

Implementação do Manejo da Sede no Pós-Operatório Imediato norteada pela Tradução e Intercâmbio do Conhecimento

Implementation of thirst management in the immediate postoperative period guided by knowledge translation and exchange

Aplicación de la gestión de la sed en el postoperatorio inmediato guiada por la traducción y el intercambio de conocimientos



Isadora Pierotti Carvalho^a
Aline Korki Arrabal Garcia^a
Marília Ferrari Conchon^a
Leonel Alves do Nascimento^a
Robertha Pickina Santos^a
Lígia Fahl Fonseca^a

Como citar este artigo:

Carvalho IP, Garcia AKA, Conchon MF, Nascimento LA, Santos RP, Fonseca LF. Implementação do Manejo da Sede no Pós-Operatório Imediato norteada pela Tradução e Intercâmbio do Conhecimento. Rev Gaúcha Enferm. 2025;46:e20240119. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2025.20240119.pt>

RESUMO

Objetivo: Avaliar a implementação do Modelo de Manejo da Sede no pós-operatório imediato guiada pela Tradução e Intercâmbio do Conhecimento.

Método: Estudo quase-experimental, pré e pós-teste, realizado na Sala de Recuperação Anestésica de um hospital universitário de grande porte no norte do Paraná. A implementação aconteceu em duas fases: preparação e implementação e mudança. Os dados foram coletados por meio da observação da prática dos profissionais de enfermagem. Avaliou-se o processo de implementação através da mensuração da adoção e aspectos da fidelidade, utilizando-se análise descritiva do nível de adesão à evidência nos ciclos de melhoria contínua e alcance do público-alvo. Comparou-se a adoção do Modelo de Manejo da Sede nos momentos pré e pós-implementação por meio do **Qui-quadrado**.

Resultados: Na pré-implementação, 236 eventos na assistência prestada pelos profissionais de enfermagem relacionados ao manejo da sede foram observados e 198 na pós-implementação. A adoção da evidência foi de 28,2% pré-implementação para 78,4% pós-implementação ($p < 0,001$). O nível de adesão superou a meta de 70% em um dos três ciclos: 61,1%, 66,6%, 84,0%. O alcance do público-alvo foi de 100% no primeiro ciclo.

Conclusão: Utilizar o arcabouço teórico e sua intervenção multifacetada proporcionou aumento significativo na adoção do Modelo de Manejo da Sede.

Descritores: Período de Recuperação da Anestesia; Enfermagem Perioperatória; Sede; Enfermagem Baseada em Evidências; Ciência da Implementação.

ABSTRACT

Objective: To evaluate the implementation of the Thirst Management Model in the immediate postoperative period guided by the Knowledge Translation framework.

Method: A quasi-experimental study, in the Post Anesthesia Care Unit of a large university hospital in northern Paraná. Implementation took place in two phases: preparation and implementation and change. Data was collected by observing the practice of nursing professionals. The implementation process was evaluated by measuring adoption and aspects of fidelity, using descriptive analysis of the level of adherence to the evidence in the continuous improvement cycles and the reach of the target audience. The adoption of the Thirst Management Model at pre- and post-implementation times was compared using **Chi-square**.

Results: In the pre-implementation period, 236 events in the care provided by nursing professionals related to thirst management were observed, and 198 in the post-implementation period. Adoption of the evidence went from 28.2% pre-implementation to 78.4% post-implementation ($p < 0.001$). The level of adherence exceeded the 70% target in one of the three cycles: 61.1%, 66.6%, 84.0%. The target audience was reached 100% in the first rapid cycle.

Conclusion: The use of the theoretical framework and its multifaceted intervention significantly increased the adoption of the Thirst Management Model.

Descriptors: Anesthesia Recovery Period; Perioperative Nursing; Thirst; Evidence-Based Nursing; Implementation Science.

RESUMEN

Objetivo: Evaluar la aplicación del Modelo de Gestión de la Sed en el postoperatorio inmediato guiado por Traducción e Intercambio de Conocimientos.

Método: Estudio cuasiexperimental pre y postest realizado en la sala de recuperación anestésica de un gran hospital universitario del norte de Paraná. La aplicación se llevó a cabo en dos fases: preparación y aplicación y cambio. Los datos se recogieron observando la práctica de los profesionales de enfermería. El proceso de implantación se evaluó midiendo la adopción y aspectos de fidelidad, mediante análisis descriptivo del nivel de adherencia a la evidencia en los ciclos de mejora continua y el alcance del público objetivo. La adopción del Modelo de Gestión de la Sed en los momentos pre y post-implementación se comparó mediante **Chi-cuadrado**.

Resultados: En la preimplementación se observaron 236 eventos en la atención brindada por profesionales de enfermería relacionados con el manejo de la sed y 198 en la postimplementación. La adopción de las pruebas pasó del 28,2% antes de la implantación al 78,4% después ($p < 0,001$). El nivel de adhesión superó el objetivo del 70% en uno de los tres ciclos: 61,1%, 66,6%, 84,0%. El público objetivo se alcanzó en un 100% en el primer ciclo rápido.

Conclusión: El uso del marco teórico y su intervención multifacética condujeron a un aumento significativo de la adopción del Modelo de Gestión de la Sed.

Descriptores: Período de Recuperación de la Anestesia; Enfermería Perioperatoria; Sed; Enfermería Basada en la Evidencia; Ciencia de la Implementación.

^a Universidade Estadual de Londrina - Londrina, Paraná, Brasil.

INTRODUÇÃO

Pacientes cirúrgicos apresentam elevado risco para sentir sede no pós-operatório imediato (POI) e sua prevalência é frequentemente observada em todas as faixas etárias⁽¹⁾, na Sala de Recuperação Anestésica (SRA). Dentre os fatores que deflagram e intensificam a experiência da sede no POI estão a intubação, o desequilíbrio hidroeletrólítico, medicações anestésicas, sangramento, ansiedade e jejum prolongado⁽²⁾.

Por parte da equipe, fatores como o receio da ocorrência de complicações respiratórias, como a broncoaspiração, somado à dificuldade em inserir as novas evidências na prática clínica, seja por desconhecimento, resistência e até mesmo desvalorização da sede, podem ter contribuído para que nada fosse feito a favor desse grupo de pacientes durante décadas⁽³⁾. Períodos prolongados de jejum ainda são praticados em diversas realidades em todo perioperatório, mesmo havendo evidências que incentivem a redução desse tempo⁽⁴⁻⁵⁾. Além disso, estudos apontam que a broncoaspiração não está diretamente relacionada com o tempo de jejum⁽⁵⁾.

Com o objetivo de reduzir a sede dos pacientes cirúrgicos e impactar positivamente sua experiência, o Grupo de Estudo e Pesquisa de Sede (GPS) desenvolveu, ao longo de diversos anos de estudo, o Modelo de Manejo da Sede (MMS)⁽⁶⁾. Esse modelo, composto por quatro pilares, preconiza que os profissionais identifiquem a sede, mensurem sua intensidade e desconforto, avaliem a segurança para ofertar algum método de alívio da sede e apliquem estratégias frias e ou mentoladas no paciente cirúrgico⁽⁶⁾.

