, embora sendo um desafio permanente nos modelos de implementação de mudanças, representam um papel fundamental no reforço das relações e do compromisso, condições necessárias para a sustentabilidade das mudanças de comportamento.

Todos estes dados demonstram a importância do líder na promoção da mudança, pressionando para que se realizem mudanças e promovendo um clima de trabalho que utiliza o processo da PBE para questionar, adquirir, avaliar, aplicar e analisar a informação, tal como refere Kaplan et al., (2014). Esta evidência merece especial atenção, tendo em conta os nossos resultados, em que apenas 44% dos enfermeiros concordam com a afirmação "os gestores participam nos processos de mudança". Embora represente a maior frequência observada neste item, podemos aferir que seria desejável maior expressão desta participação, capaz de fortalecer uma cultura de transição para uma PBE, assente na convição do seu impacto positivo na qualidade e segurança dos cuidados de saúde. Este dado observado terá, com certeza, repercussões na perceção dos profissionais, relativamente ao compromisso da organização, com a implementação da PBE, bem como nas expetativas de participação nas intervenções da translação do conhecimento e, em última análise, o compromisso com um comportamento voltado para a implementação de uma PBE.

Outro dos aspetos que merece análise refere-se ao item "os gestores proporcionam ao pessoal feedback/resultados sobre os efeitos das decisões clínicas", que obteve a concordância de apenas 30,9% dos participantes. Comentamos Stocking, (1992) que alerta que a simples difusão da informação não terá o efeito desejável. Ou seja, os resultados observados parecem sugerir a necessidade de um plano de comunicação para a disseminação da informação sobre a PBE, designada para envolver ativamente todos os profissionais, em todas as fases descritas como necessárias para a implementação de uma mudança (Kaplan et al., 2014). Este processo de comunicação assume-se como fundamental para a liderança e gestão das organizações. Eis a ideia básica: todos os gestores que têm pessoas a seu cargo necessitam, para serem eficazes, de liderá-las – ou seja, de comunicar com elas, de as motivar, de as empenhar, de desenvolver as suas forças e de as canalizar para benefícios dos próprios indivíduos e das organizações (Pina e Cunha et al., 2010). Tal como Pearman afirma, a comunicação e a prática de estabelecer relações interpessoais e intergrupais estão entre os maiores desafios que os líderes têm de enfrentar. O facto de muitos não desenvolverem boas práticas que fomentam o crescimento, a motivação e a excelência na comunicação estão evidentes nas taxas de rotatividade, menor rentabilidade e menor preocupação dos profissionais com a qualidade (Robbins & Davidhizar, 2007).

E, para concluir esta condição, voltamos a citar Stocking, (1992) ao comentar que a não ser que algo mais seja acrescentado (e.g. processo de auditoria), o feedback de informação passiva, por si só, não é susceptível de produzir alterações.

Suporte organizacional

A análise quantitativa desta dimensão permite descrever uma média de 31,53, com um desvio padrão de 6,987, com uma variação entre 10 e 50. Verificamos uma perceção ligeiramente positiva desta dimensão, com um valor acima do valor médio, embora seja de observar que, dos 10 itens avaliados, 7 mereceram uma resposta neutral por parte dos participantes. Registámos, de forma expressiva, que "os membros da equipa suportam na prática novas ideias e a sua aplicação", "os membros da equipa cooperam de forma a ajudar no desenvolvimento e aplicação de novas ideias" e "os membros da equipa disponibilizam e partilham recursos na aplicação de novas ideias", que acumularam as percentagens mais elevadas, com 61,5%, 56% e 50,5%, respetivamente, e agrupadas na resposta "De acordo". A interpretação destes resultados permite destacar, mais uma vez, a atitude positiva dos profissionais face à mudança, considerando a utilização da evidência como um valor organizacional, em oposição à falta de confiança acerca do valor e da qualidade da evidência, ou em oposição às perceções negativas, relativamente à investigação, ou mesmo a resistência para a mudança, todos considerados por Shafaghat et al. (2021) como barreiras para a implementação da evidência.

Porém, nas subdimensões da Monitorização, Avaliação e Feedback, facilmente percebemos que esta função instrumental da gestão é percecionada pelos participantes como neutra, destacando-se, nos itens 55 a 59, percentagens na ordem dos 40 a 50% (Os processos de mudança são monitorizados continuamente; Os resultados são monitorizados continuamente; A avaliação e a melhoria da implementação da mudança inclui a medição periódica dos resultados; A avaliação e a melhoria da implementação da mudança inclui um plano de disseminação dos resultados; A avaliação e melhoria da implementação da mudança inclui a revisão dos resultados pelos líderes; Existem mecanismos formais estabelecidos para obter feedback relativamente às mudanças propostas). A este respeito, devemos referenciar Pereira (2016)**,** que também confirmou que as barreiras mais frequentes para a PBE extrapolam para o suporte organizacional**.**

Dito isto, podemos descrever que, de acordo com os nossos dados, existem oportunidades de melhoria na avaliação e monitorização contínua dos processos de mudança, o que sugere uma perceção menos positiva das funções exercidas pelos enfermeiros gestores. Camargo et al., (2017) reforçam esta interpretação e necessidade de melhoria, concluindo que, no

âmbito organizacional, a monitorização, avaliação e disseminação dos resultados apresentam-se como componentes cruciais para a utilização de pesquisas na prática dos enfermeiros, o que vem reforçar a necessidade de consciencializar as lideranças de que a gestão deixou de ser a manutenção do "*status quo*", para ter de passar a ser estímulo e implementação da mudança e incentivo à inovação (Martin & Henderson, 2004).

Neste sentido, achámos pertinente dar nota de que cada vez mais as organizações privilegiam, na sua ação, o funcionamento a partir de uma lógica de projeto, que exige o cumprimento de um planeamento e avaliação, instrumentos indispensáveis para qualificar as atividades, para facilitar a prossecução dos objetivos visados, para dar a conhecer o nível de consecução de tais objetivos e para ajuizar sobre os factores intervenientes nesses projetos e nos seus resultados. Ou seja, a avaliação constitui-se como um poderoso instrumento de apoio ao processo de decisão, tornando-o mais participativo, transparente, racional e rigoroso. Para que esta missão possa ser cumprida, é necessário planear, desde o início, a avaliação (Martin & Henderson, 2004).

Motivação

A análise descritiva desta dimensão, com o seu conjunto de 10 itens, reuniu uma média de 31,49, com um desvio padrão de 4,579 e uma variação entre os 15 e 42. Grandes et al., (2017) obtiveram resultados ligeiramente inferiores, com uma média de 58,02 (nosso estudo 62,98), um desvio padrão de 11,05 e uma variação de 10 a 100. Dos resultados obtidos, mais uma vez verificamos que 9 dos 10 itens mereceram uma resposta neutral por parte dos participantes, materializando esta dimensão como a que reuniu a segunda média mais baixa, logo atrás da dimensão da Liderança, que regista a média mais baixa de 31,26. Este grau de motivação deve representar, sem dúvida, um motivo de preocupação, na medida em que Pereira e Fávero (2001) sublinham que, na prática diária do enfermeiro, caraterizada por atividades que exigem alta interdependência, a motivação surge como condição fundamental na procura de maior eficiência e, consequentemente, de maior qualidade na atividade assistencial da enfermagem, determinantes que podemos aliar à satisfação dos profissionais. Seo (2003), citado por Junqueira (2006), também acompanha a nossa preocupação, descrevendo que o nível de motivação dos profissionais de saúde se relaciona positivamente com a satisfação dos utentes e com a adesão ao regime terapêutico.

Porém, a leitura destes resultados deve ser integrada, não representando surpresa que a dimensão da Motivação acompanhe a mesma tendência verificada na dimensão da Liderança, onde a perceção dos participantes também é menos favorável. O desenvolvimento desta relação entre liderança e motivação, no seio da enfermagem, constitui um elemento chave para a dinâmica das equipas de trabalho e onde o enfermeiro gestor tem um papel fundamental, enquanto gestor da liderança, crucial para o funcionamento eficaz das organizações, e gestor da motivação, necessidade essencial para o bom funcionamento dos grupos de trabalho (Pina e Cunha & Rego, 2005; Pina e Cunha et al., 2010; Ferreira et al., 2011).

A relação entre estes dois pilares, que neste estudo denotam oportunidades de melhoria, é sugerida pelos resultados observados, relativamente ao item 52 "os gestores (direções) pressionam para que se realizem mudanças", onde apenas 38,5% dos participantes concordam com esta afirmação e apenas 6,2% estão totalmente de acordo. Este dado contrasta com Kleinman (2004), citado por Junqueira (2006), que reconhece que estilos de liderança efetivos, fortes e de qualidade estão associados a níveis elevados de motivação dos enfermeiros no trabalho, sendo a chave da retenção destes profissionais nos hospitais. Também consideramos pertinentes os achados de Upenieks (2003) que, ao estudar os aspetos promotores de níveis elevados de motivação e desempenho das enfermeiras que trabalham nos "*magnet hospitals*" (hospitais dos EUA, com características organizacionais excepcionais ao nível do recrutamento e retenção dos enfermeiros), face aos "*non-magnet*", concluiu que, nos "*magnet hospitals*", os elementos que favoreciam a diferença, a nível da qualidade de desempenho e níveis elevados de motivação, incluíam a fácil acessibilidade à "*magnet nurse leader*" (enfermeira-chefe); um melhor suporte de autonomia clínica das enfermeiras, promovido pela enfermeira-chefe, e facilidade de acesso a condições de oportunidade, informação e recursos dos "*magnet hospitals*".

