



UNIVERSIDADE
ESTADUAL de LONDRINA

ISADORA PIEROTTI

**IMPLEMENTAÇÃO DO MANEJO DA SEDE:
INTERVENÇÃO NORTEADA PELA TRADUÇÃO E
INTERCÂMBIO DO CONHECIMENTO**

Londrina
2022

ISADORA PIEROTTI

**IMPLEMENTAÇÃO DO MANEJO DA SEDE:
INTERVENÇÃO NORTEADA PELA TRADUÇÃO E
INTERCÂMBIO DO CONHECIMENTO**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Londrina (UEL), como requisito parcial para à obtenção do título de Doutora em Enfermagem.

Orientadora: Profa. Dra. Ligia Fahl Fonseca.

Londrina
2022

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor, através do Programa de Geração Automática do Sistema de Bibliotecas da UEL

Pierotti, Isadora .

Implementação do Manejo da Sede: intervenção norteada pela Tradução e Intercâmbio do Conhecimento / Isadora Pierotti. - Londrina, 2022.
155 f. : il.

Orientador: Ligia Fahl Fonseca .

Tese (Doutorado em Enfermagem) - Universidade Estadual de Londrina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2022.

Inclui bibliografia.

1. Sede - Tese. 2. Pós-operatório imediato - Tese. 3. Enfermagem Baseada em Evidências - Tese. 4. Tradução e Intercâmbio do Conhecimento - Tese. I. Fonseca , Ligia Fahl. II. Universidade Estadual de Londrina. Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. III. Título.

CDU 616-083

ISADORA PIEROTTI

**IMPLEMENTAÇÃO DO MANEJO DA SEDE:
INTERVENÇÃO NORTEADA PELA TRADUÇÃO E
INTERCÂMBIO DO CONHECIMENTO**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Londrina (UEL), como requisito parcial para à obtenção do título de Doutora em Enfermagem.

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Ligia Fahl Fonseca
Universidade Estadual de Londrina - UEL

Profa. Dra. Edilaine Giovanini Rossetto
Universidade Estadual de Londrina - UEL

Profa. Dra. Sarah Nancy Deggau Hegeto de
Souza
Universidade Estadual de Londrina - UEL

Profa. Dra. Thaíla Corrêa Castral
Universidade Federal de Goiás - UFG

Profa. Dra. Rejane Kiyomi Furuya
Instituto Federal do Paraná - IFPR

Profa. Dra. Mauren Teresa Grubisich Tacla
Universidade Estadual de Londrina - UEL

Londrina, 08 de dezembro de 2022.

DEDICATÓRIAS

Dedico este trabalho aos meus pais, irmã e noivo, por todo apoio que me permitiu chegar até aqui.

Aos pacientes cirúrgicos que sentem sede no pós-operatório imediato e, aos profissionais de enfermagem que cuidam desses pacientes.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, por me guiar e cuidar do meu caminho.

Aos meus pais, por sempre me apoiarem. Obrigada por me proporcionarem essa oportunidade, além de um lar repleto de amor, fé e cuidado.

A minha irmã, por ser minha amiga e compartilhar minhas conquistas e desafios.

Ao meu noivo, por ser o grande companheiro de todos os dias. Obrigada pelo imenso apoio emocional, por incentivar minhas conquistas e por viver tudo isso comigo.

Ao Grupo de Estudo e Pesquisa da Sede, por proporcionar tantas oportunidades, aprendizado, experiências e superação. Agradeço especialmente aos amigos mais próximos que acompanharam minha trajetória: Ligia Fahl Fonseca, Marília Ferrari Conchon, Aline Korki Arrabal Garcia, Leonel Alves do Nascimento, Carla Brandão, Thammy Nakaya e Robertha Pickina. Cada um de vocês tem um lugar enorme em meu coração e minha eterna gratidão.

Aos colegas da turma de doutorado, por compartilharem as alegrias e desafios desta caminhada.

A professora Edilaine Giovanini Rossetto, por ser uma inspiração profissional e contribuir para o meu processo de formação.

A banca, por dividir este momento especial comigo e contribuir com tanto conhecimento para a melhoria deste trabalho.

A todos os docentes do departamento de enfermagem da Universidade Estadual de Londrina, por tanto ensino e acolhimento ao longo dos meus 12 anos de formação nesta instituição, em especial: Lígia Fahl Fonseca, Edilaine Giovanini Rosseto, Rosângela Pimenta Ferrari, Cibele Cristina Tramontini, Mara Garanhani e Maria do Carmo Haddad.

Aos profissionais de enfermagem do Centro Cirúrgico do Hospital Universitário de Londrina, pela participação neste trabalho e por dividirem comigo os momentos mais intensos e marcantes da minha trajetória acadêmica, em especial: Denise Rodrigues Costa, Flávia Regina Yoshida, Priscilla Ribeiro Caloni e Fabiele de

Oliveira Caetano.

As minhas amigas Marília Ferrari Conchon e Aline Korke Arrabal Garcia. Vocês contribuíram de forma especial para a realização deste trabalho, além de toda a parceria nos dias difíceis. Obrigada pelas conversas, conselhos e troca de experiências.

A Seção de Pós-Graduação, pelo suporte e oportunidades oferecidas neste processo.

A minha especialíssima orientadora Ligia Fahl Fonseca. Você é uma profissional excepcional e fonte de inspiração para diversas pessoas. Obrigada pelas oportunidades, por tanto ensinamento e por compartilhar momentos especiais que vão além da formação acadêmica. Você se tornou minha amiga. É um grande privilégio tê-la em minha vida.

A Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), pelo incentivo e estímulo à pesquisa por meio do fornecimento de bolsa durante um período do doutorado.

“Os que se encantam com a prática sem a ciência são como os timoneiros que entram no navio sem timão nem bússola, nunca tendo certeza do seu destino”.

Leonardo da Vinci

PIEROTTI, Isadora. **Implementação do manejo da sede:** intervenção norteada pela tradução e intercâmbio do conhecimento. 2022. 155 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2022.