Um cenário paradoxal entre a alta prevalência da sede do paciente cirúrgico e a não utilização das evidências que permitiriam o seu manejo na prática clínica⁽⁶⁾ motivou o GPS a inserir em 2013, ainda que de maneira preliminar, em uma iniciativa inédita, o manejo da sede num hospital-escola de nível terciário. As primeiras capacitações objetivaram sensibilizar a equipe sobre o tema, quebrar paradigmas e introduzir os novos instrumentos de registro da sede inexistentes até então⁽⁶⁻⁷⁾. Esta implantação deu-se por métodos tradicionais de ensino, apresentando deficiências em sua sustentação na prática, gerando a necessidade de busca de aprofundamento com métodos de tradução da evidência para prática clínica.

Observou-se que, nas capacitações iniciais, pontos importantes propostos por modelos de translação do conhecimento para a prática não foram considerados: reconhecimento do cenário onde se deseja implantar a mudança; identificação de líderes formais e informais do setor e estabelecimento do que se pretende implantar; composição de grupo de facilitadores internos para tomadas de decisões sobre o processo de implantação; levantamento de barreiras e facilitadores que influenciam a adoção da evidência; avaliação contínua da implementação com *feedbacks* aos profissionais e reajustes, quando necessário; uso de estratégias multifacetadas para as capacitações, engajando e sensibilizando a equipe para o manejo da sede; inclusão de estratégias para sustentar a implantação da evidência na prática clínica⁽⁸⁻¹³⁾. Optou-se, portanto, por uma nova abordagem com a equipe da SRA sobre a sede perioperatória, tema ainda cercado por mitos e desconhecimento, adotando-se os pressupostos do *Knowledge Translation* (KT).

O conceito teórico KT, desenvolvido no Canadá, tem a finalidade de superar a lacuna entre as evidências científicas e as práticas de saúde⁽⁸⁻¹⁰⁾. O processo de KT tem sido descrito no Brasil como Tradução e Intercâmbio do Conhecimento (TIC)⁽¹⁴⁾, sendo o termo utilizado neste estudo.

A TIC busca integrar aqueles que utilizarão o conhecimento em todas as etapas da pesquisa na tomada de decisões ou no estabelecimento de protocolos na execução de seu serviço⁽⁸⁻¹⁰⁾. Além disso, tem por objetivo fazer do profissional o agente de mudança dentro do seu ambiente de serviço⁽⁸⁻¹⁰⁾, utilizando a sua experiência e realidade local como componentes indispensáveis para a implementação de ações cientificamente comprovadas⁽¹¹⁾.

Considerando a complexidade em traduzir e intercamiar o conhecimento para a prática assistencial, o uso de intervenções multifacetadas que combinam diversas estratégias é apontado como mais efetivo para alcançar o sucesso na mudança de comportamento⁽¹⁵⁾. Neste sentido, encontra-se a intervenção multifacetada para a tradução do conhecimento *Evidence-Based Practice for Improving Quality* (EPIQ), traduzida como Prática Baseada em Evidência para a Melhoria do Processo de Qualidade. Essa intervenção objetiva fundamentar a implementação da evidência na prática clínica por meio de uma abordagem multidimensional

que visa à qualidade do cuidado, mudança organizacional e principalmente à sustentação da mudança⁽¹²⁾.

A intervenção EPIQ sistematiza e operacionaliza a implementação com base em dados locais, uso de evidências e colaboração de um pequeno grupo de destaque de profissionais locais, denominado Conselho de Pesquisa e Prática (CPP), atuando como facilitador interno e implementando as estratégias^(11,16).

Almeja-se, portanto, implementar de forma efetiva o MMS na prática, com a finalidade de melhorar a qualidade da assistência prestada, por meio de intervenções inovadoras para a transformação da realidade, baseada nos princípios da TIC e guiada pela intervenção multifacetada EPIQ^(8,16-17). O MMS foi um modelo inovador e inédito dentro do cenário cirúrgico a possibilitar para a equipe de enfermagem ferramentas para tratar a sede do paciente em POI. Embora introduzido anteriormente na SRA de maneira preliminar⁽⁶⁻⁷⁾, foi preciso considerar métodos e estratégias robustas de implementação de evidência na prática visando sua manutenção ao longo do tempo. A TIC permite considerar aspectos fundamentais para o alcance de objetivos de adoção e fidelidade deste processo⁽¹⁴⁾.

Neste contexto, o objetivo deste estudo foi avaliar a implementação do Modelo de Manejo da Sede no pós-operatório imediato guiada pela Tradução e Intercâmbio do Conhecimento. A questão norteadora foi: Qual o nível de adoção e fidelidade no processo de implementação do MMS no POI, seguindo os pressupostos da TIC e operacionalizada pela intervenção multifacetada EPIQ?

■ MÉTODO

Estudo quantitativo, quase-experimental, de tempo série do tipo pré e pós-teste, sem grupo controle, realizado na SRA de um hospital universitário de nível terciário do Sul do Brasil. O Centro Cirúrgico (CC) em questão conta com sete salas cirúrgicas e uma SRA com seis leitos, tendo média mensal de 640 procedimentos.

O processo de implementação da evidência, ou seja, do MMS, foi guiado pela TIC e operacionalizado pela intervenção multifacetada EPIQ, visando reduzir a lacuna entre a teoria e a prática e, assim, melhorar a qualidade da assistência prestada ao paciente com sede no POI^(12,16-19).

O período de realização do estudo foi entre novembro de 2020 e julho de 2021. A implementação seguiu as atividades preconizadas pela intervenção EPIQ, dentro das fases: 1) Preparação e 2) Implementação e Mudança^(11,16). A descrição detalhada do processo encontra-se na íntegra na tese da autora principal. O resumo das atividades encontra-se na Figura 1.

A etapa de preparação incluiu a realização das atividades: coleta de dados pré-implementação (diagnóstico basal); formação, sensibilização e capacitação do Conselho de Pesquisa Prática (CPP); identificação de barreiras e facilitadores; revisão das evidências disponíveis; decisão pela mudança de prática e planejamento das mudanças e estratégias de TIC (aula expositiva dialogada, lembretes e cartazes, dinâmicas, música, auditorias e *feedback*, entre outros) e obtenção da colaboração institucional em diversos níveis de gestão.