Não podemos deixar de integrar, nesta discussão, que esta dimensão da motivação, que acumula a segunda pior média neste estudo, será, com certeza, um "sintoma" das condições dificultadoras anunciadas pelos participantes, não só relativamente à liderança, mas também relativamente aos fatores do contexto organizacional e ao suporte organizacional, onde estão integradas as estruturas organizacionais, os processos organizacionais, os processos comunicacionais, os recursos disponíveis, a cultura e o feedback referente ao desempenho, determinantes que constituem catalizadores dos processos motivacionais, que garantem a adoção das metas organizacionais pelo profissional e a perceção da possibilidade de contribuir para o alcance dessas metas (Grindle, 1997; Franco, 2002).

Por outro lado, será de salientar que, embora a atividade de enfermagem represente um trabalho de equipa, cuja condição poderá afetar positiva ou negativamente, a motivação profissional, por retratar pessoas diferentes, com níveis de formação diferentes, com padrões socioculturais e comportamentais diversos, que estabelecem relações interpessoais de cariz profissional, no sentido de prestarem cuidados de enfermagem com a melhor qualidade possível, na nossa amostra, esta influência revela-se positiva. Esta argumentação baseia-se nos resultados animadores que foram observados na dimensão "Clima Organizacional para a Mudança" e que poderão explicar a expressiva percentagem dos enfermeiros (64,4%), que concordam com a afirmação "a pressão para a realização de mudanças vem dos profissionais". Chiavenato (1998) corrobora esta interpretação, retratando que, quando existem, no grupo de trabalho, relações gratificantes de satisfação, interesse e colaboração, assiste-se a uma melhoria dos níveis de motivação entre os membros de um grupo. Ou seja, sendo consensual que a saúde das organizações depende, em larga escala, do seu capital humano, um dos maiores desafios será garantir ambientes de trabalho saudáveis, com equipas de enfermagem decididas, confiantes e intimamente comprometidas no alcance dos objetivos propostos. Para isso, é fundamental motivá-las. Para isso, é necessário conhecê-las.

Em suma, e considerando as **dimensões e subdimensões prioritárias a desenvolver capazes de suportar a translação do conhecimento e a sua incorporação na prática clínica,** parece-nos sensato referir que, embora possamos individualizar algumas das condições facilitadoras ou dificultadoras do processo de implementação das mudanças, que foram identificadas pelos participantes, será fundamental balizar que estes fatores nunca deverão ser considerados de forma isolada, mas como um todo, numa perspetiva sistémica e integrada, mas também dinâmica e aberta, condições necessárias na consecução da mudança planeada nas organizações.

Com esta salvaguarda, e reconhecendo o papel central das lideranças na transferibilidade do conhecimento para a prática, dimensão que neste estudo colheu a média mais baixa entre as seis dimensões avaliadas pelo instrumento de colheita de dados (31,26), sugeríamos priorizar o desenvolvimento de projetos de formação, centrados no desenvolvimento de competências de liderança pelos enfermeiros gestores, onde a responsabilização das organizações de saúde seja condição catalisadora. Esta necessidade não é recente, nem representa surpresa na literatura consultada, nomeadamente González-Torrente et al. (2012), West et al.(2015) e Yip et al. (2013), citados por Pereira (2016). De acordo com os resultados obtidos nas subdimensões da Liderança, o desenvolvimento destas competências

deve orientar-se para as funções instrumentais da gestão, particularmente, o planeamento e o controlo, que estão de tal modo relacionados que, pode dizer-se, estão um para o outro como duas faces da mesma moeda (Teixeira, 2017).

Numa filosofia de gestão da mudança, será de realçar que a liderança na enfermagem deve estar "mais orientada para o futuro, mais flexível, dinâmica e disposta a assumir riscos, em contraposição ao papel controlador, ditador de regras, normas e procedimentos" (Simões & Fávero, 2003, p.568). A esse respeito, enfatizam que a liderança na enfermagem deve estar disposta a rejeitar rotinas, confrontar questões e implementar ações que levem à mudança. Duas das tarefas principais de uma nova liderança na enfermagem serão a de elevar a consciência dos enfermeiros, por meio de uma contínua crítica ao sistema atual, e a de oferecer fundamentos lógicos, filosóficos e práticos para mudanças essenciais, baseadas nos valores da enfermagem e no papel central que a enfermagem assume no processo de assistência à saúde (Marquis & Huston, 2015).

Assiste-se a uma nova era, onde o papel dos colaboradores é tão relevante quanto o dos líderes, onde a liderança é marcada pelo fortalecimento do grupo de trabalho, esbatendo o poder na equipa, e sobressaindo a valorização das competências pessoais, fazendo com que cada elemento reconheça o propósito e o sentido do seu trabalho. Esta dinâmica irá facilitar o desenvolvimento de atividades promotoras do envolvimento dos colaboradores, subdimensão em que os participantes demonstraram estar mal representada.

Robbins e Davidhizar (2007), Cowden, Cummings e Profetto-Mcgrath (2011), Murray, Magill e Pinfold (2012) e West et al. (2015) apontam que as abordagens mais próximas de uma liderança transformacional na enfermagem estão associadas a maior satisfação profissional, menor rotação de profissionais, melhor trabalho em equipa, maior compromisso na mudança organizacional, redução do Burn-out, redução de eventos adversos, empoderamento e autoeficácia dos profissionais, com melhor satisfação dos pacientes e até influência em alguns resultados financeiros. A evidência consultada apresenta a afirmação forte de que a liderança transformacional é um preditor de qualidade de cuidados nas organizações de saúde (West et al., 2015) e que, não sendo a regra, deve, no entanto, formar uma referência para guiar os comportamentos de liderança nas organizações. Esta transformação considera-se fundamental nesta organização, tendo em conta a perceção dos participantes que pontuou a dimensão da Motivação com a segunda média mais baixa observada, com 31,49, valor muito semelhante ao observado na dimensão da Liderança.

Naturalmente que isto implica que as organizações de saúde descubram a liderança transformacional como crucial para a enfermagem, como meio de atingir maiores níveis de satisfação da população. Esta liderança deve ser capaz de se posicionar positivamente, para transformar a organização hospitalar.

Terminamos esta reflexão, consentindo que é necessária uma definição na organização, de uma cultura onde a sinergia das lideranças deve ser uma realidade, pois só assim será possível garantir culturas de elevada qualidade. É urgente uma visão, um alinhamento e um compromisso que deve começar individualmente para depois expandir, fatores considerados como suporte à translação do conhecimento (Aarons, Ehrhart, Farahnak & Hurlburt, 2015; Apóstolo, 2017; Aarons et al., 2017). Numa altura em que cada vez mais as organizações de saúde investem em projetos de qualidade (nos quais os enfermeiros são atores-chave) e, sabendo-se que a eficácia da liderança, a motivação para o trabalho e a qualidade de desempenho dos enfermeiros andam associadas, é urgente uma mudança.

Do ponto de vista do Suporte Organizacional, consideramos a necessidade de serem desenvolvidos projetos de intervenção, centrados na promoção de ambientes de trabalho saudáveis que, em sinergia, deverão melhorar os esforços da organização para as necessidades de formação dos seus profissionais, melhorando o apoio, em termos de recursos, garantindo meios de feedback sobre o desempenho dos profissionais, subdimensões que mereceram uma perceção menos positiva por mais de metade dos enfermeiros, na sua maioria com uma postura neutral.

2. As características dos enfermeiros e a Preparação Organizacional para a Translação do conhecimento

Guiado pela questão de investigação “Qual é a relação entre as variáveis sociodemográficas e profissionais dos enfermeiros de um hospital da RAA e a distribuição das dimensões e subdimensões da cultura organizacional que influenciam a translação do conhecimento e a incorporação da inovação na prática clínica”; os resultados observados, relativamente às relações existentes entre as variáveis dependentes e independentes, em estudo, permitiu,

primeiro, consolidar a transversalidade e complementariedade organizacional de todas as dimensões avaliadas, mas também contribuíu para a descrição de um conjunto de relações estatisticamente significativas, observadas na maioria das dimensões que compõem o instrumento de colheita de dados OR4KT e sob a influência das mesmas variáveis. Terá sido este dado que nos levou a reunir a interpretação destas relações, num único capítulo, favorecendo, na nossa opinião, a apropriação de alguma da evidência que suporta esta ou outra relação, evitando, ao mesmo tempo, a repetição de conteúdos.

Representando um dado objetivo, a existência, no nosso estudo, de relações com significado estatístico, é interessante constatar que no estudo de Grandes et al. (2017), onde estavam definidas, como variáveis sociodemográficas, a idade, o sexo e as habilitações académicas, e como variáveis profissionais, a profissão, o cargo desempenhado, a experiência profissional e o tempo de exercício na atividade que desempenha, não foram identificadas quaisquer relações ou diferenças, estatisticamente significativas, em todas estas variáveis.

No entanto, confirmamos, no nosso estudo, que apenas nas dimensões "Conteúdo da Mudança" e "Motivação" esta tendência se repete, não se verificando a existência de diferenças estatisticamente significativas em relação a todas as variáveis sociodemográficas e profissionais. Relativamente à dimensão da "Motivação", a revisão da literatura não acompanha este dado, identificando-se que Aiken et al. (2001) num estudo internacional, que incluíu os Estados Unidos, Escócia, Inglaterra, Canadá e Alemanha, observaram, relativamente à idade dos participantes, que 27 a 54% dos enfermeiros com idade inferior a 30 anos planeavam abandonar a profissão durante os doze meses seguintes à data da recolha dos dados. Também Thomas (1998), num estudo com o objetivo de identificar os fatores que influenciavam a satisfação profissional dos enfermeiros de cuidados de saúde primários e a relação com o tempo de exercício profissional, observaram que os enfermeiros com maior tempo de exercício profissional referiram maior insatisfação, comparativamente com os enfermeiros com menor tempo de exercício profissional (< 5 anos).

