

Implantação do modelo de manejo da sede na unidade de queimados norteadada pelo *knowledge translation*

Implementation of thirst management model in the burned unit guided by knowledge translation

*Implementación del modelo de gestión de la sed en la unidad de quemados guiada por la *knowledge translation**



Aline Korki Arrabal Garcia^a

Marília Ferrari Conchon^a

Isadora Pierotti^a

Leonel Alves do Nascimento^a

Thammy Gonçalves Nakaya^a

Robertha Pickina Santos^a

Carla Brandão de Oliveira^a

Ligia Fahl Fonseca^a

Como citar este artigo:

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 norteadada pelo *knowledge translation*. Rev Gaúcha Enferm. 2022;43(esp):e20220220. doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2022.20220220.pt>

RESUMO

Objetivo: Implantar o Modelo de Manejo da Sede no pré-operatório mensurando a sua adoção, cobertura, aceitabilidade, viabilidade e fidelidade pela enfermagem em uma unidade de queimados.

Método: Estudo de intervenção quase-experimental, pré e pós-teste. Amostra de 59 pacientes na pré-implantação e 40 pós-implantação e 36 profissionais de enfermagem participantes da implantação em um centro de queimados de agosto (2019) à março (2020). Análise estatística utilizou Mann-Whitney e Chi-quadrado.

Resultados: Adoção do manejo variou de 0,0% para 72,5% pós-implantação. Cobertura da capacitação de 87,5% das enfermeiras e 87,9% dos técnicos de enfermagem. Houve aceitabilidade e viabilidade do manejo da sede pelos profissionais. Nos ciclos planejar-fazer-estudar-agir três dos quatro pilares do Modelo alcançaram as metas, evidenciando fidelidade.

Conclusão: A implantação do Modelo de Manejo da Sede no pré-operatório teve aceitabilidade e viabilidade pela equipe de enfermagem, apresentando fidelidade pelo alcance das metas propostas, além da adoção da evidência na prática clínica após alta cobertura das capacitações dos profissionais.

Palavras-chave: Sede. Enfermagem perioperatória. Unidades de queimados. Enfermagem baseada em evidências. Pesquisa translacional biomédica.

ABSTRACT

Objective: To implement the preoperative Thirst Management Model, measuring its adoption, coverage, acceptability, feasibility and fidelity by nursing in a burn unit.

Method: Quasi-experimental, pre- and post-test intervention study. Sample of 59 patients at pre-implementation and 40 post-implementation and 36 nursing professionals participating in the implementation in a burn unit from August (2019) to March (2020). Statistical analysis used Mann-Whitney and Chi-square.

Results: Adoption of management ranged from 0.0% to 72.5% post-implementation. The capacity coverage was 87.5% of nurses and 87.9% of nursing technicians. There was acceptability and feasibility of thirst management by professionals. In the plan-do-study-act cycles, three pillars of the Model reached the goals, showing fidelity.

Conclusion: The implantation of the Preoperative Thirst Management Model had acceptability and feasibility by the nursing team, showing fidelity in achieving the proposed goals, in addition to the adoption of evidence in clinical practice after high coverage professional training.

Keywords: Thirst. Perioperative nursing. Burn units. Evidence-based nursing. Translational research, biomedical.

RESUMEN

Objetivo: Implementar el Modelo de Gestión de la Sed Preoperatoria, midiendo su adopción, cobertura, aceptabilidad, factibilidad y fidelidad por parte de enfermería en una unidad de quemados.

Método: Estudio de intervención cuasi-experimental, pre- y post-test. Muestra de 59 pacientes en la pre-implantación y 40 en la post-implantación y 36 profesionales de enfermería participantes en la implantación en un centro de quemados desde agosto (2019) hasta marzo (2020). El análisis estadístico utilizó Mann-Whitney y Chi-cuadrado.

Resultados: La adopción de la gestión osciló entre el 0,0% y el 72,5% después de la aplicación. La cobertura de la formación fue del 87,5% de los enfermeros y del 87,9% de los técnicos. Hubo aceptación y viabilidad de la gestión por parte de los profesionales. En los ciclos planejar-hacer-estudiar-actuar tres de cuatro pilares del Modelo alcanzaron las metas, evidenciando fidelidad.

Conclusión: La implantación del Modelo de Gestión de la Sed Preoperatoria fue aceptable y viable por el equipo de enfermería, demostrando fidelidad a la consecución de los objetivos propuestos, además de la adopción de evidencias en la práctica clínica tras alta cobertura de formación profesional.

Palabras clave: Sed. Enfermería perioperatoria. Unidades de quemados. Enfermería basada en la evidencia. Investigación biomédica traslacional.

^a Universidade Estadual de Londrina (UEL), Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Londrina, Paraná, Brasil.

■ INTRODUÇÃO

Pacientes queimados usualmente são submetidos a múltiplos procedimentos anestésicos para realização de balneoterapias e cirurgias em virtude da complexidade de seus cuidados. No período pré-anestésico, inúmeros fatores convergem para que o paciente queimado sinta sede intensa, constituindo-se fonte de inquietação e sofrimento. Medo e ansiedade em vivenciar experiências dolorosas pelo procedimento, uso de opioides para controle diário da dor, a própria fisiopatologia da queimadura que acarreta desequilíbrio hidroeletrólítico e perdas de líquidos pelas lesões, além dos longos períodos de jejum impostos a esses pacientes tornam a sede uma experiência constante⁽¹⁻²⁾.

Embora a sede seja um desconforto prevalente, intenso e de alta relevância identificado na prática clínica dessa população, não se encontram pesquisas sobre essa temática no paciente queimado. Revisão sistemática sobre redução do jejum pré-operatório em pacientes queimados⁽²⁾ evidencia a lacuna sobre o tema.

Dessa forma, um grupo de enfermeiros perioperatórios desenvolveu o Modelo de Manejo da Sede (MMS), embasado por estudos recentes em fisiologia da sensação, acrescidos de evidências tanto para identificação como tratamento da sede. Trata-se de um modelo fundamentado em quatro pilares: identificação da sede; mensuração da intensidade da sede; avaliação da segurança para o manejo e oferta de estratégia para alívio da sede. O foco inicial de atuação do MMS foram os pacientes na sala de recuperação anestésica, estendendo-se, posteriormente, aos pacientes em jejum no período pré-operatório⁽³⁾. Motivados por apresentações em eventos científicos, *lives* e artigos publicados pelo Grupo de Estudo e Pesquisa da Sede (GPS), houve a procura por parte de diversas instituições de saúde públicas e privadas, solicitando nossa ajuda para implementação do MMS no período pré e pós-operatório imediato (POI). A partir disso, realizamos oficinas de capacitações presenciais e online (durante a pandemia), com abordagem teórica e prática dos conceitos envolvidos no MMS, fazendo uso de estratégias multifacetadas como *e-book*, plataforma de recursos audiovisuais e exercícios interativos. O *feedback* por parte das instituições participantes foi muito positivo, considerando-se as repercussões por parte da equipe e pacientes.