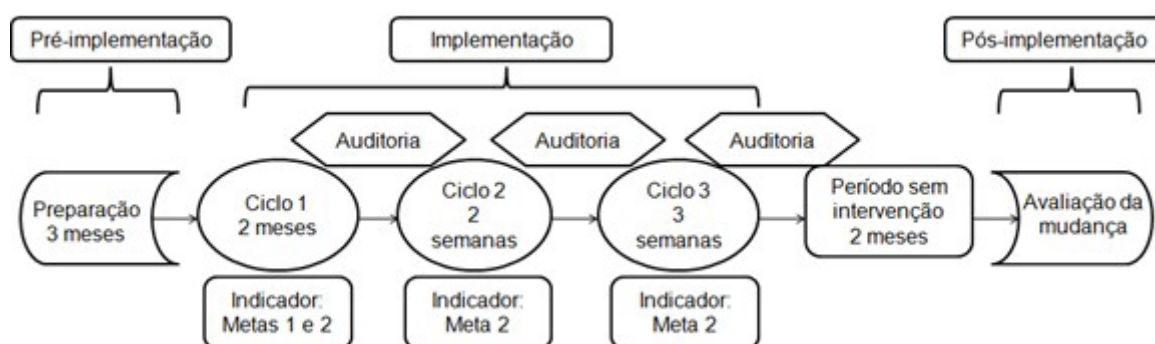


Figura 1 – Etapas de Preparação e Implementação e Mudança de acordo com a intervenção *Evidence-Based Practice for Improving Quality*. Londrina, PR, Brasil, 2021

Fonte: Desenho esquemático desenvolvido pelos próprios autores, de acordo com as etapas de Preparação e Implementação e Mudança descritos por Stevens BJ, et al., 2014⁽¹¹⁾ e Lee SK, et al., 2009⁽¹⁶⁾.

O CPP foi composto por 12 profissionais, incluindo uma anesthesiologista, duas enfermeiras chefes do bloco cirúrgico, duas enfermeiras assistenciais da SRA, três técnicas de enfermagem e quatro membros do GPS, incluindo a pesquisadora principal. Os critérios para a seleção dos membros foram a intencionalidade de incluir as pessoas-chave da unidade por exercerem algum tipo de liderança e a expertise na área de sede. O objetivo deste grupo foi reunir líderes internos e externos à unidade de implementação para tomada de decisão e auxílio em todo o processo como facilitadores^(11,16).

A etapa de Implementação e Mudança englobou o uso de diversas estratégias TIC para implementar o MMS, seguido de avaliação contínua do processo. Para tanto, realizaram-se três ciclos rápidos da ferramenta de melhoria PDSA (*plan; do; study; act*)⁽²⁰⁾. Posteriormente houve um período intencional de aproximadamente dois meses sem intervenção da pesquisadora e subsequente avaliação da mudança.

Para cada ciclo de PDSA selecionaram-se estratégias TIC com diferentes finalidades. O público-alvo foi o mesmo nos três ciclos: os profissionais de enfermagem que atuavam em SRA e sala cirúrgica.

Ciclo 1: foco na sensibilização e capacitação geral sobre o MMS. Estratégias TIC: aula expositiva dialogada, uso de lembretes com a logo do projeto Paciente sem Sede (PASS) e distribuição de brindes.

Ciclo 2: foco na fixação dos pilares Identificação e Mensuração. Estratégias TIC: lembretes e cartazes, vídeo “é fácil perder de vista algo que não esteja procurando”, uso de óculos coloridos da intencionalidade, música “Tenho sede”, da autoria de Gilberto Gil, e dinâmica com uso das escalas para avaliação da intensidade da sede.

Ciclo 3: foco na fixação dos pilares Segurança e Estratégia. Estratégias TIC: lembretes e cartazes, capacitação teórica e prática de forma individual ou em duplas sobre os protocolos de segurança para o manejo da sede adulto e pediátrico, dinâmica de avaliação do risco, produção e disponibilização de vídeo com etapas de avaliação pelo protocolo e dinâmica da saciedade pré-absortiva da sede (estratégia fria).

A primeira meta foi alcançar 100% dos profissionais em atividade na SRA no ciclo 1 de PDSA, sendo que apenas quem estava de férias e licença não foi contemplado. A segunda meta foi a realização completa do MMS em 70% das oportunidades e foi avaliada em todos os ciclos de PDSA. A decisão do CPP em estabelecer meta de

70% baseou-se nos resultados pré-implementação e na possibilidade de ser uma meta atingível. A adoção completa do MMS aconteceu em menos da metade das possibilidades no período pré-implementação, embora o manejo da sede já houvesse sido introduzido na SRA. É possível observar nos resultados que a realização do primeiro pilar – identificação da sede – aconteceu na maioria das oportunidades, já o terceiro pilar – avaliação da segurança – foi observado em uma minoria das situações. Essa diferença na realização entre os pilares norteou a escolha de uma meta que pudesse manter ou melhorar o índice de indicadores das etapas que já aconteciam, assim como ser exequível para aquelas situações que estivessem mais frágeis.

A coleta de dados pré e pós-implementação, assim como das auditorias durante os ciclos PDSA, aconteceu por meio da observação passiva da prática dos profissionais de enfermagem em SRA. Os dados foram registrados em roteiros que continham informações sobre a realização ou não do MMS. Dados adicionais para caracterização dos pacientes, como a idade, foram coletados dos prontuários. A pesquisadora permanecia na unidade por quatro horas diariamente, nos diferentes turnos de trabalho, e não realizava qualquer tipo de interação com os profissionais ou com os pacientes durante a realização do MMS.

A amostra do estudo foi não probabilística e determinada pelo tempo de coleta de dados. Constituiu-se pelos eventos relacionados ao manejo da sede, observados na assistência prestada por profissionais de enfermagem aos pacientes em POI com idade superior a três anos, por se tratar da idade mínima para inclusão no MMS. Participaram (indiretamente) pacientes de ambos os sexos, em POI, e em condições de verbalizar suas necessidades com a equipe de enfermagem. Fizeram parte do processo de implementação profissionais de enfermagem da SRA de ambos os sexos e que não estavam de férias nem licença no início do processo de implementação.

Como rotina, o MMS já é aplicado conjuntamente com a avaliação de outros parâmetros do paciente em POI, geralmente na seguinte frequência: na primeira hora de POI, os profissionais avaliam o paciente a cada 15 minutos; na segunda hora, a cada 30 minutos e, após a terceira hora, de hora em hora. Dessa maneira, a sede poderia ser avaliada em todos esses momentos. Considerando que o manejo da sede pode ser realizado

várias vezes no mesmo paciente, o número de observações da prática dos profissionais foi adotado como amostra (n) no presente estudo.

Considerou-se como sucesso na implementação a realização completa do MMS por profissionais de enfermagem em 70% das oportunidades de abordagem aos pacientes em POI na SRA. Na presente pesquisa, o processo de implementação foi avaliado por meio da adoção⁽²¹⁾ e aspectos da fidelidade, como adesão e alcance do público-avo⁽²²⁻²⁴⁾.