Avançando nesta análise inferencial, destacaríamos a matriz de relações múltiplas, estatisticamente significativas, quando relacionamos a dimensão da "Liderança", com algumas das variáveis profissionais, nomeadamente, a variável "Título Profissional" (p=0,006), a variável "Funções de direção, chefia ou coordenação" (p=0,045), a variável "Tempo de exercício profissional" (p= 0,004), a variável "Tempo de exercício profissional na instituição" (p= 0,002) e, finalmente, a variável "Tempo de exercício profissional na área/contexto onde exerce predominantemente a sua prática clínica" (p=0,049). No extremo

oposto, Pereira, Bem-haja, Ferreira e Rodrigues (2008), num estudo sobre a perceção de liderança dos enfermeiros numa organização hospitalar portuguesa, avaliada através de uma escala de liderança construída e validada em Portugal, por Frederico e Castilho (2006), constituída por 4 dimensões (reconhecimento, comunicação, desenvolvimento da equipa e inovação) e 57 critérios, numa amostra de 103 enfermeiros, concluíram que não foram identificadas relações estatisticamente significativas, quando comparados a categoria profissional, o tempo de experiência profissional e o tempo no atual serviço, quer em cada uma das dimensões, quer na percepção de liderança, no global.

No que se refere à categoria profissional, conclusões semelhantes foram obtidas por Alves (1995) no seu estudo, em que a perceção de liderança dos enfermeiros prestadores de cuidados era independente da categoria profissional.

Ainda na interpretação sobre as restantes relações observadas na dimensão "Liderança", com resultados estatisticamente significativos, será de referir a constância da influência da variável tempo, na perceção dos participantes em relação à grande maioria das dimensões avaliadas. Nesta argumentação, Lau et al. (2016) exploram esta relação com a variável "tempo", destacando que os fatores do contexto organizacional, considerados facilitadores ou dificultadores, são dinâmicos, interrelacionados e sujeitos a mudanças decorrentes do tempo, logo fatores, entendidos ou percebidos como barreiras, no início do processo de implementação de uma mudança, poderão, mais tarde, transformar-se em fatores facilitadores no processo de implementação. A mesma consideração poderá ser realizada, relativamente ao conjunto de valores e crenças, num determinado momento, bem como em relação aos recursos, competências, atitudes face à mudança, relações profissionais, vantagens da evidência, segurança, confiança, confidencialidade e incentivos, todos teoricamente válidos e igualmente importantes.

Outro dos achados que confirmamos é a existência de uma diferença, estatisticamente significativa, na perceção dos enfermeiros sobre a liderança e a sua relação com a variável "funções de direção, chefia ou coordenação (sim, formamente; sim, informalmente; não)" (p=0,045). Esta relação também é suportada pelos trabalhos de Fischer, Horak e Kelly (2018) e Pittman et al., (2019).

Quanto à relação entre a dimensão da liderança e as restantes variáveis sociodemográficas, nomeadamente, sexo (p=0,358) e idade (p=0,131), não se verificaram diferenças estatisticamente significativas, o que acompanha os dados divulgados por Pereira et al., (2008), bem como Alves (1995) que, relativamente ao sexo, concluiram que o género não

parece interferir significativamente na perceção de liderança dos enfermeiros, estudos realizados na área da enfermagem, em contexto hospitalar. Resultados distintos foram obtidos por Pittman et al. (2019) que encontraram diferenças, estatisticamente significativas, entre a idade e a perceção de liderança, dimensão avaliada recorrendo ao *Alberta Context Tool*, instrumento utilizado para avaliar a perceção dos enfermeiros, relativamente à preparação do contexto da prática clínica em relação à PBE. Pittman et al., (2019) confirmam que os enfermeiros mais velhos demonstravam uma perceção mais reduzida, não só na dimensão da liderança, mas também nas dimensões da Avaliação e Interações Formais. Ou seja, enfermeiros de grupo etário mais baixo tinham a perceção de que os líderes formais influenciavam positivamente a mudança e a excelência de cuidados, através de uma cultura de suporte e do planeamento de atividades, promotoras da translação do conhecimento e da discussão de ideias. Pittman et al., (2019) também descrevem que estes resultados estavam congruentes com o estudo de Stuenkel, Cohen e Cuestra (2005) que, numa amostra de 272 enfermeiros, os enfermeiros mais novos reportavam maior envolvimento, suporte pelo líder, autonomia e inovação.

Quanto à relação entre a dimensão "Suporte Organizacional" e as variáveis independentes, sejam sociodemográficas e profissionais, observamos a existência de diferenças, estatisticamente significativas, entre esta dimensão e o título profissional (p= 0,002), o nível de formação/grau académico mais elevado que obteve em enfermagem (p=0,025), o tempo de exercício profissional (p= 0,002) e o tempo de exercício profissional na instituição (p=0,001). Podemos confirmar que esta mesma relação com as variáveis acima descritas se repete noutras dimensões, nomeadamente, no "Clima organizacional para a mudança", nos "Fatores do contexto organizacional" e na "Liderança", pelo que fica reforçado o caráter transversal e complementar dos diversos fatores que apresentámos na interpretação prévia destas relações.

No que concerne às variáveis nível de formação (p=0,025) e tempo de exercício profissional (p= 0,002), será de conferir suporte para estas relações, um aspeto destacado pelo Conselho Internacional de Enfermeiros (2012, p.5), que entendemos representar uma das razões para a existência destas diferenças, estatisticamente significativas. Citamos: "Os enfermeiros precisam de aprender a identificar a melhor evidência disponível, considerando as necessidades e preferências dos utilizadores dos serviços de saúde, utilizando a sua própria experiência, competências e juízo clínico quanto à viabilidade da sua utilização no contexto local". Acreditamos que qualquer um destes determinantes são profundamente

influenciados pelo tempo de exercício profissional, bem como pelo nível de qualificação académico.

Continuamos esta exploração, analisando o estudo de Pereira (2016, p.71), onde o investigador cita os resultados de Chien (2010), num estudo que pretendia avaliar as barreiras à utilização da investigação, por enfermeiros na comunidade autónoma de Hong Kong e cujos resultados vão ao encontro das diferenças que indentificámos nesta subdimensão, no sentido de que foram

> "*os enfermeiros com níveis académicos inferiores e com menos experiência clínica que percecionaram um maior número de barreiras e a níveis mais elevados. Enfermeiros iniciados (novice), especialmente aqueles com diploma ou grau académico associado, apresentavam maiores constrangimentos de tempo e competências de investigação para implementar uma PBE. Em oposição, os enfermeiros mais experientes, tendem a sobrevalorizar a PBE percecionada*." (Pereira, 2016, p.71).

Dalheim, Harthug, Nilsen e Nortvedt (2012) também descrevem que a idade, tempo de exercício e anos decorridos após a graduação em enfermagem influenciam as barreiras auto percecionadas. Ou seja, o tempo de exercício e os anos decorridos após a formação inicial em enfermagem e, finalmente, uma maior experiência, em que a partilha de opiniões, com base na interação pessoal, se sobrepõe ao acesso e à utilização de evidências para suportar a prática, poderão representar o conjunto de condições que tendem a tornar menos positiva a perceção dos profissionais, face ao suporte organizacional e à mudança.

Concluímos esta reflexão, analisando as relações estudadas entre as variáveis em estudo, verificando, na dimensão "Clima Organizacional para a Mudança", a existência de diferenças estatisticamente significativas, apenas nas variáveis profissionais, o tempo de exercício profissional (p=0,005) e o tempo de exercício profissional na instituição (p=0,015). Temos conquistado saberes que nos permitem afirmar que esta matriz de causalidades para a relação observada tenderá a ser multifatorial, onde, mais uma vez, a variável tempo se reveste de determinantes como a experiência profissional, favorecendo a confiança e segurança no exercício profissional, mas também o sentido crítico, o espírito de equipa, a motivação, a responsabilidade profissional. Por outro lado, já o repetimos, a influência desta variável temporal apenas confirma que a relação entre as condições dificultadoras e/ou facilitadoras, presentes no contexto organizacional, são dinâmicas e sujeitas a alterações, pela evolução natural do tempo (Lau et al., (2016).

3. Um traçado do conhecimento para a Preparação Organizacional

O desenvolvimento deste estudo teve por base a questão de partida: "Qual é a preparação organizacional de um hospital da Região Autónoma dos Açores, para suportar a translação do conhecimento e a sua incorporação na prática clínica da enfermagem?", a partir da qual emergiu o seguinte objetivo geral: Avaliar a preparação organizacional para suportar a translação do conhecimento e a sua incorporação na prática clínica da enfermagem.

Este estudo teve como finalidade realizar um diagnóstico de situação, de caráter organizacional, na área da enfermagem, que passava por conhecer a perceção dos enfermeiros sobre a cultura organizacional de um hospital da RAA, em relação à translação do conhecimento e a incorporação da inovação na prática clínica.

O caminho que foi percorrido permitiu agregar a distribuição dos participantes, em relação à avaliação, sobre a preparação da organização hospitalar em estudo, no processo de translação do conhecimento e a sua incorporação na prática clínica. Verificámos que a perceção dos enfermeiros sobre este processo é marginalmente positiva, acumulando o grupo com perceção positiva 52 % dos participantes, contra os 48% dos participantes que detêm uma perceção negativa da preparação organizacional para a translação do conhecimento. Embora, objetivamente, represente um resultado positivo, a margem é mínima, materializada pelos dados obtidos nesta amostra.