Entretanto, a simples divulgação dos resultados de pesquisas não implicam sua incorporação na prática junto aos pacientes⁽⁴⁾. Evidências científicas levam em média 17 anos para que sejam colocadas em prática na área da saúde⁽⁵⁾. Portanto, para que ocorram implementações bem-sucedidas, se faz necessária a utilização de intervenções inovadoras como o *Knowledge Translation (KT)*, a fim de traduzir e intercambiar o

conhecimento entre os profissionais e as novas evidências, trazendo-as para a prática e transformando a realidade. Isso requer mudanças complexas de comportamento, cultura, valores, além da necessidade de considerar os múltiplos fatores que possam facilitar ou dificultar uma implementação⁽⁶⁾.

O arcabouço teórico *KT* envolve o profissional como agente de mudança em seu processo de trabalho e baseia-se em quatro pontos fundamentais: Síntese das melhores evidências disponíveis sobre o tema a ser implantado; Disseminação do conhecimento sintetizado, adaptação e intermediação da mensagem para o público adequado; Troca do conhecimento entre pesquisadores e profissionais tomadores de decisões da prática e Aplicação eticamente sólida do conhecimento para a melhoria da saúde⁽⁴⁾.

Além disso, o *KT* considera seis elementos essenciais: uso de evidência científica; conhecimento do cenário/contexto; uso de intervenções multifacetadas; identificação de barreiras e facilitadores para implantação do uso da evidência; avaliação/auditorias; e sustentabilidade da implantação⁽⁴⁾.

Partindo dessa premissa, o cenário de sofrimento causado pela restrição hídrica e múltiplos procedimentos enfrentados pelo paciente queimado, acrescido da inexistência de protocolos para tratamento da sede nessa população, motivaram a implantação do MMS neste contexto.

A avaliação de uma implantação bem-sucedida é complexa e multifatorial, devendo considerar indicadores que contemplem a dinamicidade de uma transferência de conhecimento. A pergunta de pesquisa a ser respondida, portanto, foi: a implantação do Modelo de Manejo da Sede pré-operatório apresenta adoção, cobertura, aceitabilidade, viabilidade e fidelidade pela enfermagem em uma unidade de queimados?

Dessa forma, o objetivo do estudo foi implantar o Modelo de Manejo da Sede no pré-operatório mensurando a sua adoção, cobertura, aceitabilidade, viabilidade e fidelidade pela enfermagem em uma unidade de queimados.

■ MÉTODO

Tipo de estudo

Estudo de intervenção quase-experimental⁽⁷⁾, do tipo pré e pós-teste com delineamento tempo-série e abordagem analítica.

Para a sistematização e operacionalização da implantação do MMS no paciente cirúrgico em período pré-operatório no centro de tratamento de queimados (CTQ), foi utilizada a intervenção de *KT* denominada *Evidence-Based Practice for Improving Quality (EPIQ)*, sendo essa multifacetada e interativa, com objetivo de implantar mudanças e promover a melhoria da qualidade na prática em saúde⁽⁸⁻⁹⁾.

Com base em dados da realidade, utilizam-se de evidências e colaboração de um pequeno grupo de destaque de profissionais locais, denominado Conselho de Pesquisa e Prática (CPP), que atua como facilitador interno e implementa as estratégias multifacetadas. A intervenção *EPIQ* divide o processo de implantação em duas grandes etapas – Preparação; Implantação e mudança. Além disso, considera três pontos fundamentais: uso da literatura publicada; uso de dados da prática referentes a unidade na qual a estratégia será implantada, para auxiliar nas tomadas de decisões dos profissionais e embasar a necessidade da mudança dentro do serviço; compartilhamento das experiências em relação a mudança da prática e os resultados obtidos, a fim de sustentar a mudança implementada⁽⁸⁻⁹⁾.

Cenário

O estudo foi conduzido em um CTQ de um hospital escola na cidade de Londrina, PR, referência no sul do Brasil. O setor é composto por seis leitos de terapia intensiva, 15 de enfermarias, duas salas cirúrgicas e uma sala para balneoterapia de uso exclusivo para pacientes queimados adultos e pediátricos.

População, Participantes e Critérios de seleção

Com o objetivo de auxiliar no processo de implantação do MMS, foi composto um CPP de profissionais do CTQ. A seleção dos componentes desse grupo foi intencional e os critérios de inclusão foram determinados em virtude de suas experiências profissionais na temática sede ou assistência com o paciente queimado e inserção representativa na unidade, de forma a atuarem como membros facilitadores e tomadores de decisões durante e após o processo de implantação. Os selecionados foram formalmente convidados para compor o CPP. A composição se definiu por uma equipe multiprofissional: enfermeira gestora do CTQ e uma enfermeira assistencial, duas técnicas de enfermagem, cirurgião-chefe da unidade, um anesthesiologista e duas docentes de enfermagem doutoras na temática sede. Este grupo de profissionais não fez parte da amostra deste estudo.

Dois populações distintas fizeram parte deste estudo, com diferentes características e finalidades: equipe de enfermagem do CTQ e pacientes cirúrgicos queimados em período pré-operatório. As amostras dessas populações foram não probabilísticas, determinadas pelo tempo de coleta de dados (pré-implantação dois meses e pós-implantação 3 semanas).

O primeiro grupo que compôs a amostra foram os pacientes queimados, que se encontravam em período pré-operatório, com possibilidade de receberem o MMS,

de ambos os sexos, adultos e pediátricos (idade mínima de 3 anos). Os pacientes participantes dos períodos pré e pós-implantação não foram os mesmos. Os critérios de inclusão foram os pacientes queimados estarem em período pré-operatório, orientados em tempo e espaço e não ter recebido medicação pré-anestésica. Os critérios de não inclusão foram os pacientes estarem intubados, traqueostomizados, em período pós extubação e/ou internados em outro setor.

O segundo grupo foi constituído pela equipe de enfermagem do CTQ, composta por oito enfermeiras e 33 técnicos de enfermagem, distribuídos nos turnos da manhã, tarde e noite. A amostra dessa população incluiu 36 profissionais, sendo sete enfermeiras e 29 técnicos de enfermagem do CTQ, de ambos os sexos. O critério de inclusão foi atuar no cuidado direto ao paciente cirúrgico queimado. Os critérios de não inclusão foram os trabalhadores estarem de férias ou licença no momento de execução da pesquisa ou se negarem a participarem das capacitações. Após a definição da amostra não houve perda.

Variáveis do estudo

O desfecho primário da implantação foi a adoção do MMS pré-operatório pelos profissionais. A adoção envolve a intenção de fazer uso de algo que está disponível, decisão inicial ou ação de empregar uma nova intervenção⁽¹⁰⁾. A avaliação desta variável foi definida pela variação da utilização do MMS entre os momentos pré e pós-implantação.

O uso do MMS pré-operatório foi definida como: caso o paciente apresente sede (espontaneamente ou quando questionado) o profissional deveria aplicar os quatro pilares do MMS, seguindo a ordem dos pilares, adequados para a idade. Caso o paciente não apresentasse sede, o profissional deveria registrar a ausência do sintoma.

Os desfechos secundários foram: cobertura, viabilidade, aceitabilidade e fidelidade. A cobertura foi definida pela proporção de profissionais da enfermagem que receberam as capacitações referentes ao MMS⁽¹⁰⁾. O foco nessa categoria profissional se deve ao fato de serem os responsáveis pela aplicação do MMS no paciente⁽³⁾.