A adoção é definida pela intenção, decisão inicial ou ação em tentar ou empregar uma inovação ou prática baseada em evidências⁽²¹⁾. Pode ser operacionalizada pelo número ou proporção de organizações ou ambientes que concordam em realizar a intervenção, bem como pelo número ou proporção de indivíduos nesses locais que, em última instância, realizariam a intervenção⁽²⁵⁾.

A adoção da intervenção foi definida como a realização por completo do MMS pelos profissionais e apresentada pela variação na utilização da evidência nos momentos pré e pós-implementação. Neste estudo, a adoção foi mensurada pelo indicador: número de vezes que o MMS completo foi realizado dividido pelo número total de vezes que poderia ser realizado x 100.

Os critérios para definir a adoção completa do MMS pelo profissional foram: 1) questionamento intencional pelo profissional sobre a presença de sede ou valorização do relato espontâneo do paciente, dando continuidade na realização dos demais pilares e anotação adequada; 2) mensuração da intensidade da sede; 3) uso de protocolo pertinente para cada faixa etária e; 4) oferta de estratégia fria. Os itens 2, 3 e 4 eram necessários apenas em presença de sede. O item 4 acontecia quando havia aprovação pelo protocolo de segurança.

Os dados foram tabulados em planilha no Excel 2010® e analisados com o auxílio do programa estatístico *Statistical Package for Social Science* – SPSS® (IBM SPSS) (versão 23.0). Para a comparação da adoção nos momentos pré e pós-implementação, utilizou-se o teste de Qui-quadrado com nível de significância de 0,05.

Adicionalmente, a análise da adoção completa do MMS apresentou-se de forma descritiva, por meio de frequência absoluta e relativa à realização individual de cada pilar. Esta foi calculada pelo seguinte indicador: número de vezes que o pilar foi realizado dividido pelo número total de vezes que deveria ser realizado x 100.

O denominador variou em cada pilar, considerando-se os critérios de exclusão. Pilar Identificação: situações nas quais o paciente estava dormindo ou verbalizou a sede de forma espontânea. Pilar Mensuração: situações nas quais o paciente estava dormindo ou em ausência de sede. Pilar Segurança: situações na qual o paciente estava dormindo ou em ausência de sede. Pilar Estratégia: situações nas quais o paciente estava dormindo, ou em ausência de sede ou reprovação pelo protocolo de segurança (pilar segurança).

A fidelidade reflete como uma intervenção é ou não usada na prática clínica, tornando-se fator importante na compreensão da eficácia da intervenção e em sua replicação dentro dos esforços de divulgação⁽²³⁾. Na análise da fidelidade podem ser considerados cinco elementos, sendo eles: 1) adesão a uma intervenção; 2) exposição ou dose; 3) qualidade de entrega; 4) responsividade do participante e; 5) diferenciação do programa⁽²¹⁻²²⁾.

A adesão é definida como “um programa de serviço ou intervenção que está sendo entregue como foi projetado ou escrito, ou seja, até que ponto os responsáveis pela entrega de uma intervenção realmente aderem à intervenção conforme delineada por seus idealizadores”⁽²²⁾. As subcategorias que integram a adesão são: conteúdo, frequência, duração e cobertura⁽²²⁾.

No presente estudo, avaliou-se o nível de adesão da evidência pelos profissionais durante os três ciclos rápidos da implementação (PDSA). Os resultados foram apresentados de forma descritiva por meio de frequência absoluta e relativa, para a realização individual de cada pilar e do MMS de forma completa, e foram mensurados utilizando-se os mesmos indicadores descritos acima.

Adicionalmente, avaliou-se o alcance do público-alvo no primeiro ciclo rápido, sendo descrito pela porcentagem de profissionais contemplados em relação à meta estabelecida (primeira meta).

Todos os aspectos éticos para pesquisa envolvendo seres humanos foram respeitados e os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). A pesquisadora assinou o termo de sigilo e confidencialidade para ter acesso aos prontuários da unidade. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética com número de CAAE: 13638519.1.0000.5231 e número do Parecer: 3.951.468.

RESULTADOS

No período pré-implementação, observou-se a realização do MMS por 24 profissionais de enfermagem em 83 pacientes, totalizando 236 eventos observados.

No período pós-implementação, observou-se a realização do MMS por 17 profissionais de enfermagem em 88 pacientes, totalizando 198 eventos observados. Os dados de caracterização dos profissionais e pacientes estão na Tabela 1.

Tabela 1 – Caracterização dos profissionais e pacientes nos momentos pré e pós-implementação. Londrina, PR, Brasil, 2021

Profissionais		
Variáveis	Pré-Implementação n = 24	Pós-Implementação n = 17
Sexo	*n(%)	n(%)
Feminino	*22 (91,6%)	*16 (94,1%)
Masculino	*02 (8,4%)	*01 (5,9%)
Classe profissional	*n(%)	*n(%)
Enfermeiros	*07 (29,1%)	*09 (53,0%)
Técnicos de Enfermagem	*13 (54,1%)	*04 (23,5%)
Residentes	*04 (16,8%)	*04 (23,5%)
Informações complementares		
Participaram pela primeira vez da capacitação sobre a sede	*09 (37,5%)	–
Não participaram das observações no período pré-implementação	–	*09 (53,0%)
Pacientes		
Variáveis	Pré-Implementação (n = 83)	Pós-Implementação (n = 88)
Sexo	*n (%)	*n (%)
Feminino	*49 (59,0%)	*50 (56,8%)
Masculino	*34 (41,0%)	*38 (43,2%)
Idade (anos)	*n (%)	*n (%)
3 - 12	*10 (12,1%)	*14 (15,9%)
13 - 40	*38 (45,8%)	*27 (30,7%)
41 - 59	*24 (28,9%)	*26 (29,5%)
> 60	*11 (13,2%)	*21 (23,9%)
Média	†36,8	†40,3

Fonte: Autores.

Dados expressos em *n(%); †Média.

A adoção do MMS pelos profissionais encontra-se na Tabela 2. Houve variabilidade significativa na realização completa do MMS nos momentos pré e pós-implementação. Além disso, a realização individual de cada pilar apresenta-se de forma descritiva por meio de frequência absoluta e relativa.

A Tabela 3 apresenta os resultados da realização do MMS nos ciclos de melhoria PDSA. A fidelidade, observada pelo nível de adesão à evidência pelos profissionais, variou entre 61,1% e 84,0% considerando-se a aplicação completa do MMS. Assim, a

meta estabelecida de 70% para o manejo completo foi superada em um dos três ciclos e ficou próxima nos demais.

No primeiro ciclo, a meta era alcançar todos os profissionais de enfermagem do setor, exceto quem estava de férias ou de licença no período. Quando a estratégia aula expositiva dialogada foi realizada, o número total de profissionais era de 55, sendo que destes, oito encontravam-se afastados. Dessa forma, o alcance do público-alvo foi de 100%, considerando que os 47 em atividade foram contemplados.