Não nos é possível avançar comparações ou analisar mudanças ocorridas entre este momento ou outro, tendo em conta a particularidade de que este diagnóstico de situação é inaugural na organização hospitalar em estudo, como também é inaugural em Portugal. Dito isto, e tendo em conta o caráter exploratório do estudo, cabe-nos apresentar que a incidência da distribuição destes 2 grupos (perceção positiva e perceção negativa) descreveu diferenças, de acordo com algumas das variáveis em estudo, em exclusivo as variáveis "área de especialização" (p=0,039), "tempo de exercício profissional" (p=0,011) e "tempo de exercício profissional na instituição" (p=0,003). Nesta medida, as mesmas considerações poderão servir de suporte à nossa interpretação destes resultados; no entanto, o cariz dinâmico de estudo da evidência, que tentámos imprimir durante a realização deste

trabalho, possibilitou a exposição de outras evidências capazes de enriquecer a discussão dos resultados acima descritos.

Muito recentemente, Jessani, Kennedy e Bennett (2017) e Shafaghat et al., (2021) apresentaram,como facilitadores para a gestão da evidência, um conjunto de domínios, onde estavam incluídos a experência profissional, para além de aspetos financeiros, tempo, cultura de trabalho, "*networks*", entre outros. Embora mais tarde, mas em complementariedade com o trabalho anteriormente referido, Lau et al., (2016) defendem que as atitudes e crenças, perante a implementação da mudança, são moldadas e sujeitas à experiência profissional, dedicação e treino, aspetos considerados tanto como facilitadores ou dificultadores para a implementação de mudanças. Ou seja, a literatura consultada parece sugerir que a experiência profissional, decorrente do tempo de exercício profissional, assume-se como um dos determinantes capazes de garantir a integração da melhor evidência disponível, logo a mudança, o que se alinha com os resultados obtidos em relação à associação entre a perceção dos participantes e o tempo de exercício profissional.

Pereira, (2016, p.80) volta a referir que

> "*no que concerne à idade, os enfermeiros mais jovens e com menor experiência percecionam um maior número de barreiras e a um nível mais elevado, paralelamente, os enfermeiros mais experientes tendem a sobrevalorizar a PBE percecionada (Chien, 2010). Um outro estudo também alude à influência da idade, do tempo de exercício e anos decorridos após a graduação inicial em enfermagem como fatores que influenciam o uso de fontes de conhecimento e as barreiras auto percecionadas* (Dalheim et al., 2012)".

Pareceu-nos bastante representativo e pertinente um estudo longitudinal com 2434 enfermeiros, em que os investigadores observaram que a atitude dos enfermeiros permanecia inalterada ou estável durante os primeiros 5 anos de prática profissional. Curiosamente, cerca de 50% dos recém formados, raramente ou nunca, formularam uma questão para pesquisar sobre novas evidências, e cerca de um terço, raramente ou nunca, mudaram a sua prática, através da implementação de evidência recente (Rudman, Gustavsson, Ehrenberg, Boström, & Wallin, 2012).

Ainda, nesta análise sobre a variável tempo, a literatura sobre a PBE estabelece a relação com a experiência do profissional, e a sua importância na adoção destas mudanças. Neste sentido, Renolen & Hjälmhult, (2015) referem que os enfermeiros necessitam de confiar naquilo que fazem e que, aparentemente, confiam mais na sua própria experiência do que na investigação. Pearson et al. (2005) , responsáveis pelo desenvolvimento do modelo de PBE na saúde, não deixam de referir que uma das fontes da evidência inclui a experiência,

reforçando que o debate em curso sobre a natureza da prática baseada na evidência, em todas as profissões na área da saúde, é influenciado pela experiência dos profissionais na sua prática diária (Pearson et al., 2005).

Continuamos, voltando a citar Pearson et al. (2012) que complementam referindo que o entendimento da JBI sobre a PBE é que os profissionais de saúde utilizarão a evidência produzida pela investigação em conjunto com o contexto dos cuidados, os valores e preferências do cliente e a experiência, perícia e juízo clínico do profissional de saúde. Também a OMS, na definição da estratégia para a gestão do conhecimento (WHO, 2005), reforça o seguinte princípio, o que, no nosso entende, estabelece uma relação com as considerações que temos vindo a desenvolver. O princípio de *Learning by doing*, ou seja, a gestão do conhecimento, deve evoluir com a experiência e *expertise* de cada um dos parceiros e outros.

Concordamos, igualmente, com as interpretações de Kang (2016), que reúne pontos importantes, apontando que as evidências em que baseamos a nossa prática clínica podem não ser algo obtido externamente, mas algo que tem origem na nossa própria experiência ou crenças, algo desatualizado, ou algo cuja qualidade não tenha sido submetida a uma avaliação independente pelos pares. Este dado torna evidente que "o método associado a uma prática clínica baseada na evidência estrutura-se em torno de processos de tomada de decisão sempre complexos, considerando os recursos, a experiência clínica e os valores das pessoas" (Pereira, 2016, p.81-82). Ou seja, os profissionais desenvolvem o seu exercício profissional de acordo com o seu juízo clínico e experiência clínica, conquistada nos contextos clínicos, na leitura de livros e revistas científicas, participando em congressos e sujeitos aos seus valores pessoais. É usual confiar na experiência dos colegas mais velhos e sábios. Na prática diária, quase sempre, não é dado espaço ou oportunidade para perguntar se existe outra ou melhor opção no cuidado ao nosso paciente.

Embora no nosso estudo não tenha sido possível estabelecer associações entre a incidência da perceção dos participantes em relação ao processo de translação do conhecimento e as restantes variáveis em estudo, sociodemográficas e profissionais, comentamos os resultados de Pittman et al. (2019) que entendem que as características sociodemográficas e profissionais dos enfermeiros (idade, título profissional e função) estão associadas a atributos contextuais (e.g. cultura e suporte da gestão) e deverão ser consideradas na preparação organizacional para a translação do conhecimento.

Estes resultados condicionam que é necessário o desenvolvimento de uma parceria com a equipa, com uma abordagem que seja sensível a estas características demográficas (Pittman et al., 2019). Também Pereira (2016, p.78) reuniu consenso em redor de algumas conclusões associadas a uma atitude positiva face à PBE, nomeadamente, "…deter formação superior e pós-graduada (Kajermo et al., 2008), (…) exercer funções num patamar hierárquico mais elevado, nomeadamente, no âmbito da gestão e liderança (Yip et al., 2013), em detrimento da prática clínica (González-Torrente et al., 2012)". Kaplan et al., (2014) também conseguiram estabelecer uma relação positiva entre a implementação de uma PBE e o nível de formação (p=0,001). Ou seja, níveis de formação mais elevados traduziram-se em resultados mais elevados na avaliação da implementação de uma PBE. Mas reforçaram que, na enfermagem, o tempo de experiência profissional pode influenciar a adoção de uma PBE. Não encontraram outras diferenças estatisticamente significativas, o que os investigadores atribuíram a fatores tais como, tempo limitado, baixo nível de conhecimento sobre a PBE e barreiras organizacionais (Brown, Wickline, Ecoff & Glaser, 2008; Koehn & Lehman, 2008).

Concluímos a análise e discussão deste estudo, assinalando que procurámos traçar um caminho pautado pelo consenso em relação ao processo de translação do conhecimento nas organizações de saúde e quais as determinantes que devem ser analisadas na consecução deste objetivo. Para além do contexto individual, acima de tudo, ganha dimensão o papel preponderante do contexto organizacional, aos mais variados níveis.

CONCLUSÃO

Este estudo de investigação pretendia realizar um diagnóstico de situação sobre o nível de preparação organizacional de um hospital da RAA, para a incorporação de novos conhecimentos e da inovação nos processos inerentes à prática clínica da enfermagem.

Este objetivo decorre do valor do conhecimento no domínio da saúde e da colisão entre esse conhecimento e a prática, traduzindo uma lacuna entre o que o sistema de saúde deve oferecer e o que realmente oferece ao consumidor de cuidados de saúde.

A preparação organizacional para a translação do conhecimento cresce na comunidade científica como um percursor fundamental para reduzir esta lacuna, premissa que foi reconhecida pela comunidade científica da enfermagem portuguesa, investindo e promovendo a investigação nesta área, inserindo-se este estudo num contributo para a validação futura do instrumento OR4KT para a realidade portuguesa, e que, no seu todo, permitiu alcançar os objetivos de investigação definidos.

Na síntese dos resultados apresentados, identificamos dois aspetos essencias, ambos com caráter positivo. O primeiro diz respeito ao retrato do contexto organizacional onde foi desenvolvido o estudo, que nos permite anunciar como tendo um bom nível de preparação organizacional para implementar mudanças.

O segundo resultado a destacar advém, naturalmente, do anúncio anterior, onde podemos descrever a perceção dos enfermeiros sobre a cultura organizacional para a translação do conhecimento como positiva, considerando que uma maioria dos enfermeiros detém uma perceção positiva sobre este processo.

O caráter inaugural da natureza deste estudo, em Portugal, representando o primeiro com estes contornos e com uma versão teste Portuguesa do OR4KT, permitiu trazer a descoberto elementos novos, onde, à luz dos resultados obtidos, observámos uma valorização dos participantes sobre a dimensão do "Clima organizacional para a mudança" e a dimensão dos "Fatores do contexto organizacional", que acumulam, por ordem sequencial, os dois resultados mais elevados. Estes dados decorrem da significativa perceção positiva dos enfermeiros em relação à coesão da equipa e à disponibilidade para inovar e/ou

experimentar, para melhorar a efetividade dos cuidados e os procedimentos clínicos, embora, no que diz respeito à cultura organizacional para a mudança, tenha sido bastante expressiva a falta de apoio necessário em termos de formação, com cerca de 50 % dos participantes a manifestarem esta carência.