Também foi avaliado o desfecho viabilidade e definida como até que ponto uma intervenção pode ser realizada em um ambiente⁽¹⁰⁾, abordando-se a utilidade e adequação da evidência incorporada. O desfecho aceitabilidade, por parte da equipe, de que a evidência é útil na prática clínica⁽¹⁰⁾. Esses desfechos foram mensurados a partir do preenchimento de roteiro estruturado sobre a utilidade, possibilidade de uso e avaliação das estratégias de alívio do manejo da sede para sua prática clínica. O preenchimento deste roteiro pelo profissional não era obrigatório e aconteceu ao término dos encontros formativos.

O último desfecho secundário mensurado foi a fidelidade, definida como grau em que uma intervenção foi implementada conforme projetada no plano original, e entregue conforme pretendida⁽¹⁰⁾. No presente estudo foi mensurada pelo alcance das metas estabelecidas pela facilitadora externa (pesquisadora principal) em conjunto com o CPP, antes de iniciar o período de fixação de cada pilar do MMS, utilizando a ferramenta de melhoria PDSA (planejar; fazer; estudar; agir). No PDSA o estágio “planejar”, uma mudança destinada a melhoria é identificada. Na etapa “fazer” a mudança é testada, a etapa “estudar” tem o objetivo de examinar o sucesso da mudança. O último estágio “agir” tem o foco em identificar adaptações e as próximas etapas para formar um novo ciclo⁽¹¹⁾.

Para cada um dos quatro pilares do MMS realizou-se um ciclo de PDSA, com duração de três semanas cada. Antes de iniciar cada ciclo, uma reunião com o CPP era realizada para estabelecer o plano de mudança, estratégias multifacetadas de *KT* a serem utilizadas para engajar a equipe com aprendizado efetivo e a meta a ser atingida. O objetivo era envolver toda a equipe a alcançar a fixação do conteúdo do MMS e dessa forma, adotá-lo.

O indicador auditado foi o mesmo para os quatro ciclos e para a coleta de dados pré e pós-implantação – utilização do MMS pela equipe de enfermagem, no pré-operatório do paciente queimado. As metas eram estabelecidas previamente pela facilitadora externa em conjunto com o CPP e verificadas por meio de auditorias a partir da ficha perioperatória, a qual contemplava os dados do MMS.

As auditorias para avaliação do alcance das metas proposta eram realizadas pela facilitadora externa, durante três dias, na última semana de cada ciclo de PDSA e englobavam todos os pacientes do dia.

Instrumentos utilizados para a coleta das informações

Para as coletas pré e pós-implantação utilizou-se roteiro estruturado, submetido à validação aparente por quatro juízes, especialistas em enfermagem perioperatória e membros do Grupo de Estudo e Pesquisa da Sede (GPS) registrado no Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPQ).

Os dados coletados foram: demográficos (sexo e idade); clínicos (local de internação, dias de internação, número de procedimentos realizados, porcentagem da superfície corporal com queimadura); e referentes ao manejo da sede no período pré-operatório (presença e intensidade da sede; número de pacientes elegíveis para receber o MMS; número de paciente elegíveis com aplicação do MMS).

Antes do início da coleta de dados pré-implantação, foi realizado teste piloto em cinco pacientes, utilizando o mesmo roteiro estruturado para sua adequação. Não foram necessárias modificações no mesmo; sendo que os dados resultantes foram descartados.

Um segundo roteiro estruturado foi desenvolvido, validado pelos pesquisadores do GPS e utilizado para coletar dados referentes às características dos profissionais de enfermagem capacitados: profissão; sexo; idade; nível de formação; tipo de vínculo; existência de segundo vínculo profissional; tempo de serviço no setor.

O terceiro roteiro estruturado desenvolvido e validado pelos pesquisadores do GPS foi sobre a utilidade, possibilidade de uso e avaliação das estratégias de alívio do manejo da sede para a prática clínica. Enfocava as seguintes questões: Como você avalia a utilidade do manejo da sede para sua prática clínica; Você considera possível utilizar o MMS pré-operatório apresentado em sua prática clínica; Você considera possível utilizar alguma estratégia de alívio apresentada para o manejo da sede; Quais estratégias de alívio da sede apresentadas você considera que pode utilizar em sua prática clínica.

Período e Coleta de dados

Em julho, antes de iniciar as etapas preconizadas pela *EPIQ*, a pesquisadora principal que também foi a facilitadora externa da implantação, priorizou a construção de uma relação de confiança e respeito com os profissionais, vivenciando o cotidiano da unidade de queimados e participando dos processos de cuidado. O período da coleta de dados ocorreu de Agosto de 2019 a Março de 2020 e as atividades desenrolaram-se ao longo de 30 semanas incluindo intervalo de três semanas antes do início da coleta pós-implantação, conforme ilustrado na Figura 1.

O processo de implantação transcorreu em duas grandes etapas e dentro delas passos foram percorridos, seguindo o preconizado pela intervenção *EPIQ*: Preparação; Implantação e mudança⁽⁸⁻⁹⁾. Na Preparação ocorreu a coleta de dados pré-implantação; formação, sensibilização e capacitação do CPP; revisão das evidências; decisão pela mudança de prática; identificação das barreiras e facilitadores; sensibilização e capacitação da equipe⁽⁸⁻⁹⁾. Já na Implantação e mudança, os passos foram a fixação do conteúdo trabalhando em cada um dos quatro pilares do MMS; verificação e implantação do plano de mudança de prática com o uso da ferramenta PDSA; e a coleta de dados pós-implantação⁽⁸⁻⁹⁾.

A coleta de dados pré-implantação ocorreu por dois meses (Agosto e Setembro 2019), a fim de reunir dados basais e possibilitar o reconhecimento do real cenário da



Figura 1 – Processo de coleta de dados e implantação do Modelo de Manejo da Sede na unidade de queimados. Londrina, Paraná, Brasil, 2020

Fonte: Autores.

sede no paciente queimado. Nesse momento, os dados clínicos e demográficos foram coletados no prontuário do paciente. Para coletar os dados referentes ao manejo da sede, a facilitadora externa precisou abordar diretamente os pacientes perguntando sobre sua sede, por não haver registro sistematizado antes da implantação.

Os mesmos dados foram coletados no período pré e pós-implantação pela facilitadora externa. A coleta ocorria em três dias da semana, escolhidos considerando a disponibilidade da facilitadora externa, em todos os turnos. A diferença foi que os dados referentes a sede na coleta pós-implantação eram localizados também no prontuário do paciente, pois, durante a implantação o MMS foi inserido na ficha perioperatória.

Os profissionais que auxiliaram nas tomadas de decisões (CPP) definiram quais e como as mudanças seriam implementadas na prática, sendo essas: aplicação do MMS para pacientes em jejum no período pré-operatório, até três horas antes do procedimento; e reestruturação do instrumento de registro perioperatório para inserção do MMS. No primeiro pilar, identificação da sede, o profissional deveria perguntar ao paciente sobre a presença de sede; no pilar mensuração da intensidade, deveria utilizar a Escala Verbal-Numérica (EVN)⁽¹²⁾ para adultos e Escala de Faces (EF) para crianças. No pilar segurança no manejo o profissional deveria utilizar o Protocolo de Segurança para o Manejo da Sede (PSMS) no adulto⁽¹³⁾ e o Protocolo de Segurança para o Manejo da Sede Pediátrica (PSMSP)⁽¹⁴⁾. E no pilar estratégia de alívio da sede foi escolhido o picolé de gelo⁽¹⁵⁾ e o hidratante labial sem mentol⁽¹⁶⁾.