RESUMO

Introdução: O Modelo de Manejo da Sede (MMS) reúne as melhores evidências para reduzir a sede dos pacientes no pós-operatório imediato de forma segura e efetiva. A lacuna existente entre o conhecimento científico e seu uso na prática indica que a simples disseminação de evidências não significa sua incorporação pelos profissionais que prestam o cuidado. Torna-se necessário utilizar um arcabouço teórico que fundamente e operacionalize a implementação de evidências na prática assistencial. **Objetivo:** Avaliar a adoção e a fidelidade da implementação do Modelo de Manejo da Sede no pós-operatório imediato, norteada pela Tradução e Intercâmbio do Conhecimento (TIC) e operacionalizada pela intervenção *Evidence-Based Practice for Improving Quality (EPIQ)*. **Método:** Estudo quase-experimental de tempo série do tipo pré e pós-teste, sem grupo controle. O estudo aconteceu entre novembro de 2020 a julho de 2021 no centro cirúrgico de um hospital universitário no sul do Brasil. A amostra constituiu-se de 236 eventos observados no pré-implementação e 198 no pós-implementação, durante a assistência de profissionais de enfermagem na Sala de Recuperação Anestésica (SRA). A implementação seguiu as duas etapas preconizadas pela intervenção *EPIQ*: Preparação e Implementação e Mudança. Dentre as fases percorridas encontram-se: realização do diagnóstico situacional, formação de um grupo de facilitadores, identificação de barreiras e facilitadores, reuniões com gestores da instituição, implementação da evidência utilizando múltiplas estratégias de TIC e, avaliação contínua do processo por meio da realização de três ciclos rápidos de melhoria contínua da qualidade - PDSA. Durante todo o período de implementação foram considerados os quatro elementos da TIC (síntese de evidências, disseminação, troca e aplicação eticamente sólida do conhecimento). A coleta de dados pré e pós-implementação e nas auditorias durante os ciclos aconteceu por meio da observação passiva da prática dos profissionais de enfermagem em SRA, com o objetivo de verificar a realização ou não dos quatro pilares do Modelo de Manejo da Sede. As variáveis de avaliação da implementação foram adoção e fidelidade, sendo que dois aspectos da fidelidade foram considerados: nível de adesão e alcance do público alvo. Realizou-se análise descritiva para apresentar os resultados dos ciclos rápidos e, o teste de Chi-quadrado para avaliar a variação da adoção do manejo da sede antes e após a implementação. **Resultados:** A adoção completa da evidência pela equipe de enfermagem foi de 28,2% no pré-implementação para 78,4% no pós-implementação ($p < 0,001$). A meta estabelecida, 70% de realização dos quatro pilares do Modelo de Manejo da Sede, foi superada em um dos três ciclos: 61,1%, 66,6%, 84,0%, indicando o nível de adesão dos profissionais ao uso da evidência. O alcance do público-alvo no primeiro ciclo foi de 100%. **Conclusão:** O arcabouço teórico TIC e a intervenção multifacetada *EPIQ* mostraram-se promissores para a implementação da evidência na prática assistencial, uma vez que proporcionaram aumento significativo na adoção do Modelo de Manejo da Sede. Os elementos considerados essenciais para a tradução do conhecimento para a prática foram a formação de um grupo gerenciador, a atuação de facilitadores, a identificação de

barreiras e facilitadores, e principalmente, a avaliação contínua do processo.

Palavras-chave: período de recuperação da anestesia; enfermagem perioperatória; sede; enfermagem baseada em evidências; ciência da implementação.

PIEROTTI, Isadora. **Implementation of thirst management:** intervention guided by knowledge translation. 2022. 155 p. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2022.

ABSTRACT

Introduction: The Thirst Management Model (MMS) brings together the best evidence to safely and effectively reduce the thirst of patients in the immediate postoperative period. The gap between scientific knowledge and its use in practice indicates that the simple dissemination of evidence does not necessarily mean its incorporation by care providers. It is required to use a theoretical framework that supports and operationalizes the implementation of evidence in care practice. **Objective:** To evaluate the adoption and fidelity of the implementation of the Model of Thirst Management in the immediate postoperative period, guided by the Knowledge Translation (KT) and operationalized by the Evidence-Based Practice for Improving Quality (EPIQ) intervention. **Method:** Quasi-experimental time-series study of the pre- and post-test type, with no control group. The study took place from November 2020 to July 2021 in the Operating Room Unit of a University Hospital in Southern Brazil. The sample consisted of 236 events observed in the pre-implementation and 198 in the post-implementation, during the care by nursing professionals in the the Post Anesthesia Care Unit. The implementation followed the stages recommended by the EPIQ intervention: Preparation, Implementation and change. Among the stages carried out are highlighted: performance of the situational diagnosis; formation of a group of facilitators; identification of barriers and facilitators; meetings with managers of the institution, implementation of the evidence using multiple KT strategies, and continuous evaluation of the process by performing three rapid cycles of continuous quality improvement - PDSA. Throughout the implementation period, the four elements of KT (evidence synthesis, dissemination, exchange, ethically sound application of knowledge) were considered. Data collection pre- and post-implementation and in the audits during the cycles happened through passive observation of the practice of nursing professionals in the Post Anesthesia Care Unit, in order to verify the realization or not of the four pillars of the Thirst Management Model. The variables to evaluate implementation were adoption and fidelity, and two aspects of fidelity were considered: degree of adherence and reach of the target audience. Descriptive analysis was performed to present the results of the rapid cycles and the Chi-square test was used to assess the variation in adoption of Thirst Management Model before and after implementation. **Results:** Complete adoption of the evidence by nursing staff was from 28.2% pre-implementation to 78.4% post-implementation ($p < 0.001$). The study's goal was set at 70% achievement of the four pillars of the Thirst Management Model, and was exceeded in one of the three cycles: 61.1%, 66.6%, 84.0%, indicating the level of adherence of professionals in the use of evidence. The reach of the target audience in the first cycle was 100%. **Conclusion:** The theoretical framework KT and the multifaceted intervention *EPIQ* showed promise for the implementation of evidence in care practice, since they provided significant increase in the adoption of the Thirst Management Model. The elements considered essential for the translation and exchange of knowledge into practice were the formation of a management group, the role of facilitators, the

identification of barriers and facilitators, and mainly the continuous evaluation of the process.