Fazendo a mesma analogia, as duas dimensões que totalizaram as classificações mais baixas foram a "Liderança", que acumulou o pior resultado, seguido da "Motivação", onde observámos, nas respostas dos participantes, um significativo grau de neutralidade na grande maioria dos itens que compõem estas duas dimensões.

A mesma tendência de respostas neutrais também foi observada na dimensão do "Suporte organizacional", acumulando as maiores frequências, observadas em todo o instrumento, com vários itens reunindo cerca de 60% das respostas.

Confere-se que, nestas três dimensões, liderança, motivação e suporte organizacional, podemos sugerir a presença de dificuldades ou necessidades no processo estratégico de planeamento, no nível de envolvimento adequado dos profissionais e na monitorização/avaliação e feedback.

Verificámos uma série de correlações entre as diversas subescalas e a escala total e algumas das variáveis profissionais, confirmando alguns dos achados na literatura, mas também destacando-se outros, não confirmados pela evidência consultada.

Nesta sucessão de correlações, anunciamos a existência de resultados estatisticamente significativos entre o tempo de exercício profissional e o tempo de exercício profissional na instituição, em quatro das seis subdimensões. Também com maior número de relações com significância estatística, observamos a liderança, acumulando esta relação com cinco das oito variáveis profissionais.

Relativamente à escala total, os resultados com diferenças estatisticamente significativas alinharam-se na relação com o título profissional, o tempo de exercício profissional e o tempo de exercício profissional na instituição. Estes dados permitiram confirmar as hipóteses formuladas neste estudo. Surpreendentemente, não verificamos a existência de diferenças, estatisticamente significativas, com as variáveis sociodemográficas.

Quanto à perceção dos enfermeiros, relativamente ao processo de translação do conhecimento e a codificação, que optámos por estabelecer, considerando que, abaixo do valor médio de cada dimensão, a perceção dos enfermeiros será negativa, sendo positiva, quando for acima do valor médio da dimensão avaliada, em síntese, predomina o grupo com

perceção positiva, acumulando 52% dos participantes, contra os 48% com perceção negativa. É de salientar que observamos o comportamento oposto, quando se verificam os resultados na dimensão da liderança, onde 52% dos participantes têm uma perceção negativa desta dimensão, contra os 48% dos participantes que partilham uma perceção positiva da liderança, o que traduz, naturalmente, os resultados já apresentados.

Mais uma vez, assistimos à existência de diferenças estatisticamente significativas na associação entre estes dois grupos e o tempo de exercício profissional e o tempo de exercício profissional na instituição, o que não surpreende, tendo em conta as relações que já foram sintetizadas nos parágrafos anteriores.

Tivemos oportunidade de referir, durante a discussão deste trabalho, que esta constância de resultados, relacionados com a influência da variável temporal, reforça a evidência de que a relação entre as condições dificultadoras e/ou facilitadoras, presentes no contexto organizacional, são dinâmicas e sujeitas a alterações pela evolução natural do tempo. De igual modo, nesta matriz de causalidades multifactoriais, devem ser considerados os recursos, a experiência clínica e os valores dos profissionais.

Em síntese, este diagnóstico de situação de cariz organizacional e centrado na enfermagem permitiu observar uma rede multidimensional, dinâmica e complexa, onde são determinantes, para uma prática baseada em evidências, o clima organizacional, os fatores do contexto organizacional, o conteúdo da mudança, a liderança, o suporte organizacional e a motivação. Mais do que considerá-los individualmente, é fundamental reconhecer o caráter sistémico e integrado dos vários elos que, acima de tudo, complementam e influenciam-se mutuamente, tornando cada organização única.

Nesta reflexão, confirma-se que a liderança e a liderança na enfermagem se assume como significativa nos processos de mudança e na implementação da melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem, promovendo um ambiente de trabalho que implique a equipa na utilização dos resultados da investigação produzida. Tão importante será a responsabilidade do enfermeiro gestor, na promoção e manutenção da coesão, do espírito de equipa e de um ambiente de trabalho saudável, onde o envolvimento e o empoderamento dos profissionais se alinham com uma liderança transformacional, considerada pela literatura como preditora de qualidade de cuidados nas organizações de saúde e que, não sendo a regra, deve, no entanto, formar uma referência para guiar os comportamentos de liderança nas organizações.

Sendo cada vez mais complexa, a liderança das equipas de enfermagem emerge da necessidade de desenvolvimento das competências de liderança nas equipas, mas também da responsabilização das organizações no desenvolvimento destas competências nos seus líderes, nomeadamente, nas competências relacionadas com o desenvolvimento de planeamento estratégico e elaboração de planos de intervenção e projetos setoriais, bem como no desenvolvimento de competências relacionadas com metodologias de avaliação e medição de resultados e monitorização de indicadores, áreas de cariz formativo, pedagógico e corretivo, que os participantes classificaram como menos positivo.

Por outro lado, de acordo com os resultados deste estudo, apresentámos algumas das condições consideradas facilitadoras ou dificultadoras do processo de implementação de mudanças na organização, que, embora nunca devam ser considerados de forma isolada, será de referir que são o suporte organizacional que constitui um catalizador para futuros esforços da organização, dirigidos às necessidades de formação dos profissionais e à disponibilidade de recursos, sejam eles humanos, físicos, administrativos, financeiros, temporais, técnicos, entre outros, todos afigurando-se como facilitadores e/ou como dificultadores para a implementação de mudanças.

Confrontados com as realidades descritas, fará sentido reconhecermos a necessidade de incluir, no futuro, uma proposta/projeto de intervenções formativas, capazes de ir ao encontro das necessidades reportadas, capacitando os enfermeiros relativamente à dinâmica da PBE e capacitando as lideranças na enfermagem para a conceção e implementação de projetos e programas na área da qualidade, tendo em vista as melhores práticas profissionais nas equipas que lideram.

Gostaríamos, também, de problematizar que as implicações para o futuro, decorrentes dos conhecimentos adquiridos e das consequências dos resultados desta investigação, são com certeza, difíceis de predizer. No entanto, parece claro que a evolução das necessidades dos cidadãos em cuidados de saúde devem representar um papel fundamental no futuro para a saúde e devem constituir a alavanca às mudanças nos sistemas de fornecimento de cuidados. Para acompanhar estas mudanças, é necessário que as organizações de saúde e os seus profissionais desenvolvam esforços, no sentido de potenciar a oferta de cuidados de saúde assente na evidência.

Impõe-se, no futuro, uma nova abordagem, que deve passar não só pela formulação de políticas que promovam um clima organizacional para a mudança, mas também é necessário encontrar processos de trabalho que possam suportar gestores e profissionais, na inovação

para a melhoria contínua dos cuidados ao cliente. De outra forma, continuar-se-á a assistir a uma separação entre o conhecimento e a prática. Neste sentido, é necessário que os profissionais de saúde se envolvam e se sintam como agentes de mudança, para que se caminhe para a melhoria da qualidade das respostas em saúde e para o aumento da satisfação dos cidadãos.

Naturalmente que se espera que este trabalho possa imprimir alguma dinâmica no contexto organizacional onde foi realizado, nomeadamente, na construção de um suporte estrutural para a definição de intervenções personalizadas e dirigidas para contextos específicos, visando a promoção e dinamização de uma PBE entre os profissionais de saúde, sobretudo dos enfermeiros, o que se configura como um desafio constante, quer para os profissionais quer para as organizações.

Terminamos com a consciência de que este percurso de investigação, embora desenvolvido num contexto conturbado, quer ao nível individual, quer organizacional, possibilitou o alcance, modesto, dos objetivos definidos. Porém, o dever não parece cumprido, na medida em que resta a inquietação, ou melhor, o sentido de obrigação de algo fazer com a informação recolhida…

Não poderia terminar este relatório sem tecer algumas considerações relacionadas com um conjunto de limitações, a vários níveis, que poderão ter condicionado o estudo.

As considerações iniciais são dedicadas, em exclusivo, às repercussões negativas, no mínimo, ao nível social, organizacional e individual, cujo peso terá que ser considerado, tendo em conta que o desenvolvimento e recolha dos dados decorreu em plena crise sanitária. Para além dos constrangimentos pessoais e profissionais, todo o contexto organizacional e humano da instituição hospitalar vivia intensos momentos de ajustamento e desajustamento, de conflitos intrapessoais e interpessoais pelas mudanças constantes e necessária capacidade de resposta às mesmas, para além do sofrimento, da incerteza, do desconhecido e da apreensão que continua a dominar nas organizações hospitalares. É certo que existiu muito sentido de missão e compromisso com a importância de nós, profissionais de saúde, termos que responder a esta chamada geral.

O momento para a entrega do instrumento de colheita de dados foi um momento particularmente difícil, tendo em conta o cenário descrito, em que o planeamento da sua entrega não foi linear. Nesse momento, não existiam casos ativos na Ilha, muito menos, doentes internados por infeção a Covid-19; no entanto, foram várias as vozes que não consideraram pertinente a realização deste estudo, prevalecendo apenas o meu desejo

pessoal e o meu compromisso académico. Este cenário pode implicar risco de enviesamento dos resultados.

Embora guiados pelo princípio da representatividade dos resultados, se aspirasse ampliar a amostra deste estudo às restantes organizações hospitalares que completam a rede de cuidados hospitalares na RAA, esta limitação pandémica e não geográfica condicionou tamanha aspiração.