Tabela 2 – Variação na adoção do Modelo de Manejo da Sede pelos profissionais de enfermagem nos momentos pré e pós-implementação. Londrina, PR, Brasil, 2021

Realização do MMS	Pré-Implementação *n (%)	Pós-Implementação *n (%)	X ²	†p-valor
Adoção completa – MMS				
Sim	*58 (28,2%)	*134 (78,4%)	94,246	<0,001
Não	*148 (71,8%)	*37 (21,6%)		
Realização de cada pilar do MMS (±n variável)				
Realização do pilar	Pré-Implementação *n (%)	Pós-Implementação *n (%)		
Pilar I – Identificação				
Sim	*113 (59,8%)	*137 (85,6%)		
Não	*76 (40,2%)	*23 (14,4%)		
Pilar II – Mensuração				
Sim	*73 (43,5%)	*65 (64,4%)		
Não	*95 (56,5%)	*36 (35,6%)		
Pilar III – Segurança				
Sim	*20 (11,9%)	*68 (67,3%)		
Não	*148 (88,1%)	*33 (32,7%)		
Pilar IV – Estratégia				
Sim	*71 (45,8%)	*52 (65,9%)		
Não	*84 (54,2%)	*27 (34,1%)		

Fonte: Autores.

Dados expressos em *n(%);†Teste de Qui-quadrado. ±0 n variou para cada pilar em relação ao n inicial no caso de o paciente estar dormindo, não apresentar sede e ser reprovado pelo protocolo de segurança.

Legenda: MMS (Modelo de Manejo da Sede).

Tabela 3 – Nível de adesão à evidência pelos profissionais de enfermagem durante a implementação do Modelo de Manejo da Sede. Londrina, PR, Brasil, 2021

Realização do pilar (*n variável)	Ciclo 1 n= 18 eventos observados (9 pacientes)	Ciclo 2 n= 16 eventos observados (7 pacientes)	Ciclo 3 n= 26 eventos observados (9 pacientes)
Pilar I – Identificação †n (%)			
Sim	†12 (75,0%)	†13 (86,6%)	†22 (91,6%)
Não	†4 (25,0%)	†2 (13,4%)	†2 (8,4%)
Pilar II – Mensuração †n (%)			
Sim	†10 (58,8%)	†7 (63,6%)	†17 (80,9%)
Não	†7 (41,2%)	†4 (36,4%)	†4 (19,1%)
Pilar III – Segurança †n (%)			
Sim	†10 (58,8%)	†6 (54,5%)	†15 (71,5%)
Não	†7 (41,2%)	†5 (45,5%)	†6 (28,5%)
Pilar IV – Estratégia †n (%)			
Sim	†9 (64,2%)	†9 (81,8%)	†14 (100,0%)
Não	†5 (35,8%)	†2 (18,2%)	†0 (0,0%)
MMS completo †n (%)			
Sim	†11 (61,1%)	†10 (66,6%)	†21 (84,0%)
Não	†7 (38,9%)	†5 (33,4%)	†4 (16,0%)

Fonte: Autores.

*O n variou para cada pilar em relação ao n inicial no caso de o paciente estar dormindo, não apresentar sede e ser reprovado pelo protocolo de segurança; Dados expressos em †n(%).

Legenda: MMS (Modelo de Manejo da Sede).

DISCUSSÃO

O presente estudo demonstrou a implementação de um modelo para o manejo precoce e seguro da sede ao paciente cirúrgico em SRA pela equipe de enfermagem, sendo um tema inovador e só muito recentemente explorado pela literatura⁽⁶⁾. Destaca-se o sucesso da implementação pelo emprego do arcabouço teórico TIC e da intervenção promissora e multifacetada EPIQ.

Trata-se de uma abordagem complexa em que diversas atividades são estabelecidas e muitos atores envolvidos^(12–16). Neste estudo, participaram os gestores

e profissionais de saúde da SRA, chefias de enfermagem da instituição e pesquisadores do GPS.

A avaliação da transferência do conhecimento para a prática configura-se como desafiadora e ainda não há consenso sobre as melhores formas de avaliar o sucesso de uma implementação⁽²¹⁾. Há estudos que inferem o sucesso medindo os resultados clínicos no plano do paciente, enquanto outros medem os objetivos reais da implementação quantificando, por exemplo, os comportamentos desejados⁽²¹⁾. Neste estudo, utilizaram-se duas variáveis de avaliação do processo de implementação: adoção e fidelidade⁽²¹⁾.

A literatura aponta que, na maioria das vezes, a fidelidade é avaliada durante a implementação inicial, e a adoção é frequentemente analisada em 6, 12 ou 18 meses após a implementação inicial⁽²¹⁾. Neste estudo, a adoção do MMS foi mensurada nos momentos pré e pós-implementação, sendo que a coleta pós-implementação aconteceu cinco meses após o uso da primeira estratégia TIC no primeiro ciclo PDSA. A fidelidade foi avaliada em relação ao nível de adesão ao MMS durante o processo de implementação e o alcance do público-alvo no primeiro ciclo PDSA.

A variação na adoção do MMS nos momentos pré e pós-implementação revela que houve melhora significativa na prática do manejo da sede pelos profissionais de enfermagem, após a implementação da evidência norteadas pela TIC e operacionalizada pela EPIQ.

Ressalta-se que este estudo teve como objetivo implementar o MMS na prática dos profissionais que atuam no POI, desta forma, o recorte para a avaliação da implementação foi a utilização por completo do MMS pelos profissionais após as atividades realizadas. O manejo da sede somente se configura realizado quando a equipe a identifica, mensura, avalia a segurança e utiliza estratégias efetivas para seu alívio. No entanto, destacam-se outras avaliações relevantes que poderiam ser feitas, como a percepção dos profissionais envolvidos no processo, conhecimento dos profissionais sobre o MMS, satisfação dos pacientes, alcance do público-alvo e efetividade de cada estratégia TIC, além da avaliação de indicadores clínicos.

A realização de todas as etapas e ações da intervenção EPIQ deve ser apontada como fator que contribuiu para maior adoção do MMS na SRA. Destacam-se as ações de realização do diagnóstico situacional, composição do CPP, identificação de barreiras e facilitadores e realização dos ciclos de melhoria contínua PDSA⁽¹¹⁻¹²⁾. O diagnóstico situacional auxiliou no apontamento das principais fragilidades na realização do MMS e possibilidades de mudança.

As capacitações realizadas pelo GPS com métodos tradicionais contribuíram para que o sintoma sede constasse no prontuário do paciente, além de sensibilizar a equipe quanto a este sintoma⁽⁷⁾. No entanto, os resultados pré-implementação mostraram que, na maioria das vezes, os profissionais identificavam e avaliavam a segurança para ofertar uma estratégia de alívio da sede nos pacientes em número muito baixo das oportunidades.