Key words: anesthesia recovery period; perioperative nursing; thirst; evidence-based nursing; implementation science.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Características do contexto, segundo a estrutura conceitual <i>Integrated Promoting Action on Research Implementation in Health Services (i-PARIHS)</i>	32
Quadro 2 – Resultados sugeridos para pesquisa de implementação segundo Proctor e colaboradores (2011).....	39
Quadro 3 – Fases da intervenção <i>EPIQ</i> segundo Lee e colaboradores (2009).....	50
Quadro 4 – Etapas da ferramenta de melhoria contínua da qualidade - PDSA e sua aplicação nesta pesquisa.....	53
Quadro 5 – Prevalência, intensidade e verbalização espontânea da sede em pacientes cirúrgicos.....	54
Quadro 6 – Atividades realizadas nas fases da intervenção multifacetada <i>EPIQ</i>	67
Quadro 7 – Ciclos de melhoria contínua da qualidade - PDSA para avaliação do processo de implementação (estratégias de TIC, meta, público alvo e indicador de avaliação).....	70
Quadro 1 – (Manuscrito 1) Atividades realizadas para implementação do MMS segundo a intervenção <i>EPIQ</i>	80
Quadro 2 – (Manuscrito 1) Barreiras e estratégias para enfrentamento levantadas pelo CPP	82
Quadro 3 – (Manuscrito 1) Ciclos de melhoria contínua da qualidade - PDSA para implementação do MMS e avaliação do processo (estratégias de TIC, meta, público-alvo e indicador de avaliação).....	86

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Nomenclaturas em inglês e português para TIC extraído do estudo de Vieira, Gastaldo e Harrison (2020)	28
Figura 2 – Exemplo de escala para avaliação da intensidade da sede	59
Figura 3 – Escala de Face (EF) adaptada para avaliação da sede em crianças	59
Figura 4 – Escala de Desconforto da Sede Perioperatória (EDESP)	60
Figura 5 – Protocolo de Segurança para o Manejo da Sede (PSMS)	61
Figura 6 – Protocolo de Segurança para o Manejo da Sede Pediátrica (PSMSP)	62
Figura 1 – (Manuscrito 1) – Logo projeto Paciente Sem Sede (PASS)	83
Figura 1 – (Manuscrito 2) – Etapas de Preparação e Implementação e Mudança de acordo com a intervenção EPIQ	99

LISTA DE TABELAS

- Tabela 1** – (Manuscrito 2) – Caracterização dos profissionais e pacientes participantes da coleta de dados nos momentos pré e pós-implementação. Londrina, PR, Brasil, 2021103
- Tabela 2** – (Manuscrito 2) – Variação na adoção do MMS pelos profissionais de enfermagem nos momentos pré e pós-implementação. Londrina, PR, Brasil, 2021104
- Tabela 3** – (Manuscrito 2) – Nível de adesão da evidência pelos profissionais de enfermagem durante a implementação do MMS. Londrina, PR, Brasil, 2021105

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AAGBI	Association of Anaesthetists of Great Britain and Ireland
ADH	Hormônio antidiurético
ASA	American Society of Anaesthesiologists
CPP	Conselho de Pesquisa Prática
CIHR	Canadian Institutes of Health Research
GPS	Grupo de Estudo e Pesquisa da Sede
EDESP	Escala de Desconforto da Sede Perioperatória
EF	Escala de Faces
EVA	Escala Visual Analógica
EPIQ	Evidence-based Practice for Improving Quality/ Prática Baseada em Evidências para a Melhoria do Processo de Qualidade
i-PARIHS	Integrated Promoting Action on Research Implementation in Health Services
KT	Knowledge Translation
TIC	Tradução e Intercâmbio do Conhecimento
ML	Mililitro
OMS	Organização Mundial da Saúde
PARIHS	Promoting Action on Research Implementation in Health Services/ Promovendo a ação sobre a aplicação de Pesquisa em Serviços de Saúde
PBE	Prática Baseada em Evidência
PDSA	Plan- Do-Study-Act
PSMS	Protocolo de Segurança do Manejo da Sede
PSMSP	Protocolo de Segurança do Manejo da Sede Pediátrica
SPSS	Statistical Package for Social Sciences
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TRPM8	Transient Receptor Potential Melastatin 8
POI	Pós-operatório imediato
SRA	Sala de Recuperação Anestésica
UEL	Universidade Estadual de Londrina

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	17
2	REVISÃO DA LITERATURA	24
2.1	PRÁTICA BASEADA EM EVIDÊNCIAS.....	24
2.2	<i>KNOWLEDGE TRANSLATION (KT)</i>	27
2.2.1	Evidências	31
2.2.2	Contexto/Cenário.....	32
2.2.3	Barreiras e Facilitadores.....	33
2.2.4	Estratégias/intervenções	35
2.2.5	Avaliação	39
2.2.6	Sustentabilidade	44
2.2.7	Modelos de KT - <i>Integrated Promoting Action on Research Implementation in Health Services (i-PARIHS)</i>	46
2.2.7.1	Inovação.....	47
2.2.7.2	Destinatário	47
2.2.7.3	Contexto	48
2.2.7.4	Facilitação	48
2.2.8	<i>Evidence-Based Practice for Improving Quality (EPIQ)</i>	49
2.3	CICLOS DE MELHORIA CONTÍNUA DA QUALIDADE - PDSA	52
2.4	SEDE E O PACIENTE CIRÚRGICO.....	53
2.4.1	Modelo de Manejo da Sede (MMS).....	57
4.1.1.1	Pilar 1 – Identificação	58
4.1.1.2	Pilar 2 – Mensuração.....	58
4.1.1.3	Pilar 3 – Segurança	60
4.1.1.4	Pilar 4 – Estratégia	62
3	OBJETIVOS	64
3.1	OBJETIVO GERAL.....	64
3.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	64
4	MÉTODOS	65
4.1	TIPO DE ESTUDO.....	65

4.2	LOCAL DO ESTUDO	65
4.3	PARTICIPANTES DO ESTUDO	66
4.4	COLETA DE DADOS	66
4.5	VARIÁVEIS	71
4.6	ANÁLISE DOS DADOS	73
4.7	ASPECTOS ÉTICOS	73
5	RESULTADOS	75
5.1	MANUSCRITO 1: REFLEXÕES SOBRE A IMPLEMENTAÇÃO DO MANEJO DA SEDE NO PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO EM UM CENÁRIO BRASILEIRO	76
5.2	MANUSCRITO 2: IMPLEMENTAÇÃO DO MANEJO DA SEDE NO PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO NORTEADA PELA TRADUÇÃO E INTERCÂMBIO DO CONHECIMENTO.....	95
6	CONCLUSÃO	117
	REFERÊNCIAS	119
	APÊNDICES	138
	APÊNDICE A – Roteiro de coleta de dados	139
	APÊNDICE B – Impresso perioperatório após a realização da pesquisa	142
	APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	148
	APÊNDICE D – Termo de Confidencialidade e Sigilo	150
	ANEXOS	151
	ANEXO A – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa	152

1 INTRODUÇÃO

O paciente cirúrgico apresenta elevado risco para sentir sede no pós-operatório imediato (POI), devido a diversos fatores intrínsecos ao ato anestésico cirúrgico. Dentre eles encontram-se a ansiedade, uso de medicamentos como opióides e anticolinérgicos, intubação orotraqueal que resultam na diminuição da produção de saliva com consequente ressecamento da cavidade oral (BELETE et al., 2022; GUGGENHEIMER; MOORE, 2003; LEE et al., 2020; MEDEIROS; PENICHE, 2006; ORTENZI, 2006). Além disso, o jejum pré-operatório prolongado também favorece a presença de sede (AGUILAR-NASCIMENTO; PERRONE; PRADO, 2009; AL-ROBEYE et al., 2020; CARVALHO et al., 2020; FRYKHOLM et al., 2018; SILVA; ARONI; FONSECA, 2016).