Durante a etapa de Implantação e mudança, foi realizada a fixação do conteúdo que compõe o MMS, aos profissionais. Para sistematizar esse passo, utilizou-se a ferramenta PDSA⁽¹¹⁾. O Quadro 1 apresenta os quatro ciclos de PDSA.

Ao término dos quatro ciclos, a facilitadora externa se afastou da unidade por três semanas, para que pudesse avaliar o cenário após um período sem intervenções, permitindo que os processos implantados ocorressem por decisão dos próprios profissionais da unidade. Ao término do intervalo,

em março de 2020, a coleta pós-implantação foi iniciada, tendo duração de três semanas com interrupção precoce devido a pandemia da COVID-19.

Tratamento e Análise de dados

Os dados foram armazenados e analisados por meio do programa IBM – SPSS® (versão 20.0). As variáveis categóricas foram analisadas por meio das frequências absolutas e relativa. As variáveis contínuas foram testadas para avaliação da normalidade pelo teste de *Shapiro-Wilk*, sendo que apresentaram distribuição não normal. Dessa forma, foram caracterizadas por meio da mediana e valores de primeiro e terceiro quartil.

Para a comparação das variáveis da coleta de dados pré e pós-implantação (pré e pós-intervenção), foi realizado o Teste de *Mann-Whitney* (variáveis contínuas), devido a não normalidade dos dados e Teste Chi-quadrado (variáveis categóricas). Para todas as comparações, adotou-se um nível de significância de 5%, com intervalo de confiança de 95%.

Aspectos éticos

Em cumprimento à Resolução nº 466/12, do Conselho Nacional de Saúde, a pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, da Universidade Estadual de Londrina, com parecer 3.476.724 e Certificado de Apresentação de Apreciação Ética 13638519.1.0000.5231. Todos os profissionais, pacientes e responsáveis pelos pacientes menores de idade envolvidos no processo de implantação assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido no CTQ. Quando os pacientes eram menores de idade, assinaram o termo de assentimento, na presença de seus responsáveis. A pesquisadora principal assinou o termo de sigilo e confidencialidade para ter acesso aos prontuários dos pacientes da amostra.

Seguiram-se as recomendações do *Checklist for Quase-Experimental Studies*, *The Joanna Briggs Institute (JBI)*.

Ciclo PDSA	Objetivo	Plano
Ciclo 1 Fixação pilar Identificação	Profissionais perguntarem aos pacientes sobre presença de sede.	Lembretes: Cartaz do início do ciclo Identificação; Cartazes para equipe sobre identificação da sede; Logo desenvolvida para o projeto "PASS"; Ímã com frase motivacional para equipe multiprofissional do CTQ.
	Observar sinais periféricos da sede.	Reuniões educativas: Capacitação sobre utilização da ficha perioperatória; Reunião com diretoria do hospital.
		Intervenções personalizadas: "Óculos da intencionalidade" – equipe pergunta ao paciente se está com sede; Cantar músicas com os integrantes do grupo "Sensibilizarte" da instituição e GPS;
		Meios de comunicação para apoio: Entrevista ao jornal e à rádio da universidade.
Ciclo 2 Fixação pilar Mensuração	Capacitação dos profissionais para utilizarem as escalas de intensidade: EVN e EF.	Lembretes: Cartaz do início do ciclo Mensuração; EVN e EF adesivadas nas pranchetas; Envelopamento do freezer armazenador de picolés com a logo PASS.
		Educação do paciente: Panfleto na admissão sobre o MMS; Cartazes informativos para os pacientes, encorajando-os a falar sobre sede.
		Intervenções personalizadas: "parada da mensuração" – pesquisadores perguntavam à equipe e pacientes a intensidade da sede.
		Facilitação da prática: Solicitação do hidratante labial à farmácia do hospital.
Ciclo 3 Fixação pilar Segurança	Capacitação prática dos técnicos de enfermagem para utilizarem o PSMS e enfermeiros o PSMSP.	Lembretes: Cartaz do início do ciclo Segurança; PSMS e PSMSP adesivados nas pranchetas; POP para o MMS adulto e pediátrico; POP lúdico adesivado nas paredes do CTQ; Cartaz no leito: "Atenção: paciente em jejum. Faça o manejo da sede!".
		Reunião educativa: Capacitação prática e individual da equipe de enfermagem sobre protocolos de segurança.
		Intervenções personalizadas: "Garrafas com ovos" – explicar sobre avaliação de risco do MMS; Brinde de picolé ao paciente e profissional participante da capacitação.
Ciclo 4 Fixação pilar Estratégia de alívio	Capacitação do profissional para confecção de picolés.	Lembretes: Cartaz do início do ciclo Estratégia de alívio; Cartazes sobre a sede aos pacientes e profissionais.
		Reuniões educativas: Capacitação de duas técnicas de enfermagem para produzir o picolé, enquanto a área da nutrição não absorve a função; Continuação da capacitação prática e individual da equipe de enfermagem para os protocolos de segurança.
		Auditoria e feedback: Auditoria dos nomes de profissionais que aplicaram o MMS incompleto; Avaliações prévias antes da auditoria final do ciclo, para oferecer <i>feedback</i> frequente aos profissionais.
		Intervenções personalizadas: Palestra motivacional com certificado de participação; "Parada do picolé" – quem responder que está com sede recebe picolé (profissionais, pacientes e acompanhantes); "Estratégias antigas versus novas"; Presente aos profissionais destaque na aplicação do MSS
		Meios de comunicação para apoio: Vídeos do MMS adulto e pediátrico.

Quadro 1 – Ciclos de PDSA (planejar, fazer, estudar, agir) realizados pela facilitadora externa aos profissionais de enfermagem (n=36) para fixação do conteúdo do Modelo de Manejo da Sede pré-operatória. Londrina, Paraná, Brasil, 2020

Fonte: Autores.

Legenda: EVN – Escala Verbal-Numérica; EF – Escala de Faces; PSMS – Protocolo de Segurança para o Manejo da Sede; PSMSP – Protocolo de Segurança para o Manejo da Sede Pediátrico; PASS – Paciente Sem Sede; CTQ – Centro de Tratamento de Queimados; GPS – Grupo de Estudo e Pesquisa da Sede; MMS – Modelo de Manejo da Sede; POP – Protocolo Operacional Padrão.

RESULTADOS

A primeira amostra do estudo foi constituída por pacientes queimados em período pré-operatório. O fluxograma dos pacientes participantes é apresentado na Figura 2.

Constatou-se que não houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos de pacientes abordados na coleta de dados pré e pós-implantação, em relação às variáveis demográficas e clínicas, que estão caracterizadas na Tabela 1.

Para identificar a diferença entre variáveis categóricas, em relação ao desfecho primário que foi a adoção do uso do MMS pelo profissional no momento pré e pós-implantação, foi utilizado o teste Chi-quadrado e para as variáveis contínuas o teste *Mann-Whitney*.