Diagnosticar essa realidade permitiu que os pesquisadores selecionassem múltiplas estratégias TIC personalizadas⁽²⁶⁾. Entre elas, a realização de capacitação teórica e prática com os profissionais dentro do cenário de trabalho; distribuição, no mural da SRA, dos protocolos de segurança com informações claras e resumidas com design colorido e atrativo; realização de dinâmicas interativas e lúdicas; uso de instrumentos musicais com canções relacionadas à sede; produção e disponibilização individual de um vídeo por meio do *WhatsApp*, contendo as etapas de avaliação dos protocolos de segurança adulto e pediátrico. Após o uso dessas estratégias, observou-se maior realização do pilar segurança no momento pós-implementação.

Ainda neste sentido, os dados pré-implementação sugerem que, ao longo de aproximadamente dez anos de capacitações no cenário sobre a sede, parte do conhecimento foi adotado pelos profissionais ou se sustentou. Acredita-se que a baixa adoção ao pilar segurança seja pelo fato de ele requerer maior compreensão e tempo; já os outros pilares que o antecedem apresentam maior simplicidade em sua realização. A complexidade das evidências pode ser uma barreira na sustentação da mudança de prática, principalmente em países de baixa e média renda⁽²⁷⁻²⁸⁾.

Outro componente relevante da EPIQ que contribuiu para maior adoção da evidência na unidade foi a composição e atuação do CPP. Essa estratégia permitiu o envolvimento de profissionais com liderança e a facilitação da tradução do conhecimento⁽¹⁷⁾.

A facilitação é um elemento-chave no processo da implementação de inovações em saúde no modelo de tradução do conhecimento, o *Integrated Promoting Action on Research Implementation in Health Services (i-PARIHS)*⁽²⁹⁾. Os facilitadores apresentam papel fundamental em auxiliar os indivíduos e as equipes a entenderem o que e como precisam mudar para aplicar as evidências na prática^(17,29).

O CPP participou na tomada de decisões das mudanças para a prática, como na adequação do impresso perioperatório, confecção do picolé pelo setor de nutrição, definição de metas factíveis para o cenário a serem alcançadas nos ciclos de PDSA, seleção das estratégias TIC para a unidade e avaliação e *feedbacks* contínuos. A escolha dos membros do CPP foi intencional e considerou os profissionais que exerciam algum tipo de liderança formal ou informal na unidade, o que se mostrou relevante ao longo do processo de

implementação do MMS. No momento do convite para a composição do CPP, algumas questões foram abordadas, como disponibilidade de tempo, definição da frequência, duração e local das reuniões, visando garantir a participação de todos. Importa a reflexão desses fatores, por se relacionarem com a fidelidade da implementação, ou seja, o quanto as atividades aconteceram conforme planejado⁽²¹⁾.

A identificação de barreiras e facilitadores foi outra atividade-chave dentro da intervenção EPIQ. Neste estudo, o CPP identificou as barreiras organizacionais e individuais e selecionou estratégias na tentativa de superá-las. Tal identificação é fundamental para sustentar a resolução dos nós críticos, por meio de estratégias personalizadas e efetivas, possibilitando o adequado planejamento da implementação da evidência na prática clínica, de forma que puderam ser realmente adotadas como protocolos assistenciais na unidade estudada^(9–10,27–28).

Outro aspecto relevante para adoção da evidência foi o desenvolvimento das atividades em uma unidade já sensibilizada previamente em relação ao tema⁽⁷⁾. Ao longo de dez anos de sucessivas abordagens, houve impacto relevante na quebra de paradigmas, ainda que parcial, no que diz respeito acerca de ofertar líquidos precocemente no POI. Na unidade já havia um freezer específico utilizado para o manejo da sede, assim como o registro em prontuário. Um contexto favorável à mudança é apontado como fator relevante para o sucesso na tradução do conhecimento^(17,29).

Importa destacar que a maioria das pesquisas realizadas durante o desenvolvimento do MMS foi desenvolvida no mesmo cenário onde o presente estudo se realizou. Essa situação pode ter contribuído para que os profissionais se sentissem parte do processo e considerassem a evidência relevante e aplicável por presenciarem os resultados de estudos de sua própria realidade^(17,29).

Os resultados dos ciclos de melhoria contínua PDSA revelaram que a meta estabelecida para a realização completa do MMS em 70% das oportunidades foi superada no último ciclo. Nos outros dois ciclos, a realização completa do MMS chegou perto da meta e apresentou aumento expressivo quando comparada ao momento pré-implementação.

Discute-se que a melhora no nível de adesão ao MMS observada nesses momentos tenha acontecido devido às diversas estratégias TIC utilizadas. Estas devem

considerar o contexto, a experiência dos usuários⁽²⁹⁾, o objetivo da ação, o conhecimento que está sendo compartilhado, o público-alvo e os mecanismos de mudança e avaliação⁽³⁰⁾. As estratégias multifacetadas, que combinam diversas intervenções, possuem maior eficácia para a mudança de comportamento^(15,26).

Para este estudo, consideraram-se estratégias de implementação adequadas para países de baixa e média renda, como: reuniões educacionais, capacitação de profissionais de saúde, divulgação educacional, facilitação da prática, formação de líderes de opinião locais, auditorias e *feedback*, intervenções personalizadas e estratégias para melhorar a cultura organizacional⁽²⁶⁾.

O alcance do público-alvo na estratégia TIC foi avaliado apenas no primeiro ciclo PDSA, sendo que o objetivo de contemplar toda a equipe foi alcançado. Importa refletir que a elevada rotatividade dos profissionais^(27–28) e os vínculos empregatícios temporários configuram-se como barreiras relevantes para a realização de estudos de implementação, bem como para avaliação da fidelidade.

As frequentes mudanças no quadro de profissionais de enfermagem da unidade, seja por afastamento dos profissionais que participaram de algumas estratégias TIC, seja por novas admissões durante o processo, dificultam o estabelecimento de um protocolo de implementação. Durante a realização do estudo, novos colaboradores foram admitidos na unidade e participaram da intervenção em momentos distintos, conforme a viabilidade. Além disso, ressalta-se que, durante os ciclos de PDSA, a instituição enfrentava o momento mais crítico da pandemia de COVID-19. Houve suspensão de procedimentos eletivos, resultando em redução de pacientes atendidos na SRA, afastamento dos profissionais, dificultando a realização da coleta de dados, e a transformação da SRA em Unidade de Terapia Intensiva para COVID-19. Mesmo em um cenário totalmente adverso experienciado durante a pandemia, a utilização das TICs proporcionou aumento significativo na adoção do MMS.

O CPP estabeleceu as metas considerando a análise dos dados pré-implementação, o levantamento das barreiras e facilitadores e as características do cenário. No primeiro ciclo de PDSA, todos os profissionais de enfermagem participaram da estratégia TIC – aula expositiva dialogada – e, naquele momento, a meta foi compartilhada com toda a equipe. Não houve

comentários negativos nem questionamentos sobre o objetivo estabelecido e observou-se, ainda que de maneira informal, o comprometimento da maioria.