O jejum pré-operatório é um cuidado importante para o paciente cirúrgico, pois, tem como finalidade evitar a broncoaspiração do conteúdo gástrico (AGUILAR-NASCIMENTO; PERRONE; PRADO, 2009; FRYKHOLM et al., 2018). Tradicionalmente, os pacientes eram mantidos em jejum absoluto por períodos de oito a doze horas como forma de prevenir o aumento do conteúdo gástrico e consequentemente, risco de broncoaspiração. Essa prática era adotada quando as técnicas anestésicas ainda eram rudimentares (AGUILAR-NASCIMENTO; PERRONE; PRADO, 2009).

No entanto, evidências indicam que períodos maiores de jejum não se mostram mais seguros (AGUILAR-NASCIMENTO; PERRONE; PRADO, 2009; AMARAL et al., 2020; BRADY et al., 2009; MORO, 2004;) e aumentam o conteúdo ácido estomacal (AMARAL et al., 2020; SUTHERLAND; STOCK; DAVIES, 1986).

Nesse sentido, atualmente discute-se que tempos prolongados de jejum são desnecessários, resultam em diversos prejuízos aos pacientes e configuram uma prática não baseada nas melhores evidências (AGUILAR-NASCIMENTO et al., 2017; AGUILAR-NASCIMENTO; PERRONE; PRADO, 2009; CAMPOS et al., 2018; FRYKHOLM et al., 2018).

Diversas associações internacionais de anestesiologia como a *American Society of Anaesthesiologists (ASA)*, *Association of Anaesthetists of Great Britain and Ireland (AAGBI)* e a *European Society of Anaesthesiology (ESA)* tem questionado o jejum pré-operatório prolongado e publicaram recomendações

incentivando que líquidos claros sejam ingeridos até duas horas antes do procedimento anestésico cirúrgico (ASA, 2017). No Brasil, uma das iniciativas neste sentido, se iniciou com o protocolo multimodal ACERTO (Aceleração da Recuperação Total no pós-operatório), originalmente implantado em 2005. Dentre os aspectos abordados pelo ACERTO incluem-se a abreviação do jejum pré-operatório e a realimentação precoce no pós-operatório (AGUILAR-NASCIMENTO et al., 2017). O ACERTO também recomenda duas horas de jejum para líquidos claros (AGUILAR-NASCIMENTO et al., 2017).

As sociedades de anesthesiologia pediátrica da Europa, Canadá e Austrália/Nova Zelândia recomendam um período ainda mais breve. As crianças podem receber líquidos claros até uma hora antes da anestesia - quando não há contraindicação (ROSEN; GAMBLE; MATAVA, 2019; THOMAS et al., 2018), sendo o volume sugerido de 3 mL/kg (THOMAS et al., 2018).

Observa-se que houve avanço na literatura referente ao jejum pré-operatório, sendo a abreviação indicada e fundamentada em diversos estudos. Pesquisas com essa finalidade no POI são mais recentes e se encontram em menor quantidade. Ainda assim, os resultados sugerem a ingestão de líquidos precocemente, ainda na Sala de Recuperação Anestésica (SRA).

Estudo realizado com 154 pacientes adultos submetidos a operações de médio porte em cirurgia geral, investigou o uso da conduta de realimentação pós-operatória “ultra precoce”. Os autores consideraram “ultra precoce” a ingestão oral de líquidos claros, sendo um copo de 400ml enriquecido com maltodextrina 12,5% (50g), em SRA. Os resultados apontaram que não houve diferença no percentual de complicações entre pacientes que receberam ou não a realimentação “ultra precoce”. A presença de vômito, por exemplo, foi de 11,1% em pacientes que receberam a realimentação, contra 10% em pacientes que não receberam. Nesse sentido, os autores apontam que essa conduta pode ser adotada (FRANCO et al., 2020).

Estudos realizados com pacientes pediátricos apresentam variação do volume de líquido ofertado, desde 0,5 ml/kg (TANDALE et al., 2021), até “de acordo com sua necessidade” (ATALAY et al., 2016; RADKE et al., 2009). Em relação ao tempo para ingestão, houve variação entre “imediatamente após se recuperar da anestesia geral” (WU et al., 2021; YIN et al., 2020;) até crianças que receberam líquido em média 2,93 horas de recuperação anestésica (CHAUVIN et al., 2017).

Destaca-se que em nenhum estudo a ingestão precoce de líquido foi relacionada com maior ocorrência de complicações. As principais variáveis observadas nestas pesquisas relacionam-se à presença de complicações como náusea, vômito, dor, entre outras. (ATALAY et al., 2016; CHAUVIN et al., 2017; RADKE et al., 2009; TANDALE et al., 2021; WU et al., 2021; YIN et al., 2020). Além disso, vantagens relevantes como retorno precoce e rápido à dieta normal, mobilização precoce, redução da sede e aumento da satisfação, foram encontradas (TANDALE et al., 2021). Dois estudos tiveram como objetivo avaliar os escores da sede após a ingestão do líquido (WU et al., 2021; YIN et al., 2020). Em ambos, houve diferença estatisticamente significativa na redução da sede nos grupos que receberam líquidos precocemente. Em um deles, 300 crianças foram randomizadas entre: grupo de estudo (receberam uma pequena quantidade de água instantaneamente após a recuperação da anestesia geral) e grupo controle (receberam uma pequena quantidade de água 4 a 6 horas após a recuperação da anestesia geral). A sede foi avaliada 20 minutos após a ingestão de líquido (pelo grupo de estudo), sendo a taxa de sede de 41,3% *versus* 87,7% no grupo controle (WU et al., 2021).