Será importante reconhecer que, tendo em conta o desenho de investigação deste estudo, do tipo descritivo, estudo de caso, e tratando-se de um primeiro estudo desta natureza em Portugal, utilizando o instrumento OR4KT, numa versão teste, sentimos algumas dificuldades na interpretação dos resultados obtidos, já que foi bastante limitada a comparação com outros estudos análogos, bem como o estudo das mudanças suscetíveis de se terem produzido ao longo do tempo.

Ao nível das limitações relacionadas com as opções metodológicas, é de referir o desenho do estudo, transversal, o que apenas nos possibilitou fazer um diagnóstico de situação e o tipo de amostragem, por conveniência, condição limitativa para a generalização dos resultados, tendo em conta que não dá, a todos os elementos da população, a mesma possibilidade de ser escolhido para formar a amostra (Fortin et al., 2009).

Última consideração, atribuída ao instrumento de colheita de dados que, para além de estar em formato de formulário, é longo, acumulando 71 perguntas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Aarons, G. A., Ehrhart, M. G., Farahnak, L. R., & Hurlburt, M. S. (2015). Leadership and organizational change for implementation (LOCI): A randomized mixed method pilot study of a leadership and organization development intervention for evidence-based practice implementation. *Implementation Science*, *10*(1). https://doi.org/10.1186/s13012-014-0192-y

Aarons, G. A., Ehrhart, M. G., Moullin, J. C., Torres, E. M., & Green, A. E. (2017). Testing the leadership and organizational change for implementation (LOCI) intervention in substance abuse treatment: A cluster randomized trial study protocol. *Implementation Science*, *12*(1), 1–12. https://doi.org/10.1186/s13012-017-0562-3

Aiken, L. H., Clarke, S. P., Sloane, D. M., Julie, A., Busse, R., Clarke, H., … Shamian, J. (2001). *Nurses ' Reports On*.

Allen, J. D., Towne, S. J. D., Maxwell, A. E., Dimartino, L., Leyva, B., Bowen, D. J., … Weiner, B. J. (2017). Meausures of organizational characteristics associated with adoption and/or implementation of innovations: A systematic review. *BMC Health Services Research*, *17*(1), 1–10. https://doi.org/10.1186/s12913-017-2459-x

Alves, J. (1995). *A liderança em enfermagem: os enfermeiros chefes como líderes (Tese de Mestrado)*. Universidade Católica Portuguesa.

Apóstolo, J. L. A. (2017). *Síntese da evidência no contexto da translação da ciência* (E. S. de E. de Coimbra, Ed.). Coimbra.

Attieh, R., Gagnon, M. P., Estabrooks, C. A., Légaré, F., Ouimet, M., Vazquez, P., & Nuño, R. (2014). Organizational readiness for knowledge translation in chronic care: A Delphi study. *BMC Health Services Research*, *14*(1), 1–9. https://doi.org/10.1186/s12913-014-0534-0

Bass, B. M. (1990). *Bass&Stogdill`s Handbook of Leadership: Theory, Research and Managerial Applications* (Third Edit). New York: The Free Press.

Beaton, D. E., Bombardier, C., Guillemin, F., & Ferraz, M. B. (2000). Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. *Spine*, *25*(24), 3186–3191. https://doi.org/10.1097/00007632-200012150-00014

Beer, M., Nohria, N. (2000). Cracking the code of change. *Harvard Bus Rev*, (May-June), 133–141.

Borralho, C. (2018). *Sistemas de Planeamento e Controlo de Gestão* (L. Edições Sílabo, Ed.). Lisboa.

Brown, C. E., Wickline, M. A., Ecoff, L., & Glaser, D. (2008). Nursing practice, knowledge, attitudes and perceived barriers to evidencebased practice at an academicmedical center. *Journal of Advanced Nursing*, *65*(2), 371–381.

Camargo, F. C., Iwamoto, H. H., Galvão, C. M., Monteiro, D. A. T., Goulart, M. B., & Garcia, L. A. A. (2017). Modelos para a implementação da prática baseada em evidências na enfermagem hospitalar: Revisão narrativa. *Texto e Contexto Enfermagem*, *26*(4), 1–12. https://doi.org/10.1590/0104-07072017002070017

Carvalho, M. J. (2013). *Gestão em Saúde em Portugal - Uma década perdida* (V. Económica, Ed.). Porto.

Chiavenato, I. (1998). *Teoria Geral da Administração* (5ª Edição; Brasil Editora, Ed.). São paulo.

Chiavenato, I. (1999). *Administração dos novos tempos* (M. Brooks, Ed.). São Paulo.
Coetsee, L. (1999). FROM RESISTANCE TO COMMITMENT. *Public Adm Q.*, *23*(2), 204–222.

Conselho da União Europeia. (2009). RECOMENDAÇÃO DO CONSELHO de 9 de Junho de 2009 sobre a segurança dos pacientes, incluindo a prevenção e o controlo de infecções associadas aos cuidados de saúde. *Official Journal of the European Union*, *C*(151), 1–6. Retrieved from https://eur-lex.europa.eu/legal-content/PT/TXT/PDF/?uri=CELEX:32009H0703(01)&from=en

Conselho Internacional de Enfermeiros. (2012). Combater a desigualdade : da evidência à ação. In *Ordem dos Enfermeiros*. Retrieved from http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/IND Kit 2012 FINAL Portugu?s_VFinal_correto.pdf

Cowden, T., Cummings, G., & Profetto-Mcgrath, J. (2011). Leadership practices and staff nurses' intent to stay: A systematic review. *Journal of Nursing Management*, *19*(4), 461–477. https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2011.01209.x
Dalheim, A., Harthug, S., Nilsen, R. M., & Nortvedt, M. W. (2012). Factors influencing the development of evidence-based practice among nurses: a self-report

survey. *BMC Health Services Research*, *12*(1), 367. https://doi.org/10.1186/1472-6963-12-367

Ferreira, J. M. C., Neves, J., & Caetano, A. (2011). *Manual de Psicossociologia das Organizações* (E. Editora, Ed.). Lisboa.

Fischer, S., Horak, D., & Kelly, L. (2018). Decisional involvement: Differences related to nurse characteristics, role, and shared leadership participation. *Journal of Nursing Care Quality*, *33*(4), 354–360.

Fortin, M.-F., Côté, J., & Filion, F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação* (Lusodidact). Loures.

FRANCO, L. M. (2002). Health sector reform and public sector health worker motivation: a conceptual framework. *Social Science & Medicine*, *54*.

Gagnon, M. P., Attieh, R., Dunn, S., Grandes, G., Bully, P., Estabrooks, C. A., … Ouimet, M. (2018). Development and content validation of a transcultural instrument to assess organizational readiness for knowledge translation in healthcare organizations: The OR4KT. *International Journal of Health Policy and Management*, *7*(9), 791–797. https://doi.org/10.15171/ijhpm.2018.17

Gagnon, M. P., Attieh, R., Dunn, S., Grandes, G., Bully, P., Estabrooks, C. A., … Ouimet, M. (2019). Future directions for the organizational readiness for knowledge translation (Or4kt) tool: Response to recent commentaries. *International Journal of Health Policy and Management*, *8*(5), 315–316. https://doi.org/10.15171/ijhpm.2019.03

Gagnon, M. P., Attieh, R., Ghandour, E. K., Légaré, F., Ouimet, M., Estabrooks, C. A., & Grimshaw, J. (2014). A systematic review of instruments to assess organizational readiness for knowledge translation in health care. *PLoS ONE*, *9*(12), 1–32. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0114338

Gagnon, M. P., Labarthe, J., Légaré, F., Ouimet, M., Estabrooks, C. A., Roch, G., … Grimshaw, J. (2011). Measuring organizational readiness for knowledge translation in chronic care. *Implementation Science*, *6*(1), 1–10. https://doi.org/10.1186/1748-5908-6-72

González-Torrente, S., Pericas-Beltrán, J., Bennasar-Veny, M., Adrover-Barceló, R., Morales-Asencio, J. M., & De Pedro-Gámez, J. (2012). Perception of evidence-based practice and the professional environment of Primary Health Care nurses in the

Spanish context: A cross-sectional study. *BMC Health Services Research*, *12*(1). https://doi.org/10.1186/1472-6963-12-227

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? *The Journal of Continuing Education in the Health Professions*, *26*(1), 13–24. https://doi.org/10.1002/chp.47

Grandes, G., Bully, P., Martinez, C., & Gagnon, M. P. (2017). Validity and reliability of the Spanish version of the Organizational Readiness for Knowledge Translation (OR4KT) questionnaire. *Implementation Science*, *12*(1), 1–11. https://doi.org/10.1186/s13012-017-0664-y

GRINDLE, M. S. (1997). Divergent cultures? When public organizations perform well in developing countries. *World Development*.

Guba, E. g., & Lincoln, Y. S. (1994). *Competing Paradigms in Qualitative Research.pdf* (pp. 734–742). pp. 734–742.

Gwinn, B. R., & Seidman, J. (2004). The Ix Evidence Base: Using information therapy to cross the quality chasm. *Center for Information Therapy*, 1–17.

Holt, D. T., Armenakis, A. A., Feild, H. S., & Harris, S. G. (2007). Readiness for organizational change: The systematic development of a scale. *Journal of Applied Behavioral Science*, *43*(2), 232–255. https://doi.org/10.1177/0021886306295295

Jessani, N., Kennedy, C., & Bennett, S. (2017). Enhancing evidence-informed decision making: Strategies for engagement between public health faculty and policymakers in Kenya. *Evidence and Policy*, *13*(2), 225–253. https://doi.org/10.1332/174426416X14595114153349

Jordan, Z., Lockwood, C., Munn, Z., & Aromataris, E. (2018). Redeveloping the JBI model of evidence based healthcare. *International Journal of Evidence-Based Healthcare*, *16*(4), 227–241. https://doi.org/10.1097/XEB.0000000000000139

Jordan, Z., Lockwood, C., Munn, Z., & Aromataris, E. (2019). The updated Joanna Briggs Institute Model of Evidence-Based Healthcare. *International Journal of Evidence-Based Healthcare*, *17*(1), 58–71. https://doi.org/10.1097/XEB.0000000000000155

Junqueira, M. G. C. A. (2006). *Liderança do Enfermeiro Chefe e Motivação dos Enfermeiros Subordinados (Tese de Mestrado)*. Universidade de Aveiro.