A sustentabilidade da implementação não foi avaliada neste estudo, no entanto destacam-se alguns fatores que podem contribuir para a rotinização do MMS nessa unidade. São eles: constantes abordagens sobre o tema sede, presença frequente de docentes e acadêmicos com a realização de novos estudos dessa temática neste cenário, criação do CPP e denominação do facilitador interno, inclusão de dados do MMS no sistema informatizado com a possibilidade de geração de indicadores e avaliação contínua do processo, envolvimento da gestão para aquisição permanente de insumos necessários para a confecção do picolé de gelo (imprescindível para a realização do pilar estratégia) e terceirização da confecção dos picolés para o setor de nutrição.

As limitações do estudo foram a falta de avaliação da sustentabilidade, participação de amostra não pareada pré e pós-implementação, ausência de avaliação dos aspectos qualitativos do processo de implementação, além do momento pandêmico em que a pesquisa foi realizada. A pandemia dificultou o momento de coleta de dados, especialmente durante a realização dos ciclos de PDSA. O baixo N apresentado na Tabela 3 deveu-se à coleta de dados ter ocorrido durante o período mais crítico da pandemia de COVID-19 na instituição. Durante esse momento, salas de cirurgias e leitos da SRA foram ocupados por pacientes acometidos pela COVID-19, que estavam entubados aguardando leitos em Unidades de Terapia Intensiva, ou seja, pacientes não cirúrgicos que não faziam parte da população do estudo. A SRA foi adaptada em outro espaço físico dentro do próprio CC. Além disso, houve redução no número de cirurgias, uma vez que os procedimentos eletivos foram suspensos e/ou reduzidos. Ademais, a coleta de dados aconteceu por meio da observação direta da prática dos profissionais pela pesquisadora principal na SRA. Embora todos estivessem cientes dos objetivos da pesquisa e do motivo da presença da pesquisadora na unidade, não foi possível analisar se isso interferiu no comportamento dos profissionais.

■ CONCLUSÃO

A utilização do arcabouço teórico da TIC e da intervenção multifacetada EPIQ no processo de

implementação do MMS permitiu melhorar significativamente o índice de adoção de evidências na prática dos profissionais de enfermagem em relação ao manejo da sede em SRA, mesmo em um cenário desafiador representado pela coleta de dados durante o auge da pandemia.

Entre os aspectos da fidelidade, avaliaram-se o nível de adesão à evidência pelos profissionais durante os três ciclos rápidos da implementação (PDSA) e o alcance do público-alvo no primeiro ciclo. Observou-se melhora na realização completa do MMS nos três ciclos, sendo que a meta estabelecida para o estudo (70%) foi superada em um dos três ciclos. Houve alcance do público-alvo, com a participação de todos os profissionais em atividade na unidade no primeiro ciclo.

As contribuições e inovações deste estudo na assistência consistem na tradução e intercâmbio do conhecimento para a prática de um tema anteriormente pouco valorizado e explorado, que é o manejo da sede do paciente em POI de forma inovadora, segura e eficaz. A implementação do MMS resultará na melhoria da assistência de enfermagem prestada em SRA. Recomenda-se a realização de outros estudos que avaliem a sustentabilidade do conhecimento neste cenário e os aspectos qualitativos do processo de implementação, incluindo a percepção e motivação dos profissionais.

■ REFERÊNCIAS

1. Pierotti I, Nakaya TT, Garcia AKA, Nascimento LA, Conchon MF, Fonseca LF. Avaliação do tempo de jejum e sede no paciente cirúrgico. *Rev Baiana Enferm.* 2018;32. <https://doi.org/10.18471/rbe.v32.27679>
2. Conchon MF, Nascimento LA, Fonseca LF, Aroni P. Sede perioperatória: uma análise sob a perspectiva da Teoria de Manejo de Sintomas. *Rev Esc Enferm USP.* 2015;49(1):122-8. <https://doi.org/10.1590/S0080-623420150000100016>
3. Nascimento LA, Garcia AKA, Conchon MF, Lopes MVO, Fonseca LF. Concept analysis of Perioperative Thirst for the development of a new nursing diagnosis. *Rev Bras Enferm.* 2021;74(1):e20200065. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0065>
4. Franco AC, Bicudo-Salomão A, Aguiar-Nascimento JE, Santos TB, Sohn RV. Uso da realimentação pós-operatória ultra precoce e seu impacto na redução de fluidos endovenosos. *Rev Col Bras Cir.* 2020;47:e20202356. <https://doi.org/10.1590/0100-6991e-20202356>
5. Frykholm P, Schindler E, Sümpelmann R, Walker R, Weiss M. Preoperative fasting in children: a review of the existing guidelines and recent developments. *Br J Anaesth.* 2018;120(3):469-74. <https://doi.org/10.1016/j.bja.2017.11.080>