Embora o jejum seja um fator preponderante para o desenvolvimento da sede, outros aspectos relacionados à gênese desse sintoma devem ser considerados. A sede é considerada multidimensional e complexa, envolvendo aspectos fisiológicos, motivacionais, afetivos, ambientais, culturais e diferenças individuais como gênero e idade (ARMSTRONG; KAVOURAS, 2019; CONCHON et al., 2015). Além disso, especialmente no POI, ela pode ser mais intensa devido aos medicamentos anestésicos (BELETE et al., 2022; LEE et al., 2020).

A sede apresenta elevada prevalência no POI, em todas as faixas etárias, sendo que aproximadamente 90% dos pacientes sentem este sintoma (PIEROTTI et al., 2018a; PIEROTTI et al., 2018b; RIVIEIRA et al., 2022). Frequentemente, apresenta sinais e sintomas específicos como boca, lábios e garganta seca, língua e saliva grossa, dificuldade de deglutição, gosto ruim na boca, vontade de beber água, cavidade oral e lábios ressecados e esbranquiçados, constante deglutição de saliva, dor na garganta e comportamento de busca por água ao ter os lábios umedecidos por alguém (CAMPANA et al., 2015; MARTINS et al., 2017).

Embora a sede seja um sintoma tão presente e seu manejo algo primordial para o bem-estar humano, durante muitos anos foi subvalorizada e

subtratada pela equipe de saúde (GARCIA et al., 2017a; PAVANI; FONSECA; CONCHON, 2016). Além disso, não fazia parte dos cuidados prestados aos pacientes em POI. Somado a falta de intencionalidade da equipe para avaliar a presença de sede, a maioria dos pacientes adultos e idosos não a verbaliza espontaneamente. O relato espontâneo da sede é de apenas 14,8% entre os adultos e 6% nos idosos (PIEROTTI et al., 2018b). Já as crianças, verbalizam com maior frequência, sendo que mais da metade referem sede quando a sentem (PIEROTTI et al., 2018b; RIVIEIRA et al., 2022). Isso é relevante para a prática, pois, a falta de olhar da equipe e o silêncio do paciente (GARCIA et al., 2017b) corroboram para que a sede seja ainda mais presente e intensa.

Os fatores que influenciam a sede são classificados como homeostáticos ou não homeostáticos (antecipatórios). A sede homeostática inclui respostas hormonais à desidratação intracelular e hipovolemia extracelular (redução do plasma sanguíneo circulante e pressão sanguínea). Já a sede não homeostática está relacionada com fatores orofaríngeos, ambientais, sociais, culturais, distensão gástrica, características do líquido e preferências individuais (ARMSTRONG; KAVOURAS, 2019).

Esse conhecimento é particularmente importante, pois, evidencia que diversos fatores estão relacionados com a gênese da sede (motivação para ingerir líquido). Muitos profissionais acreditam que oferecer fluido endovenoso aos pacientes e conseqüentemente, reestabelecer o equilíbrio hidroeletrólítico, seja suficiente para evitar a presença de sede. Porém, quando se considera a definição de sede não homeostática, com aspectos orofaríngeos como a boca seca, por exemplo, reflete-se a necessidade de pensar em outras abordagens para minorar ou evitar esse sintoma.

Fisiologicamente, a saciedade da sede é dividida em pré e pós-absortiva (ECCLES et al., 2013; LEIPER, 2005; SAKER et al., 2014; VERBALIS, 1991; VERBALIS, 2003; ZIMMERMAM et al., 2016). A saciedade pós-absortiva acontece após a completa absorção dos líquidos ingeridos. A redução da sede ocorre dentro de 12,5 a 25 minutos, posteriormente ao início da ingestão hídrica e é necessário grande volume de líquido para o reestabelecimento do equilíbrio hidroeletrólítico (ECCLES et al., 2013; LEIPER, 2005; VERBALIS, 1991). Já a saciedade pré-absortiva relaciona-se aos mecanismos antecipatórios como a ativação dos receptores orofaríngeos e os estímulos de presença de líquido na

cavidade oral e deglutição. A diminuição da sede acontece dentro de 2,5 a 5 minutos após o início do consumo de líquidos. Os mecanismos antecipatórios inibem a liberação de hormônio antidiurético (ADH) que é um dos principais hormônios envolvidos no equilíbrio hidroeletrólítico (ECCLES, 2013; LEIPER, 2005; SAKER et al., 2014; VERBALIS, 2003; VERBALIS, 1991; ZIMMERMAM et al., 2016).

Destaca-se que a saciedade pré-absortiva representa um caminho particularmente importante para o paciente cirúrgico, uma vez que a saciedade da sede é alcançada por outros mecanismos que não envolvem a ingestão de elevado volume de líquido (NAKAYA et al., 2021).

Dentre os mecanismos antecipatórios enfatiza-se a ativação de termorreceptores orofaríngeos denominados *Transient Receptor Potential Melastatin 8* (TRPM8). O TRPM8 é ativado na presença de substâncias mentoladas e temperatura fria e acionam vias neurais aferentes que se projetam até áreas cerebrais relacionadas a sensações de aliestesia e saciedade (ECCLES et al., 2013; MCKEMY; NEUHAUSSER; JULIUS, 2002; SAKER et al., 2014; ZIMMERMAN et al., 2016; ZIMMERMAN; LEIB; KNIGHT, 2017). Estas evidências explicam a efetividade e aceitabilidade de estratégias frias e mentoladas no alívio da sede (ARONI; NASCIMENTO; FONSECA, 2012; CHO; KIM; PARK, 2010; CONCHON; FONSECA, 2018; GARCIA et al., 2018; GARCIA et al., 2016; MOON; LEE; JEONG, 2015; YOON; MIN, 2011).

Considerando as evidências disponíveis sobre a origem e saciedade da sede, sua elevada prevalência no POI, somado à escassez de literatura sobre o alívio seguro e eficaz da sede do paciente cirúrgico, um grupo de enfermeiros perioperatórios passaram a estudar o tema. Desta forma, originou-se o Grupo de Estudo e Pesquisa da Sede (GPS) na Universidade Estadual de Londrina (UEL).

O GPS desenvolveu ao longo de aproximadamente 10 anos, diversas pesquisas e sintetizou as melhores evidências no Modelo de Manejo da Sede (MMS), no qual preconiza a realização de quatro pilares: identificação da sede e seus sinais, mensuração de sua intensidade e desconforto, avaliação da segurança por meio de protocolos e uso de estratégia fria ou mentolada (NASCIMENTO et al., 2020).