O teste Chi-Quadrado apresenta a variação (pré e pós-implantação) da adoção do uso do MMS pela equipe de enfermagem, no pré-operatório do paciente queimado. No momento pré-implantação, nenhum (0,0%) dos 59 pacientes elegíveis para receber o MMS o receberam. Já na pós-implantação, dos 40 pacientes elegíveis para receber o MMS, 29 (72,5%) o receberam, ou seja, houve registro no prontuário da identificação, mensuração, avaliação da segurança e tratamento da sede. Esses dados apontaram para a adoção da evidência na prática clínica ($p < 0,001$).

O segundo grupo da amostra foi composto pelos membros da equipe de enfermagem do CTQ. Das oito enfermeiras e 33 técnicos de enfermagem, sete e 29 deles, respectivamente, foram capacitados para aplicarem o MMS nos pacientes queimados em pré-operatório. Dessa forma, a taxa de cobertura das capacitações alcançou, 87,5% dos enfermeiros e 87,9% dos técnicos de enfermagem. Do total de profissionais capacitados no processo de implantação, 80,5% eram técnicos

de enfermagem, 80,6% do sexo feminino, 44,4% graduados em nível superior, tendo vínculo de trabalho concursado em 66,7% dos profissionais e 72,2% deles não tinham um segundo emprego. A idade mediana dos profissionais capacitados foi de 45 anos, apresentando um tempo de serviço mediano de 72 meses.

Do total de profissionais capacitados, 25 (69,4%) responderam o roteiro com questões relativas à aceitabilidade e viabilidade da implantação do MMS no CTQ (Tabela 2).

Os resultados apontam que 93% dos profissionais consideraram a evidência possível de ser implantada no CTQ (viabilidade). Adicionalmente, 100% deles avaliaram o MMS como muito ou extremamente útil em sua prática e possível a aplicação de alguma estratégia de alívio da sede.

As metas indicadoras de fidelidade foram estabelecidas em reuniões periódicas pelo CPP a serem avaliadas pelos ciclos de PDSA. No pilar Identificação, a meta estabelecida foi de 50% e após auditoria, apresentou alcance de 66%. No segundo ciclo, referente ao pilar Mensuração, a meta designada foi 60%, com alcance final de 60%. No terceiro ciclo, referente ao pilar Segurança, a meta estabelecida foi 60%, no entanto, o alcance foi de 40%. Já no último ciclo, referente ao pilar Estratégia de alívio da sede, a meta era alcançar 65% de aplicação do MMS pelo profissional, atingindo 65,5% de adesão. Houve, portanto, fidelidade em três dos quatro ciclos de PDSA pelo alcance das metas propostas.

DISCUSSÃO

Este estudo apresentou uma abordagem inovadora contribuindo para o avanço do conhecimento científico da enfermagem ao utilizar um arcabouço teórico nunca relatado

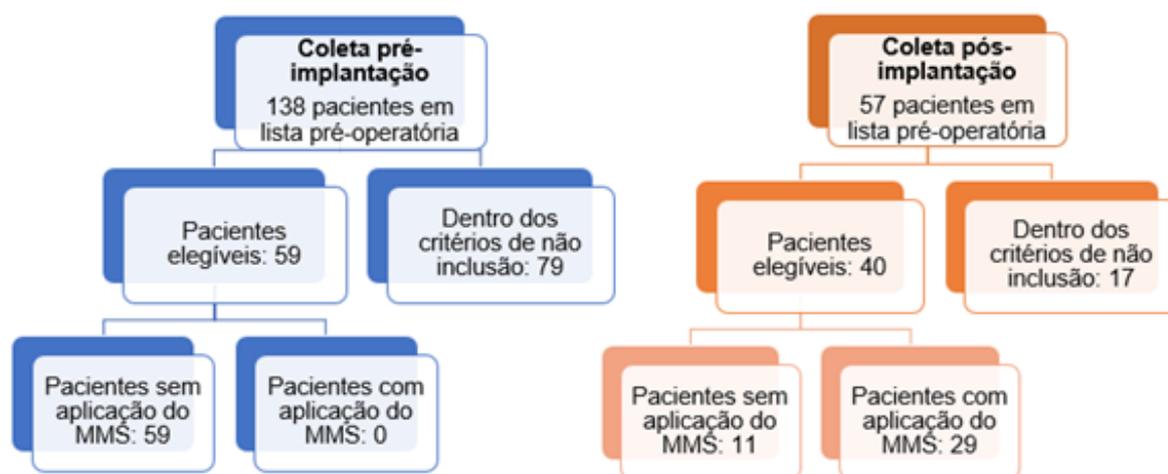


Figura 2 – Fluxograma de participação dos pacientes queimados em pré-operatório nos momentos pré e pós-implantação. Londrina, Paraná, Brasil, 2020

Fonte: Autores.

Tabela 1 – Variáveis demográficas e clínicas dos pacientes participantes da coleta de dados nos momentos pré (n=59) e pós-implantação (n=40). Londrina, Paraná, Brasil, 2020

Variáveis	Pré-implantação	Pós-implantação	†valor-p
Sexo			†0,496
Feminino	*36 (61,0)	*23 (57,5)	
Idade (em anos)			†0,366
≤12	*3 (5,1)	*0 (0,0)	
13-60	*44 (74,6)	*32 (80,0)	
≥61	*12 (20,3)	*8 (20,0)	
Local de internação			†0,299
UTI	*18 (30,5)	*12 (30,0)	
Enfermaria	*41 (69,5)	*28 (70,0)	
			§valor-p
Proporção da superfície corporal queimada	‡13,0 (7,8;25,0)	‡10,0 (8,0;16,0)	§0,121
Número de procedimentos realizados	‡8,0 (4,0;13,0)	‡9,0 (5,0;15,0)	§0,623
Dias de internação	‡8,0 (5,0;15,0)	‡13,0 (7,0;20,5)	§0,108

Fonte: Autores.

Dados expressos em *n(%); †Teste Chi-quadrado; ‡Mediana (percentil 25;75); §Teste Mann-Whitney.

em uma unidade de queimados ou no paciente cirúrgico, a qual possibilitou sistematizar o processo, cumprindo etapas e passos a serem percorridos para a implantação.

Durante uma implantação, é necessário verificar se o conhecimento transferido é de fácil acesso, boa compreensão pelo público-alvo, utilizável e se produziu a mudança desejada. No entanto, as respostas a estas questões ainda são complexas e não há consenso entre os pesquisadores sobre a melhor forma de avaliar os benefícios do uso do conhecimento⁽¹⁷⁾.

Esforços tradicionais de avaliação que incidem sobre a eficácia ou efetividade, representam uma simplificação do ambiente e das intervenções utilizadas no processo. Ou seja, o impacto de intervenções complexas não pode ser satisfatoriamente mensurado por modelos avaliativos simples⁽¹⁸⁾.

A pesquisa de implantação de evidência, por ser multifatorial, pode utilizar múltiplos métodos e diferentes fontes de informações para proporcionar uma melhor compreensão,

envolvendo o problema de implementação. Isso acontece pelas atividades e efeitos do processo de implantação não serem lineares ou estáticos⁽¹⁰⁾.