6. Nascimento LA, Garcia AKA, Conchon MF, Aroni P, Pierotti I, Martins PR, et al. Advances in the Management of Perioperative Patients' Thirst. *AORN J*. 2020;111(2):165-79. <https://doi.org/10.1002/aorn.12931>
7. Garcia AKA, Galhardo VG, Fonseca LF, Santos SB, Alves MF. Relato de experiência: implantação do protocolo de manejo da sede em sala de recuperação anestésica [Internet]. In: *Anais Eletrônico IX EPCC Encontro Internacional de Produção Científica UniCesumar*. 2015[cited 2024 Mar 20];(4-8). Available from: <http://rdu.unicesumar.edu.br/handle/123456789/2406>
8. Canadian Institutes of Health Research (CIHR). More about Knowledge Translation at CIHR: long descriptions [Internet]. 2016[cited 2024 Mar 20]. Available from: <https://cihr-irsc.gc.ca/e/46642.html>
9. Elliott MJ, Allu S, Beaucage M, McKenzie S, Kappel J, Harvey R, et al. Defining the scope of knowledge translation within a national, patient-oriented kidney research network. *Can J Kidney Health Dis*. 2021;8:20543581211004803. <https://doi.org/10.1177/20543581211004803>
10. Olson A, Oudshoorn A. Knowledge translation: a concept analysis. *Nurs Forum*. 2020;55(2):157-64. <https://doi.org/10.1111/nuf.12410>
11. Stevens BJ, Yamada J, Promislow S, Stinson J, Harrison D, Victor JC. Implementation of multidimensional knowledge translation strategies to improve procedural pain in hospitalized children. *Implement Sci*. 2014;9:120. <https://doi.org/10.1186/s13012-014-0120-1>
12. Lee SK, Singhal N, Aziz K, Cronin CM. The EPIQ evidence reviews – practical tools for an integrated approach to knowledge translation. *Paediatr Child Health*. 2011;16(10):629-630. <https://doi.org/10.1093/pch/16.10.629>
13. McArthur C, Bai Y, Hewston P, Giangregorio L, Straus S, Papaioannou A. Barriers and facilitators to implementing evidence-based guidelines in long-term care: a qualitative evidence synthesis. *Implement Sci*. 2021;9:16(1):70. <https://doi.org/10.1186/s13012-021-01140-0>
14. Vieira ACG, Gastaldo D, Harrison D. How to translate scientific knowledge into practice? Concepts, models and application. *Rev Bras Enferm*. 2020;73(5):e20190179. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0179>
15. Chauhan BF, Jeyaraman MM, Mann AS, Lys J, Skidmore B, Sibley KM, et al. Behavior change interventions and policies influencing primary healthcare professionals' practice—an overview of reviews. *Implement Sci*. 2017;5:12(1):3. <https://doi.org/10.1186/s13012-016-0538-8> Erratum in: *Implement Sci*. 2017;17:12 (1):38 <https://doi.org/10.1186/s13012-017-0568-x>
16. Lee SK, Aziz K, Singhal N, Cronin CM, James A, Lee DSC, et al. Improving the quality of care for infants: a cluster randomized controlled trial. *CMAJ*. 2009;181(8):469-76. <https://doi.org/10.1503/cmaj.081727>
17. Harvey G, Lynch E. Enabling continuous Quality improvement in Practice: the role and contribution of Facilitation. *Front Public Health*. 2017;5:27. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2017.00027>
18. Garcia AKA, Conchon MF, Pierotti I, Fonseca LF. Processo de implantação do manejo da sede no paciente queimado cirúrgico embasado no *Knowledge Translation*. *Texto Contexto Enferm*. 2023;32:e20220032. <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2022-0032pt>
19. Garcia AKA, Conchon MF, Pierotti I, Nascimento LA, Nakaya TG, Santos RP, Oliveira CB, Fonseca LF. Implantação do modelo de manejo da sede na unidade de queimados norteados pelo *knowledge translation*. *Rev Gaúcha Enferm* [Internet]. 2022[cited 2024 Mar 20];43(esp):e20220220. Available from: <https://www.scielo.br/j/rgenf/a/SnGBVR4NY5P7LdXSBPN8RpR/?lang=pt>
20. Taylor MJ, McNicholas C, Nicolay C, Darzi A, Bell D, Reed JE. Systematic review of the application of the plan-do-study-act method to improve quality in healthcare. *BMJ Qual Saf*. 2014;23(4):290-8. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2013-001862>
21. Proctor E, Silmere H, Raghavan R, Hovmand P, Aarons G, Bunger A, et al. Outcomes for implementation research: conceptual distinctions, measurement challenges, and research agenda. *Adm Policy Ment Health*. 2011;38:65-76. <https://doi.org/10.1007/s10488-010-0319-7>
22. Carroll C, Patterson M, Wood S, Booth A, Rick J, Balain S. A conceptual framework for implementation fidelity. *Implementation Sci*. 2007;2:e40. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-2-40>
23. Gearing RE, El-Bassel N, Ghesquiere A, Baldwin S, Gillies J, Ngeow E. Major ingredients of fidelity: a review and scientific guide to improving quality of intervention research implementation. *Clin Psychol Rev*. 2011;31(1):79-88. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.09.007>
24. Haynes A, Brennan S, Redman S, Williamson A, Gallego G, Butow P. Figuring out fidelity: a worked example of the methods used to identify, critique and revise the essential elements of a contextualised intervention in health policy agencies. *Implementation Sci*. 2015;11:e23. <https://doi.org/10.1186/s13012-016-0378-6>
25. Reilly KL, Kennedy S, Porter G, Estabrooks P. Comparing, contrasting, and integrating dissemination and implementation outcomes included in the RE-AIM and implementation outcomes frameworks. *Front Public Health*. 2020;2:8:430. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2020.00430>
26. Pantoja T, Opiyo N, Lewin S, Paulsen E, Ciapponi A, Wiysonge CS, et al. Implementation strategies for health systems in low-income countries: an overview of systematic reviews. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017;9(9):CD011086. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD011086.pub2>
27. Flynn R, Cassidy C, Dobson L, Al-Rassi J, Langley J, Swindle J. et al. Knowledge translation strategies to support the sustainability of evidence-based interventions in healthcare: a scoping review. *Implement Sci*. 2023;4:18(1):69. <https://doi.org/10.1186/s13012-023-01320-0>
28. Braithwaite J, Ludlow K, Testa L, Herkes J, Augustsson H, Lamprell G, et al. Built to last? the sustainability of healthcare system improvements, programmes and interventions: a systematic integrative review. *BMJ Open*. 2020;1;10(6):e036453. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-036453>
29. Harvey G, Kitson A. PARIHS revisited: from heuristic to integrated framework for the successful implementation of knowledge into practice. *Implementation Sci*. 2015. <https://doi.org/10.1186/s13012-016-0398-2>
30. Barwick M, Dubrowski R, Petricca K. Knowledge translation: the rise of implementation. *Am Instit Res* [Internet]. 2020[cited 2024 Mar 20]. Available from: <https://ktarr.org/products/kt-implementation/KT-Implementation-508.pdf>

■ **Agradecimento a órgãos de fomento**

Agradecemos ao Programa da CAPES pelo fornecimento de bolsa durante um período para a realização deste trabalho.

■ **Disponibilidade de dados e material**

O acesso ao conjunto de dados poderá ser realizado mediante solicitação ao autor correspondente.

■ **Contribuição de autoria**

Conceitualização: Isadora Pierotti Carvalho. Aline Korki Arrabal Garcia. Marília Ferrari Conchon. Leonel Alves do Nascimento. Robertha Pickina Santos. Lígia Fahl Fonseca.

Análise formal: Isadora Pierotti Carvalho. Leonel Alves do Nascimento. Lígia Fahl Fonseca.

Aquisição de financiamento: Isadora Pierotti Carvalho. Aline Korki Arrabal Garcia. Lígia Fahl Fonseca.

Pesquisa: Isadora Pierotti Carvalho.

Metodologia: Isadora Pierotti Carvalho. Aline Korki Arrabal Garcia. Marília Ferrari Conchon. Lígia Fahl Fonseca.

Redação do manuscrito original: Isadora Pierotti Carvalho. Aline Korki Arrabal Garcia. Marília Ferrari Conchon. Leonel Alves do Nascimento. Robertha Pickina Santos. Lígia Fahl Fonseca.

Redação - revisão e edição: Isadora Pierotti Carvalho. Aline Korki Arrabal Garcia. Marília Ferrari Conchon. Lígia Fahl Fonseca.

Os autores declaram que não existe nenhum conflito de interesses.

■ **Autor correspondente:**

Isadora Pierotti Carvalho.
isa_pierotti@hotmail.com

Editor associado:

Heloísa Garcia Claro Fernandes

Editor-chefe:

João Lucas Campos de Oliveira

Recebido: 15.04.2024

Aprovado: 10.10.2024