Ao longo do desenvolvimento de seus estudos sobre a sede, o GPS realizou diversas abordagens para disseminar esses conhecimentos no Centro Cirúrgico (CC) do Hospital Universitário de Londrina. A primeira abordagem teve

como finalidade sensibilizar a equipe de enfermagem sobre os aspectos relacionados à sede e inserir, registros sobre a presença e intensidade da sede no instrumento de avaliação do paciente no POI (GARCIA et al., 2015).

Esta primeira aproximação entre o GPS e o CC teve como ponto positivo a abertura do cenário/unidade para a inserção desse tema como parte do processo de cuidar em SRA. Como desafio, destaca-se a necessidade de romper as crenças relacionadas à ingestão de líquidos tão precocemente no POI. A sede configurava-se como um tema desconhecido, inovador e não fazia parte da cultura assistencial da instituição. Apesar da realização de diversos treinamentos posteriores com a equipe, identificavam-se lacunas na assistência ao paciente com sede e o MMS não estava totalmente implementado na prática.

O uso do conhecimento científico na prática clínica requer mudanças complexas de comportamento, além da consideração de múltiplos fatores que podem facilitar ou dificultar a sua implementação (GRAHAM et al., 2006). Adicionalmente, utilizar metodologias verticais como as capacitações não garantem a utilização do conhecimento adquirido pelos profissionais de saúde dentro do serviço (CIHR, 2016).

Neste contexto, foi desenvolvido no Canadá, o *Knowledge Translation* (KT), processo que visa superar a lacuna entre as evidências científicas e as práticas de saúde (CIHR, 2016). Com isso, espera-se levar os benefícios do conhecimento produzido ao maior número de pessoas e instituições possível, avaliando o impacto dessas intervenções – que pode ser na perspectiva da promoção da saúde, redução de danos e substituição ou eliminação de ações terapêuticas que sejam comprovadamente ineficientes e dispendiosas (VIEIRA; GASTALDO; HARRISON, 2019). No Brasil, o processo de KT tem sido descrito pelo termo Tradução e Intercâmbio do Conhecimento (TIC) (VIEIRA; GASTALDO; HARRISON, 2019).

A TIC é um processo complexo e multifacetado que envolve a realização de várias atividades (SUDSAWAD, 2007). Dentre elas estão o uso de teorias, modelos ou estruturas conceituais para sistematizar o processo de implementação a partir da utilização de intervenções multifacetadas que promovem a tradução do conhecimento para a prática clínica.

Diversos modelos e estruturas conceituais estão disponíveis para auxiliar o processo de TIC (MINOGUE et al., 2021; NGAMO et al., 2016;

SUDSAWAD, 2007), como o *Integrated Promoting Action on Research Implementation in Health Services (i-PARIHS)* (HARVEY; KITSON, 2016) – utilizado nesta pesquisa - que aborda conceitualmente os elementos essenciais para a implementação bem-sucedida (qualidade e tipo de evidência, características do cenário ou contexto e facilitação) (HARVEY; KITSON, 2016).

Estudos mostraram que as intervenções multifacetadas possuem maior eficácia para a mudança de comportamento (SQUIRES et al., 2014). Exemplo dessas intervenções é a *Evidence-based Practice for Improving Quality (EPIQ)*. Trata-se de uma abordagem multidimensional com foco na mudança da cultura organizacional e sustentação da mudança comportamental (LEE et al., 2009; LEE et al., 2011).

Diante do exposto, a justificativa para a realização deste estudo consiste no elevado número de pacientes que sentem sede por períodos prolongados no POI e, profissionais de saúde que não incluem o manejo da sede na assistência a estes pacientes, apesar das fortes evidências científicas existentes para seu manejo. O MMS reúne diversas evidências que possibilitam à equipe de enfermagem prestar uma assistência de qualidade ao paciente com sede no POI de forma humanizada, segura e eficaz, portanto, deve ser implementado na prática assistencial. Visto as dificuldades em traduzir o conhecimento científico para a prática clínica por meio de métodos passivos e pouco efetivos, faz-se necessário utilizar um arcabouço teórico que norteie o processo de implementação da evidência, considerando os múltiplos aspectos envolvidos.

Neste sentido, a pergunta de pesquisa é: Qual o nível de adoção e fidelidade no processo de implementação do Modelo Manejo da Sede no pós-operatório imediato, seguindo os pressupostos da Tradução e Intercâmbio do Conhecimento (TIC) e operacionalizada pela intervenção multifacetada *Evidence-based Practice for Improving Quality (EPIQ)*?

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 PRÁTICA BASEADA EM EVIDÊNCIAS

Atualmente existe um consenso global de que os profissionais de saúde adotem a Prática Baseada em Evidência (PBE) em seus serviços, para promover as melhores práticas, a eficácia clínica e a qualidade dos cuidados (KERR; RAINEY, 2021).

O termo “baseado em evidência” foi inicialmente utilizado pela medicina e teve seu conceito originado em uma Universidade no Canadá. David Sackett é considerado o pai da medicina baseada em evidências, ao descrevê-la como uma abordagem que combina evidências de pesquisa com habilidades clínicas e valores do paciente e preferências (KERR; RAINEY, 2021; SMITH, 2014). O uso desses três elementos auxilia na tomada de decisão dos profissionais para as melhores práticas.

O primeiro componente da PBE é a obtenção, avaliação e implementação das melhores evidências clínicas disponíveis. As melhores evidências podem se originar de uma variedade de fontes (KERR; RAINEY, 2021). Destaca-se que a evidência utilizada deve ser a mais robusta possível, portanto, a escolha da melhor evidência deve priorizar uma classificação proposta (MELNYK; FINEOUT-OVERHOLT, 2011), sendo ela:

Nível 1) revisões sistemáticas ou meta-análises de ensaios clínicos randomizados controlados ou diretrizes clínicas advindas de revisões sistemáticas;

Nível 2) evidência resultante de um ensaio clínico randomizado bem delineado;

Nível 3) evidência a partir de ensaio clínico bem delineado sem randomização;

Nível 4) evidência de estudos de coorte e caso controle;

Nível 5) evidência de revisões sistemáticas de estudos descritivos ou quantitativos;

Nível 6) evidência obtida a partir de um único estudo descritivo ou estudos qualitativos; e

Nível 7) evidência obtida de autoridades e comitês de especialistas.