As diferentes partes interessadas na tradução e intercâmbio do conhecimento devem definir antes de iniciar o processo de implementação, como o sucesso das intervenções será mensurado, realizar a mensuração e acompanhar periodicamente os resultados⁽¹⁸⁾. Esses apontamentos evidenciam a importância do papel do CPP como conselho multiprofissional, tomador de decisões e facilitador interno do processo, além do uso da ferramenta de melhoria PDSA que auxiliou no acompanhamento periódico dos resultados⁽¹¹⁾.

A partir da implantação do MMS no período pré-operatório constatou-se que o paciente queimado sente sede de grande magnitude. Esse conhecimento permite subsidiar os profissionais da enfermagem para que possam tratar esse sintoma de forma autônoma, intencional, concreta, embasados por evidências clínicas e de forma segura⁽³⁾.

Tabela 2 – Aceitabilidade e viabilidade do Modelo de Manejo da Sede pré-operatório na unidade de queimados na perspectiva dos profissionais da enfermagem (n=25). Londrina, Paraná, Brasil, 2020

Como você avalia a utilidade do manejo da sede para sua prática clínica	
Extremamente útil	64%
Muito útil	36%
Pouco útil	0%
Você considera possível utilizar o modelo de manejo da sede pré-operatória apresentado em sua prática clínica	
Sim	93%
Não	7%
Você considera possível utilizar alguma estratégia de alívio apresentada para o manejo da sede	
Sim	100%
Não	0%
Quais estratégias de alívio da sede apresentadas você considera que pode utilizar em sua prática clínica*	
Picolé de gelo	44%
Picolé mentolado	16%
Hidratante labial	32%
Goma de mascar mentolada	12%
Mais de uma estratégia	36%
Todas as estratégias	52%
Nenhuma estratégia	0%

Fonte: Autores.

*profissional poderia escolher mais de uma opção de estratégia de alívio.

Esta pesquisa ainda traz à tona um universo inexplorado até o momento – a sede do paciente queimado -, caracterizando a inserção do MMS nesse cenário como uma quebra dos paradigmas antes impostos a ele. Dentre estes, a crença de que sentir sede era um preço a ser pago para passar de forma segura pelos múltiplos períodos perioperatórios – característica dessa população- o que intensifica sobremaneira seu sofrimento.

Os resultados do estudo apontam que, no período pré-implantação, o sintoma sede não era visto de forma

intencional pelos profissionais da unidade de queimados, corroborando com estudos desenvolvidos sobre a sede em pacientes cirúrgicos⁽¹⁹⁾. Essa realidade parece ir ao encontro do desconhecimento do tema na literatura, pois não se encontram estudos que descrevam o tratamento da sede nos pacientes queimados⁽²⁾.

Partindo dessa vertente, preencher a lacuna entre a evidência científica e a prática clínica em um cenário que não percebia a necessidade desse movimento se mostrou um desafio aos pesquisadores. Foi essencial a utilização de um

arcabouço teórico inovador, que preconizasse intervenções pensadas e planejadas para o contexto, a fim de atingir as metas estabelecidas durante o processo de implantação^(8,20).

O uso da intervenção *EPIQ* orientou a composição do CPP, envolvendo os profissionais e incentivando-os a se apropriarem de seus problemas, facilitando a aceitação e maximizando o impacto da implantação da evidência na prática⁽⁸⁾. Esse grupo atuou como facilitador interno em todas as etapas do processo, auxiliando inclusive na sustentabilidade das práticas no momento que a facilitadora externa foi removida do cenário^(8,21). A importância desse grupo de facilitadores fica evidente com os resultados pós-implantação, os quais apontam para a adoção do MMS pré-operatório.

A presença da facilitação durante o processo de implantação foi ponto fundamental para o sucesso da adoção do MMS no CTQ^(6,20). A facilitadora externa deve ser capaz de permitir aos destinatários de um contexto específico (profissionais do CTQ) a adoção e aplicação adequada da inovação (MMS). Seu papel é construir um plano de mudança em conjunto com a equipe (CPP), que atenda ao indivíduo e as necessidades de aprendizado da equipe. Além disso, a facilitadora precisa funcionar de maneira flexível para se adaptar ao ambiente, pessoas envolvidas e questões específicas^(6,20).

Para a construção do plano de implantação de forma sistematizada durante a etapa de implantação da intervenção *EPIQ*, foi utilizada a ferramenta PDSA⁽¹¹⁾, que é recomendada por especialista da área para facilitar a tradução e intercâmbio do conhecimento⁽²⁰⁾. Esta ferramenta auxiliou em questões importantes, estabelecendo metas claras, demonstrando o potencial de melhoria, auditando e fornecendo *feedback* regular, possibilitando alterações de teste em pequena escala, mantendo dessa forma, a motivação e comprometimento da equipe⁽⁶⁾, colaborando para a fidelidade do processo.

Ao início de cada ciclo, a facilitadora externa junto ao CPP planejava as estratégias sob medida para o cenário, que seriam utilizadas para o alcance da meta previamente estabelecida, corresponsabilizando dessa forma, a equipe a se engajar nas estratégias. Para escolha das estratégias multifacetadas, foram considerados os achados em revisão sistemática sobre estratégias de implementação de evidências em países de baixa e média renda, sendo as principais: reuniões educacionais, capacitação de profissionais de saúde, divulgação educacional, facilitação da prática, formação de líderes de opinião locais, auditorias e *feedback*, intervenções personalizadas, educação do paciente, estratégias para melhorar a cultura organizacional, uso de meios de comunicação para apoio e lembretes aos pacientes⁽²²⁾. Outra meta-análise aponta que este planejamento pode aumentar as chances de uma implantação bem-sucedida⁽²³⁾.

No entanto, revisão sistemática *Cochrane* traz reflexões, indicando que intervenções personalizadas podem mudar a prática profissional, embora nem sempre sejam eficazes e, quando o são, o efeito é pequeno a moderado. Afirma que ainda não há evidências suficientes sobre as abordagens mais eficazes a serem adaptadas, incluindo como os determinantes devem ser identificados, como as decisões devem ser tomadas e sobre quais determinantes são mais importantes de se abordar, além de como as intervenções devem ser selecionadas para dar conta dos determinantes. Ademais, não há evidências sobre a relação custo-eficácia das intervenções personalizadas em comparação com outras intervenções para mudar a prática profissional. Portanto, pesquisas futuras devem procurar desenvolver e avaliar abordagens mais sistemáticas para a adaptação⁽¹⁷⁾.

Os dados apontaram que três dos quatro ciclos de PDSA atingiram as metas estabelecidas. O terceiro ciclo, referente ao pilar segurança, obteve porcentagem inferior à proposta anteriormente. Essa queda pode estar relacionada a alguns membros do CPP que atuavam como facilitadores internos estarem de férias, reduzindo a coordenação, estímulo e apoio na realização do MMS. Esse resultado expõe a importância de uma liderança envolvida e engajada na promoção e sustentação do processo de implantação⁽²⁴⁾.