Jylhä, V., Oikarainen, A., Perälä, M.-L., & Holopainen, A. (2017). Facilitating evidence-based practice in nursing and midwifery in the WHO European Region. *World Health Organization*, 1–34. Retrieved from http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0017/348020/WH06_EBP_report_complete.pdf?ua=1

Kajermo, K., Undén, M., Gardulf, A., Eriksson, L., Orton, M. L., Arnetz, B., & Nordström, G. (2008). Predictors of nurses' perceptions of barriers to research utilization. *Journal of Nursing Management*, *16*, 305–314.

Kang, H. (2016). How to understand and conduct evidence-based medicine. *Korean Journal of Anesthesiology*, *69*(5), 435–445. https://doi.org/10.4097/kjae.2016.69.5.435

Kaplan, L., Zeller, E., Damitio, D., Culbert, S., & Bayley, K. B. (2014). Improving the culture of evidence-based practice at a magnet® hospital. *Journal for Nurses in Professional Development*, *30*(6), 274–280. https://doi.org/10.1097/NND.0000000000000089

Khan, S., Timmings, C., Moore, J. E., Marquez, C., Pyka, K., Gheihman, G., & Straus, S. E. (2014). The development of an online decision support tool for organizational readiness for change. *Implementation Science*, *9*(1), 1–7. https://doi.org/10.1186/1748-5908-9-56

Kitson, A. L., Rycroft-Malone, J., Harvey, G., McCormack, B., Seers, K., & Titchen, A. (2008). Evaluating the successful implementation of evidence into practice using the PARiHS framework: Theoretical and practical challenges. *Implementation Science*, *3*(1), 1–12. https://doi.org/10.1186/1748-5908-3-1

Koehn, M. L., & Lehman, K. (2008). Nurses' perceptions of evidencebased nursing practice. *Journal of Advanced Nursing*, *62*(2), 209–215.

Lau, R., Stevenson, F., Ong, B. N., Dziedzic, K., Treweek, S., Eldridge, S., … Murray, E. (2016). Achieving change in primary care-causes of the evidence to practice gap: Systematic reviews of reviews. *Implementation Science*, *11*(1). https://doi.org/10.1186/s13012-016-0396-4

Marôco, J. (2018). *Análise Estatística com o Spss Statistics* (7ª Edição; L. Report Number - Análise e Gestão de Informação, Ed.). Pero Pinheiro: Gráfica Manuel Barbosa & Filhos.

Marquis, B. ., & Huston, C. . (2015). *ADMINISTRAÇÃO E LIDERANÇA EM ENFERMAGEM: TEORIA E APLICAÇÃO* (8ª Edição; ArtMed, Ed.). Porto Alegre.

Martin, V., & Henderson, E. (2004). *Gestão de Unidades de Saúde e de Serviços Sociais (1ªed.)* (Edição Mon). Lisboa.

Mateus, D., & Serra, S. (2017). *Gestão em Saúde: Liderança e Comportamento Organizacional para Enfermeiros Gestores* (1ª Edição; L. Lusodidacta - Soc.Port. de Material Didáctico, Ed.). Loures.

McLean, R. K. D., Graham, I. D., Tetroe, J. M., & Volmink, J. A. (2018). Translating research into action: An international study of the role of research funders. *Health Research Policy and Systems*, *16*(1), 1–16. https://doi.org/10.1186/s12961-018-0316-y

Meirinhos, V., & Rodrigues, A. C. (2014). *Gestão e desenvolvimento de recursos humanos - Tendências e boas práticas* (V. Económica, Ed.). Porto.

MELEIS, A. I. (2005). Theoretical Nursing: Development and Progress. In *Philadelphia: 3ª Ed., Lippincott Williams & Wilkins*.

Melnyk, B. M., Gallagher-Ford, L., Long, L. E., & Fineout-Overholt, E. (2014). The Establishment of Evidence-Based Practice Competencies for Practicing Registered Nurses and Advanced Practice Nurses in Real-World Clinical Settings : Proficiencies to Improve Healthcare Quality , Reliability , Patient Outcomes , and Costs. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, (11(1)), 5–15. https://doi.org/10.1111/wvn.12021

Mesquita, C. (2012). *O Planeamento Estratégico nos Hospitais Portugueses num contexto de austeridade: o caso particular dos Hospitais E.P.E.* Instituto Superior de Contabilidade e Administração do Porto.

Miguel, A., Rocha, A., & Rohrich, O. (2014). *Gestão Emocional de Equipas em Ambiente de Projeto* (5ª Edição; L. FCA – Editora de Informática, Ed.). Lisboa.

Ministério da Saúde. Direcção-Geral da Saúde. (2015). Plano Nacional de Saúde: revisão e extensão a 2020. *Direção Geral Da Saúde*, 38.

Moreno-Monsiváis, M. G. (2019). Practice based on scientific evidence as the foundation of clinical practice. *Aquichan*, *19*(3), 1–5. https://doi.org/10.5294/aqui.2019.19.3.1

Mota de Sousa, L. M., Furtado Firmino, C., Alves Marques-Vieira, C. M., Silva Pedro Severino, S., & Castelão Figueira Carlos Pestana, H. (2018). Revisões da literatura científica: tipos, métodos e aplicações em enfermagem. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, *1*(1), 45–55.

https://doi.org/10.33194/rper.2018.v1.n1.07.4391

Murray, S., Magill, J., & Pinfold, M. (2012). Transforming culture in the critical care environment - the building block of the journey. *International Practice Development Journal*, *2*(1), 1–11.

Nilsen, P., Schildmeijer, K., Ericsson, C., Seing, I., & Birken, S. (2019). Implementation of change in health care in Sweden: A qualitative study of professionals' change responses. *Implementation Science*, *14*(1), 1–12. https://doi.org/10.1186/s13012-019-0902-6

Nuño-Solinís, R. (2018). Are healthcare organizations ready for change?: Comment on "development and content validation of a transcultural instrument to assess organizational readiness for knowledge translation in healthcare organizations: The OR4KT." *International Journal of Health Policy and Management*, *7*(12), 1158–1160. https://doi.org/10.15171/ijhpm.2018.95

Oborn, E., Barrett, M., Prince, K., & Racko, G. (2013). Balancing exploration and exploitation in transferring research into practice: A comparison of five knowledge translation entity archetypes. *Implementation Science*, *8*(1), 1–20. https://doi.org/10.1186/1748-5908-8-104

OMS. (2005). The WHO World Alliance for Patient Safety. In *Drug Safety* (Vol. 28). https://doi.org/10.2165/00002018-200528050-00002

OMS. (2015). *para o fortalecimento da Enfermagem e Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica em relação às metas de Saúde 2020*.

Ordem dos Enfermeiros. (2012, September). Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem - Enquadramento conceptual - Enunciados descritivos. *Divulgar*.

Pearson, A., Faag, R. N., Wiechula, R., Ba, R. N., Mnsc, B. N., Court, A., … Bn, R. N. (2005). *{<}JB EVIDENCE-BASED HEALTHCARE MODEL.pdf{>}*. 207–215.

Pearson, A., Jordan, Z., & Munn, Z. (2012). Translational Science and Evidence-Based Healthcare: A Clarification and Reconceptualization of How Knowledge Is Generated and Used in Healthcare. *Nursing Research and Practice*, *2012*, 1–6. https://doi.org/10.1155/2012/792519

Pereira, C. M. da C., Bem-haja, I. M. S., Ferreira, M. M. F., & Rodrigues, P. M. dos S. (2008). Percepção de liderança de enfermeiros prestadores de cuidados: estudo

realizado numa unidade hospitalar de Coimbra. *Revista de Enfermagem Referência*, *II*(8), 51–58.

Pereira, F. M. S. (2006). *Informação e Qualidade do exercício profissional dos enfermeiros Estudo empírico sobre um Resumo Mínimo de Dados de Enfermagem*. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto.

PEREIRA, M. C. A., & FÁVERO, N. (2001). A motivação no trabalho da equipe de enfermagem. *Revista Latino Americana*, 7–12.

Pereira, R. P. G. (2016). *Enfermagem Baseada na Evidência: Atitudes, Barreiras e Práticas*. Universidade do Porto.

PESTANA, M. H., & GAGEIRO, J. N. (2005). *Análise de dados para ciências sociais: A complementaridade do SPSS* (4ª ed.; Edições Sílabo, Ed.). Lisboa.

Pina e Cunha, M., Rego, A., Campos e Cunha, R., Cabral-Cardoso, C., Marques, C., Gomes, J. (2010). *Manual de Gestão de Pessoas e do Capital Humano* (2ª Edição; L. Edições Sílabo, Ed.). Lisboa.

Pina e Cunha, M., & Rego, A. (2005). *Liderar*. Lisboa: Publicações Dom Quixote.

Pittman, J., Cohee, A., Storey, S., LaMothe, J., Gilbert, J., Bakoyannis, G., … Newhouse, R. (2019). A Multisite Health System Survey to Assess Organizational Context to Support Evidence-Based Practice. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, *16*(4), 271–280. https://doi.org/10.1111/wvn.12375

Porter, M. E., & Teisberg, E. O. (2006). *Redefining Health Care: Creating Value-Based Competition on Results* (H. B. S. Publishing, Ed.). Boston.