Embora a classificação das evidências seja importante para determinar a evidência mais forte, autores argumentam que é fundamental que os profissionais utilizem suas habilidades de julgamento crítico para avaliar as fontes de evidência (MANTZOUKAS, 2008). As tomadas de decisões incluem o raciocínio clínico, com a utilização de dois conhecimentos – o explícito (evidência) e o tácito (saber acumulado). Sem experiência clínica, a prática esmagar-se-á por falta de elementos de prova, uma vez que mesmo evidências excelentes podem ser inaplicáveis ou inadequadas para um paciente em específico (BROEIRO, 2015).

O segundo componente refere-se à experiência clínica do profissional, ou seja, o julgamento que adquire através da experiência (SACKETT et al., 1996) por meio do próprio conhecimento e conjunto de habilidades. A evidência pode orientar, mas não deve substituir a experiência clínica, pois, a experiência revela se a evidência pode ser aplicada ao paciente individual (KERR; RAINEY, 2021; SACKETT et al., 1996).

O componente final da PBE está relacionado aos valores e preferências dos pacientes, que são cruciais para decidir sobre o manejo apropriado (HAYNES; HAINES, 1998). Ainda que excelentes evidências estejam disponíveis, podem ser inaplicáveis a um determinado paciente (SACKETT et al., 1996). Incorporar os valores e perspectivas dos pacientes alinha-se à abordagem centrada, na qual os pacientes são participantes ativos em seus cuidados (SIMINOFF, 2013).

Em 1990 outras áreas da saúde também passaram a utilizar o termo baseado em evidências, assim como a enfermagem (KERR; RAINEY, 2021). A PBE apresenta-se como recurso essencial para auxiliar os enfermeiros na tomada de decisões clínicas e gerenciais mais assertivas em situações complexas nos diferentes contextos (CAMARGO et al., 2018). Para tanto, é preciso ter habilidades para identificar e analisar criticamente as publicações científicas relevantes, e então, transformar o conhecimento produzido (CAMARGO et al., 2018).

O uso da PBE pode gerar mudanças na prática clínica ao contribuir com a melhora na qualidade do atendimento aos pacientes (melhores resultados); fornecer apoio para a tomada de decisões e apresentar potencial redução nos custos de atendimento (AL QADIRE, 2019; BEYEA; SLATTERY, 2013; INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES, 2012; MANTZOUKAS, 2008; MELNYK et al., 2018).

Embora os benefícios do uso da PBE sejam apontados, ainda se encontram diversos desafios para sua utilização, e sua implementação é baixa e lenta nos serviços de saúde (AL KHALAILEH et al., 2016; KERR; RAINEY, 2021; MATHIESON; GRANDE; LUKER, 2019; MELNYK et al., 2018). Estudo revelou que uma pesquisa primária leva em média 17 anos para que seja colocada em prática na área da saúde (BALAS; BOREN, 2000), sendo que 30 a 40% dos pacientes não recebem cuidados de saúde com base em evidência científica atual e relevante (GROL; GRIMSHAW, 2003).

As falhas na utilização das evidências de pesquisas para tomar decisões informadas em cuidados de saúde são evidentes entre os profissionais de saúde, os pacientes, cuidadores informais, gerentes e os formuladores de políticas. Além disso, a baixa adoção das evidências é identificada em países desenvolvidos e em desenvolvimento, e em todos os níveis da assistência (STRAUS; TETROE; GRAHAM, 2009).

Dentre os desafios identificados encontram-se a velocidade e quantidade de novas descobertas as quais o profissional de saúde está submetido, tornando-se cada vez mais difícil seguir e integrar na prática esse conhecimento atual (HO et al., 2003; STRAUS; TETROE; GRAHAM, 2009).

Para a área da enfermagem, especialmente, diversos desafios são apontados para o uso de evidências na prática: falta de tempo para ler artigos de pesquisa e implementar as novas ideias; recurso humano insuficiente; pouco acesso a informações de pesquisa; dificuldade em entender os métodos e resultados de pesquisas devido às terminologias usadas e à apresentação estatística dos resultados; falta de apoio administrativo; falta de conhecimento crítico para avaliar a qualidade da evidência; dificuldade de generalizar os resultados das pesquisas em diferentes culturas e realidades; escassez de autoridade e autonomia para mudar os procedimentos de cuidado na prática ou em uma cultura que adota a orientação de “sempre se fez assim” e ausência da abordagem da PBE na formação e nas vivências práticas (AL KHALAILEH et al., 2016; CARVALHO et al., 2018; KERR; RAINEY, 2021). Apesar desses desafios, os enfermeiros consideram a PBE importante e apresentam atitude positiva para seu uso (SAUNDERS; VEHVILÄINEN-JULKUNEN, 2016; YOO et al., 2019).

Além disso, existem as barreiras relacionadas às evidências disponíveis, como as próprias características das pesquisas em enfermagem quanto

ao seu potencial de responder a demandas ou problemas do cotidiano. Acresce-se a escassez de pesquisas metodológicas robustas e clinicamente relevantes de alta qualidade (AL KHALAILEH et al., 2016; CARVALHO et al., 2018).

Considerando a necessidade de os profissionais utilizarem as melhores evidências na prática e os desafios citados, diversos modelos, teorias e estruturas têm sido apontados pela literatura para a tradução do conhecimento (ESMAIL et al., 2020). Este estudo utilizou o arcabouço teórico *Knowledge Translation* (KT).

2.2 KNOWLEDGE TRANSLATION

O conceito de *Knowledge Translation* (KT) foi desenvolvido pelo *Canadian Institutes of Health Research* (CIHR) a fim de superar as barreiras relacionadas à implementação da evidência na prática clínica e preencher a lacuna entre o saber e fazer (STRAUS; GRAHAM, 2006). De acordo com o CIHR, o KT é:

processo dinâmico e interativo que inclui síntese, disseminação, intercâmbio, e aplicação ética do conhecimento para a melhoria da saúde dos canadenses e fornecer serviços e produtos de saúde mais eficazes e fortalecer o sistema de saúde (CIHR, 2016).

Outros termos são encontrados na literatura para se referir ao processo de utilização de evidências na prática (MCKIBBON et al., 2010; ANDRADE; PEREIRA, 2020). Dentre eles encontram-se: utilização da pesquisa (*research utilization*), ciência da implementação (*implementation science*), transferência de conhecimento (*knowledge transfer*) e mobilização do conhecimento (*knowledge mobilization*). A tradução para o português do termo KT e seu significado também não estão claramente estabelecidos na literatura brasileira (MARTÍNEZ-SILVEIRA, SILVA, LAGUARDIA, 2020).