Outro ponto a ser considerado é que o pilar três é referente a utilização de dois protocolos de segurança⁽³⁾, o que requer tempo e habilidades maiores. A complexidade da evidência pode ser uma barreira na sustentação da mudança de prática, principalmente em países de baixa e média renda, além da falta de familiaridade com o processo de implantação e a inexistência de cultura de incentivo a adoção de evidências na prática⁽²⁵⁾.

Outro fator foi a presença diária da facilitadora externa na unidade, com papel de facilitar a tradução e intercâmbio do conhecimento e disponibilidade para realizar inúmeras capacitações teóricas e práticas em todos os turnos, resultando em excelente cobertura dos profissionais. Em contrapartida, a implementação de evidências em saúde pública no Brasil está avançando lentamente, isso ocorre porque ainda não existe um quadro suficiente de cientistas e profissionais com a capacidade apropriada para a tradução da evidência e atuação como facilitadores permanentes⁽²⁶⁾.

Ponto favorável para a adoção da evidência pela equipe, foi a facilitadora externa também ser uma das autoras do MMS, contribuindo para o aumento da credibilidade do seu papel⁽²⁷⁾. Além disso, discute-se a importância da sensibilização sobre a problemática sede para a equipe, pautados nos dados basais (coleta pré-implantação) da unidade, antes mesmo de capacitá-los ao uso⁽⁶⁾.

A visível mudança quantitativa das avaliações pré e pós-implantação atestam a qualidade do referencial teórico escolhido para a implementação da evidência na prática⁽²⁸⁾.

Como limitações desse estudo podemos apontar a amostragem não probabilística, interrupção precoce da coleta pós-implantação devido a pandemia e a pesquisa não ter abarcado com profundidade a sustentabilidade da implantação. Estudiosos balizam que evidências adotadas e implementadas na prática muitas vezes não se sustentam após período maior de um ano⁽²⁹⁾. Isso pode acontecer principalmente em países de média e baixa renda devido as barreiras na adoção e disseminação das práticas baseadas em evidências. A complexidade da intervenção adotada, a falta de familiaridade dos profissionais com o processo de implantação, recursos humanos limitados, falta de apoio no local da implantação e a alta rotatividade de profissionais nas instituições, se caracterizam como barreiras para a sustentabilidade⁽²⁵⁾. Todas essas características foram encontradas no cenário do CTQ, durante o processo de implantação⁽³⁰⁾.

Sustentabilidade pode ser definida como o grau em que uma inovação continua sendo utilizada após o término dos esforços iniciais para garantir que a adoção de evidência ocorreu⁽²⁵⁾. O escopo deste estudo não abarca toda a profundidade requerida, visando uma aproximação de sustentabilidade. No entanto, algumas iniciativas foram criadas voltadas para um vislumbre de sustentabilidade da implantação do projeto Paciente Sem Sede (PASS) no CTQ. Entre elas estão o desenvolvimento de três vídeos teórico-prático do MMS adulto e pediátrico, a fim de capacitar profissionais recém admitidos; transformar o MMS em indicador de qualidade do CTQ, sendo necessária a realização de auditorias e *feedback* regulares para e pelos profissionais; desenvolvimento de panfleto para entregar ao paciente/acompanhante no momento da admissão, com informações sobre o MMS; e criação de um grupo entre a facilitadora externa e enfermeiras facilitadoras internas do projeto, para serem a ponte de continuidade.

Recomenda-se a realização de estudos futuros nesta mesma unidade com o objetivo de avaliar o comportamento das mudanças adotadas a longo prazo e aprimorar estratégias para auxiliar a sustentação do projeto na manutenção das mudanças de prática obtidas. Esse é um trabalho constante e de sucessivas aproximações.

■ CONCLUSÃO

A implantação do Modelo de Manejo da Sede no pré-operatório teve aceitabilidade e viabilidade pela equipe de enfermagem na unidade de queimados, com adoção da evidência na prática clínica quando comparada a coleta

pré e pós-implantação. Além disso, apresentou fidelidade em três dos quatro ciclos de PDSA pelo alcance das metas propostas e houve alta cobertura das capacitações dos profissionais do CTQ.

O arcabouço teórico *KT* e a intervenção *EPIQ* escolhida para sistematizar o processo de implantação do MMS demonstraram-se adequados e inovadores para que houvesse uma implantação bem-sucedida.

Espera-se que os resultados apresentados e discutidos possam auxiliar em implantações futuras do MMS em cenários distintos, com o intuito de subsidiar os profissionais da enfermagem no tratamento desse sintoma de forma humanizada, intencional, segura, autônoma e embasada por evidências científicas e clínicas.

■ REFERÊNCIAS

1. Cork M, McArthur A, Douglas H, Wood F. Effectiveness and safety of perioperative enteral feeding in patients with burn injuries: a systematic review protocol. *JBI Database System Rev Implement Rep*. 2019;17(8):1607-15. doi: <https://doi.org/10.11124/JBISRIR-2017-004013>.
2. Togo HYA, Lopes EC. Preoperative fasting reduction in burned patients: a systematic review. *Burns Open*. 2020;4(4):176-82. doi: <https://doi.org/10.1016/j.burnso.2020.06.004>.
3. 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. doi: <https://doi.org/10.1002/aorn.12931>.
4. Zain S, Majid U. Introduction to knowledge translation in health care research. *URNCST J*. 2018;2(11):1-5. doi: <https://doi.org/10.26685/urncst.67j>.
5. Thirsk J. Knowledge translation. *Nutr Diet*. 2018;75(4):341-4. doi: <https://doi.org/10.1111/1747-0080.12466>.
6. Harvey G, Lynch E. Enabling continuous quality improvement in practice: the role and contribution of facilitation. *Front Public Health*. 2017;5:27. doi: <https://doi.org/10.3389/fpubh.2017.00027>.
7. Miller CJ, Smith SN, Pugatch M. Experimental and quasi-experimental designs in implementation research. *Psychiatry Res*. 2020;283:112452. doi: <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2019.06.027>.
8. Lee SK, Aziz K, Singhal N, Cronin CM. The Evidence-based practice for improving quality method has greater impact on improvement of outcomes than dissemination of practice change guidelines and quality improvement training in neonatal intensive care units. *Paediatr Child Health*. 2015 [cited 2022 Jul 15];20(1):e1-9. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4333759/pdf/pch-20-e1.pdf>.
9. Stevens BJ, Yamada J, Promislow S, Stinson J, Harrison D, Victor JC, et al. Implementation of multidimensional knowledge translation strategies to improve procedural pain in hospitalized children. *Implement Sci*. 2014;9:120. doi: <https://doi.org/10.1186/s13012-014-0120-1>.
10. Peters DH, Adam T, Alonge O, Agyepong IA, Tran N. Republished research: implementation research: what it is and how to do it. *Br J Sports Med*. 2014;48(8):731-6. doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.f6753>.
11. Christoff P, Pharm D. Running PDSA cycles. *Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care*. 2018;48(8):198-201. doi: <https://doi.org/10.1016/j.cppeds.2018.08.006>.