Puchalski Ritchie, L. M., & Straus, S. E. (2019). Assessing organizational readiness for change: Comment on "development content validation of a transcultural instrument to assess organizational readiness for knowledge translation in healthcare organizations: The OR4KT." *International Journal of Health Policy and Management*, *8*(1), 55–57. https://doi.org/10.15171/ijhpm.2018.101

Regina, L., Souto, F., Sperling, S., Debate, S. E. M., Pessôa, L. R., Miranda, A. S. De, … Cunha, F. (2019). *Pesquisa translacional em saúde coletiva : da bancada ao SUS*. *43*.

Reis, H., & Rodrigues, J. (2011). *Controlo de gestão: Ao encontro da eficiência* (2º Edição; E. Editora;, Ed.). Lisboa.

Renolen, Å., & Hjälmhult, E. (2015). Nurses experience of using scientific knowledge in clinical practice: A grounded theory study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, *29*(4), 633–641. https://doi.org/10.1111/scs.12191

Ribeiro, J. L. P. (2010). *Investigação e avaliação em Psicologia e Saúde* (2ª Edição; E. L. PLacebo, Ed.). Lisboa.

Robbins, B., & Davidhizar, R. (2007). Transformational Leadership in Health Care Today. *The Health Care Manager*, *26*(3), 234–239.

Rudman, A., Gustavsson, P., Ehrenberg, A., Boström, A. M., & Wallin, L. (2012). Registered nurses' evidence-based practice: A longitudinal study of the first five years after graduation. *International Journal of Nursing Studies*, *49*(12), 1494–1504. https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2012.07.007

Salter, K. L., & Kothari, A. (2016). Knowledge "Translation" as social learning: Negotiating the uptake of research-based knowledge in practice. *BMC Medical Education*, *16*(1), 1–10. https://doi.org/10.1186/s12909-016-0585-5

Seidman, J., & Eytan, T. (2008). Helping patients Plug in: Lessons in the adoption of online consumer tools. *California HealthCare Foundation*, 1–18.

Shafaghat, T., Imani Nasab, M. H., Bahrami, M. A., Kavosi, Z., Roozrokh Arshadi Montazer, M., Rahimi Zarchi, M. K., & Bastani, P. (2021). A mapping of facilitators and barriers to evidence-based management in health systems: a scoping review study. *Systematic Reviews*, *10*(1), 1–15. https://doi.org/10.1186/s13643-021-01595-8

Simões, A. L. de A., & Fávero, N. (2003). O desafio da liderança para o enfermeiro. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, *11*(5), 567–573. https://doi.org/10.1590/s0104-11692003000500002

Stocking, B. (1992). Promoting change in clinical care. *Quality in Health Care : QHC*, *1*(1), 56–60. https://doi.org/10.1136/qshc.1.1.56

Straus, S. E., Tetroe, J., & Graham, I. (2009). Defining knowledge translation. *Cmaj*, *181*(3–4), 165–168. https://doi.org/10.1503/cmaj.081229

Teixeira, S. (2017). *Gestão das Organizações* (3ª Edição; E. Editora, Ed.). Lisboa.
THOMAS, G. (1998). *Eficácia na Liderança* (Encontro, Ed.). Lisboa.

Upenieks, V. (2003). What Constitutes Effective Leadership?: Perceptions of Magnet and Nonmagnet Nurse Leaders. *Journal of Nursing Administration*, *Vol.33*(9), 456–467.

W orld H ealtH o rganization K noWledge M anageMent S trategy. (2005). *World Health*.

Weiner, B. J. (2009). A theory of organizational readiness for change. *Implementation Science*, *4*(1), 1–9. https://doi.org/10.1186/1748-5908-4-67

West, M., Armit, K., Loewenthal, L., Eckert, R., West, T., & Lee, A. (2015). Leadership and Leadership Development in Health Care: The Evidence Base. In *The Faculty of Medical Leadership and Management*. https://doi.org/10.4324/9780203567326

ANEXOS

ANEXO I – Autorização da Comissão de Ética da Instituição Hospitalar

[redacted]

Exmo. Senhor

Enfermeiro Chefe Filipe Medeiros Aguiar Rodrigues
Serviço UCIP

Vossa referência	Vossa comunicação de	Nossa referência	Angra do Heroísmo,
Nº:		Nº.: INT-[redacted]/2020/912	28-01-2020
Proc.:		Proc.:	

Assunto: **Estudo "Da melhor evidência à melhor prática: A visão de uma mudança organizacional"**

Serve o presente para informar V. Exa. que o Conselho de Administração, em reunião ordinária de 23 de janeiro de 2020, deliberou por unanimidade autorizar o estudo "Da melhor evidência à melhor prática: A visão de uma mudança organizacional", de acordo com o parecer da Comissão de Ética, em anexo.

Com os melhores cumprimentos,

Luísa Sousa Melo Alves

Presidente do Conselho de Administração

sl

[redacted]

PARECER
- Comissão de Ética para a Saúde -

PARECER

– N.º 2 /2020 –

Data: 21-01-2020

A Comissão de Ética para a Saúde do Hospital [redacted] em reunião extraordinária efetuada em 21 de janeiro de 2020, tendo recebido da Administração do Hospital [redacted] um pedido de parecer através do ofício INT-[redacted]/2019/9205, de 18-11-2019, completado com documento que nos foi enviado pelo Investigador Enfermeiro Filipe Rodrigues, por mail de 12 de janeiro de 2020, enviado ao Presidente da CE e respondendo às questões levantadas em conversa que se teve com o investigador no dia 10 de janeiro de 2020, durante a reunião ordinária realizada naquele dia, decidiu por unanimidade pronunciar-se sobre o projeto de Investigação integrado no Mestrado em Direção e Chefia de Serviços em Enfermagem da Escola Superior de Enfermagem do Porto, denominado "Da melhor evidência à melhor prática: A visão de uma mudança organizacional", decidiu por unanimidade pronunciar-se da seguinte forma:

"O Investigador pretende investigar "qual a preparação/predisposição organizacional de um Hospital da Região Autónoma dos Açores, para suportar a translação do conhecimento e a sua incorporação na prática clínica da enfermagem".

Pretende realizar diagnóstico de situação, de carácter organizacional, na área da enfermagem e a previsão de um projeto de intervenção (Planeamento em Saúde), através de estudo de caso, de carácter exploratório, descritivo-correlacional e transversal.

Irá utilizar na recolha de dados um teste/preliminar da versão portuguesa do OR4KT, distribuindo junto dos participantes um questionário em suporte papel e de autopreenchimento, contendo 59 *itens*, agrupados em 6 dimensões, num total de 24 subdimensões, que serão depois avaliados com recurso a uma escala tipo *Likert*.

Consta no processo o termo de Consentimento Informado Livre e Esclarecido, explicando o que pretende e qual os fins a que se destina, indicando o seu contacto e informando que a participação será voluntária, não implicando qualquer custo e/ou prejuízo, e garantindo a confidencialidade e o anonimato dos participantes.

Informa também que os dados recolhidos serão apenas utilizados no âmbito do estudo.

Verifica-se que o questionário não contém qualquer referência a dados pessoais, não sendo também possível identificar quem aderiu responder ao questionário.

Assim:

Não se vê qualquer inconveniente na realização do projeto de investigação suprarreferido, pelo que o mesmo poderá ser levado a efeito, caso a Administração do Hospital o venha a autorizar.

A CE do [redacted], E.P.E.R.

Daniela Maria Goulart Garcia

ANEXO II – Consentimento informado, livre e esclarecido para participação em projetos de investigação

CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM ESTUDO DE INVESTIGAÇÃO

Encontro-me a desenvolver um estudo intitulado: "***Da melhor evidência à melhor prática: A visão de uma mudança organizacional***".

Este estudo enquadra-se no âmbito do Mestrado em Direção e Chefia de Serviços em Enfermagem da Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP) realizando-se sob a orientação da Professora Doutora Maria Manuela Ferreira da Silva Martins e coorientação do Professor Doutor Rui Pedro Gomes Pereira.

A sua participação é fundamental para a sua realização e implica o autopreenchimento do seguinte formulário cujo tempo estimado de conclusão será, no mínimo, 15 minutos. Este formulário é composto por dois grupos de questões: No primeiro grupo, colocam-se um conjunto de questões agrupadas em 6 dimensões e um segundo grupo de questões relacionadas com a caracterização socioprofissional dos participantes.

Os dados a recolher pretendem fazer uma avaliação da preparação organizacional para suportar a translação do conhecimento e a sua incorporação na prática clínica da enfermagem. Pretende-se avaliar as dimensões da cultura organizacional que influenciam o processo de translação do conhecimento, na enfermagem, bem como, avaliar a perceção dos enfermeiros sobre a cultura organizacional em relação a este processo.

A participação será voluntária e não implica qualquer custo e ou prejuízo, sendo garantida a confidencialidade e o anonimato dos participantes, bem como o uso exclusivo dos dados recolhidos no âmbito do presente estudo.

Caso esteja interessado(a) em obter mais informações sobre o estudo, poderá contatar diretamente o investigador através do email disponibilizado.

Agradecemos desde já a sua colaboração e disponibilidade.

O investigador: Filipe Medeiros Aguiar Rodrigues (Enf.º)

Endereço eletrónico: ***filipewind@hotmail.com***

Declaro ter lido e compreendido as informações que me foram fornecidas pela pessoa que acima se assume como investigador e que considero suficientes. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Deste modo, aceito participar no estudo permitindo a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pelo investigador.

☐ A - Não aceito participar no estudo

☐ B - Aceito participar no estudo