12. Gries K, Berry P, Harrington M, Crescioni M, Patel M, Rudell K, et al. Literature review to assemble the evidence for response scales used in patient reported outcome measures. *J Patient Rep Outcome*. 2018;2:41. doi: <https://doi.org/10.1186/s41687-018-0056-3>.
13. Nascimento LA, Fonseca LF, Santos CB. Inter-rater reliability testing of the safety protocol for thirst management. *J Perianesth Nurs*. 2018;33(4):527-36. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jopan.2016.07.008>.
14. Pierotti I, Nascimento LA, Rossetto EG, Furuya RK, Fonseca LF. Elaboration, validation and reliability of the safety protocol for pediatric thirst management. *Rev Latino Am Enfermagem*. 2020;28:e3321. doi: <http://doi.org/10.1590/1518-8345.3333.3321>.
15. Conchon MF, Fonseca LF. Efficacy of an ice popsicle on thirst management in the immediate postoperative period: a randomized clinical trial. *J Perianesth Nurs*. 2018;33(2):153-61. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jopan.2016.03.009>.
16. Serato VM, Fonseca LF, Birolim MM, Rossetto EG, Mai LD, Garcia AKA. Package of menthol measures for thirst relief: a randomized clinical study. *Rev Bras Enferm*. 2019;72(3):600-8. doi: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-00572021>.
17. Baker R, Camosso-Stefinovic J, Gillies C, Shaw EJ, Cheater F, Flottorp S, et al. Tailored interventions to address determinants of practice. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015;(4):CD005470. doi: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD005470.pub3>.
18. Wensing M, Grol R. Knowledge translation in health: how implementation science could contribute more. *BMC Med*. 2019;17(1):88. doi: <https://doi.org/10.1186/s12916-019-1322-9>.
19. Pereira EBF, Oliveira KNG, Santos MR, Modesto BCM, Souza CFQ, Aquino JM. Conhecimento, práticas e métodos para o alívio da sede no pós-operatório imediato entre profissionais de enfermagem. *Enferm Bras*. 2021;20(4):452-64. doi: <https://doi.org/10.33233/eb.v20i4.4259>.
20. Bergström A, Ehrenberg A, Eldh AC, Graham ID, Gustafsson K, Harvey G, et al. The use of the PARIHS framework in implementation research and practice – a citation analysis of the literature. *Implement Sci*. 2020;15(1):68. doi: <https://doi.org/10.1186/s13012-020-01003-0>.
21. Connolly SL, Sullivan JL, Ritchie MJ, Kim B, Miller CJ, Bauer MS. External facilitators' perceptions of internal facilitation skills during implementation of collaborative care for mental health teams: a qualitative analysis informed by the i-PARIHS framework. *BMC Health Serv Res*. 2020;20(1):165. doi: <https://doi.org/10.1186/s12913-020-5011-3>.
22. 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. doi: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD011086.pub2>.
23. Baskerville NB, Liddy C, Hogg W. Systematic review and meta-analysis of practice facilitation within primary care settings. *Ann Fam Med*. 2012;10(1):63-74. doi: <https://doi.org/10.1370/afm.1312>.
24. Harvey G, Kelly J, Kitson A, Thornton K, Owen V. Leadership for evidence-based practice – enforcing or enabling implementation? *Collegian*. 2019;27(1):57-62. doi: <https://doi.org/10.1016/j.collegn.2019.04.004>.
25. Hailemariam M, Bustos T, Montgomery B, Barajas R, Evans LB, Drahota A. Evidence-based intervention sustainability strategies: a systematic review. *Implement Sci*. 2019;14(1):57. doi: <https://doi.org/10.1186/s13012-019-0910-6>.
26. Andrade KRC, Pereira MG. Tradução do conhecimento na realidade da saúde pública brasileira. *Rev Saude Publica*. 2020;54:72. doi: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2020054002073>.
27. Azimi A, Fattahi R, Asadi-Lari M. Knowledge translation status and barriers. *J Med Lib Assoc*. 2015;103(2):96-9. doi: <http://doi.org/10.3163/1536-5050.103.2.008>.
28. Curan GRF, Rossetto EG, Castral TC. Using the knowledge translation framework to change practical care of central catheters in a Brazilian neonatal unit. *J Infect Dev Ctries*. 2017;11(6):445-52. doi: <https://doi.org/10.3855/jidc.7916>.
29. Tricco AC, Ashoor HA, Cardoso R, MacDonald H, Cogo E, Kastner M, et al. Sustainability of knowledge translation interventions in healthcare decision making: a scoping review. *Implement Sci*. 2016;11:55. doi: <https://doi.org/10.1186/s13012-016-0421-7>.
30. Garcia AKA, Conchon MF, Pierotti I, Zampar EF, Fonseca LF. Barriers and facilitators in the management of preoperative thirst of the burned patient in the light of Knowledge Translation. *Rev Esc Enferm USP*. 2021;55:e03764. doi: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2020039803764>.

■ **Agradecimentos:**

Coordenadoria de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes). Proc. 88882448691/2019-01 e 888887465257/2019-00. Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPQ – processo 425262/2018-9) – Projeto Universal.

■ **Contribuição de autoria:**

Administração de projeto: Aline Korki Arrabal Garcia, Marília Ferrari Conchon, Isadora Pierotti, Lígia Fahl Fonseca.

Análise formal: Aline Korki Arrabal Garcia, Leonel Alves do Nascimento, Lígia Fahl Fonseca.

Aquisição de financiamento: Aline Korki Arrabal Garcia, Marília Ferrari Conchon, Isadora Pierotti, Leonel Alves do Nascimento, Lígia Fahl Fonseca.

Conceituação: Aline Korki Arrabal Garcia, Marília Ferrari Conchon, Isadora Pierotti, Lígia Fahl Fonseca.

Curadoria de dados: Aline Korki Arrabal Garcia, Leonel Alves do Nascimento, Lígia Fahl Fonseca.

Escrita – rascunho original: Aline Korki Arrabal Garcia, Marília Ferrari Conchon, Isadora Pierotti, Leonel Alves do Nascimento, Thammy Gonçalves Nakaya, Robertha Pickina Santos, Carla Brandão de Oliveira, Lígia Fahl Fonseca.

Escrita – revisão e edição: Aline Korki Arrabal Garcia, Marília Ferrari Conchon, Isadora Pierotti, Leonel Alves do Nascimento, Thammy Gonçalves Nakaya, Robertha Pickina Santos, Carla Brandão de Oliveira, Lígia Fahl Fonseca.

Metodologia: Aline Korki Arrabal Garcia, Marília Ferrari Conchon, Isadora Pierotti, Leonel Alves do Nascimento, Thammy Gonçalves Nakaya, Robertha Pickina Santos, Carla Brandão de Oliveira, Lígia Fahl Fonseca.

Recursos: Aline Korki Arrabal Garcia, Marília Ferrari Conchon, Isadora Pierotti, Leonel Alves do Nascimento, Thammy Gonçalves Nakaya, Robertha Pickina Santos, Carla Brandão de Oliveira, Lígia Fahl Fonseca.

Supervisão: Aline Korki Arrabal Garcia, Lígia Fahl Fonseca.

Os autores declaram que não existe nenhum conflito de interesses.

■ **Autor correspondente:**

Aline Korki Arrabal Garcia
E-mail: alinekorki@yahoo.com.br

Recebido: 19.07.2022

Aprovado: 26.10.2022

Editora associada:

Rosana Maffaccioli

Editor-chefe:

Maria da Graça Oliveira Crossetti