O conceito proposto pelo CIHR oferece uma proposta complexa, uma vez que o processo de Tradução e Intercâmbio do Conhecimento (TIC) requer mudanças concretas (VIEIRA; GASTALDO; HARRISON, 2020). A TIC tem sido cada vez mais utilizada no Brasil como um dos termos que representam o processo de KT (VIEIRA; GASTALDO; HARRISON, 2020). Nesta pesquisa, optou-se por utilizar o termo Tradução e Intercâmbio do Conhecimento (TIC).

Este estudo apresentou os conceitos de TIC na literatura internacional e os apresentaram em um quadro:

Figura 1 – Nomenclaturas em inglês e português para a TIC, extraído do estudo de Vieira, Gastaldo e Harrison (2020).

	Inglês	Português	
<i>User Engagement</i>	<i>Knowledge Diffusion</i>	Difusão do conhecimento	Sem envolvimento dos usuários
	<i>Knowledge transfer/ dissemination</i>	Transferência/disseminação do conhecimento	
	<i>Research utilization/ use</i>	Uso/utilização da pesquisa	
<i>No User Participation</i>	<i>Knowledge transfer and uptake</i>	Transferência e adoção do conhecimento	Com envolvimento dos usuários
	<i>Knowledge translation</i>	Tradução ou translação do conhecimento	
	<i>Knowledge translation and exchange</i>	Tradução e intercâmbio do conhecimento	

Fonte: VIEIRA, A.C.G., GASTALDO, D., HARRISON D. Como traduzir o conhecimento científico à prática? Conceitos, modelos e aplicação. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 73, n. 5:e20190179, 2020.

Uma das principais características da TIC, é que ela engloba todas as etapas entre a criação de novos conhecimentos e seu uso para produção de melhores resultados para os indivíduos. Substancialmente, trocas efetivas devem acontecer entre os pesquisadores que criam novos conhecimentos e aqueles que os utilizam, caracterizando a TIC como um processo iterativo (SUDSAWAD, 2007). Neste sentido, a TIC envolve o engajamento e integração daqueles que utilizarão o conhecimento em todas as etapas da pesquisa, seja na tomada de decisões ou ainda no estabelecimento de protocolos na execução de seu serviço (CIHR, 2016).

Outra característica importante, é que a TIC tem como objetivo fazer do profissional o agente de mudança em seu processo de trabalho (STRAUS; TETROE; GRAHAM, 2009). Para isso, é preciso que o profissional utilize sua experiência e realidade local como componentes indispensáveis para a implementação de ações com elevada evidência científica (STEVENS et al., 2014a; STEVENS et al., 2014b).

Segundo o CIHR (2016), quatro elementos fundamentais integram a TIC, sendo eles: 1) síntese, 2) disseminação, 3) troca e, 4) aplicação ética do conhecimento.

A síntese refere-se à contextualização e integração dos resultados obtidos das pesquisas sobre um determinado tema (CIHR, 2016).

A disseminação visa identificar o público adequado para receber o conhecimento sintetizado, bem como, preconiza a adaptação da mensagem. Esse processo vai além da divulgação dos resultados das pesquisas por meio de mídias tradicionais (CIHR, 2016).

A etapa da troca envolve a integração entre os pesquisadores e os usuários do conhecimento, que podem ser gestores da área da saúde, profissionais da saúde ou o próprio paciente e seus familiares, ocasionando um processo de aprendizagem mútua. É necessário o estabelecimento de ligação e intercâmbio entre as partes interessadas, em um sistema de interações que podem variar em complexidade, intensidade e grau de envolvimento de acordo com a natureza da investigação e os resultados, bem como as necessidades específicas de conhecimento do utilizador (CIHR, 2016).

A aplicação ética do conhecimento tem como finalidade que o conhecimento seja aplicado para a melhoria da saúde de acordo com os princípios éticos, normas, valores sociais, legais e outros marcos regulatórios (CIHR, 2016).

Autores listaram cinco elementos essenciais para facilitar o processo da TIC, incluindo: 1) o que deve ser transferido (mensagem)? 2) A quem o conhecimento de pesquisa deve ser transferido? 3) Por quem o conhecimento de pesquisa deve ser transferido? 4) Como o conhecimento de pesquisa será transferido? e, 5) Com que efeito o conhecimento de pesquisa deve ser inserido? (LAVIS et al., 2003).

Nesse contexto, é possível sintetizar que o uso da TIC requer: comunicação constante e efetiva entre as partes interessadas, utilização de evidências robustas e adaptadas ao local de sua implementação (resultados de pesquisa e conhecimento/experiência profissional), identificação do público alvo; seleção de métodos/estratégias/intervenções efetivas para a tradução e intercâmbio do conhecimento, inclusão de diversos grupos de usuários do conhecimento, adaptação da mensagem para o público alvo e contexto, avaliação do impacto. Além disso, a TIC deve ser um processo interdisciplinar e não um processo linear ou

unidimensional em que a informação é apenas transmitida (LAVIS et al., 2003; SUDSAWAD, 2007).

Todos esses fatores indicam a complexidade do processo de TIC (SUDSAWAD, 2007). A utilização desse referencial, portanto, requer diversas habilidades.

Com o objetivo de integrar efetivamente as intervenções baseadas em evidências na prática, cientistas de implementação buscam alinhar seus esforços com a cultura e a prática de melhoria que está impulsionando a mudança nos sistemas de saúde em todo o mundo. Neste sentido, identificou-se a necessidade de tentar alinhar os campos da ciência da implementação e da melhoria da qualidade (LEEMAN et al., 2021). Os autores descreveram três desafios e cinco benefícios desse alinhamento, sendo eles:

Desafios: 1) a ciência da implementação e a prática de melhoria usam diferentes modelos, terminologia e abordagens, 2) a prática de melhoria produz conhecimento localmente específico, em vez de generalizável e, 3) a base de evidências para a eficácia da prática de melhoria é limitada (LEEMAN et al., 2021).

Benefícios: 1) fortalecer as parcerias de pesquisa/prática apoiando projetos de melhoria dos sistemas de saúde, 2) promover a propriedade local da implementação e manutenção da intervenção baseada em evidência, 3) empregar ferramentas de melhoria para gerar evidências baseadas na prática, 4) conduzir ciclos *Plan-Do-Study-Act* (PDSA) para desenvolver e refinar estratégias de implementação e, 5) construir a capacidade geral dos sistemas de saúde para implementar intervenções baseadas em evidências e melhorar o atendimento (LEEMAN et al., 2021).

Tanto a ciência da implementação, como a melhoria da qualidade, visam produzir conhecimento generalizável para orientar a melhoria dos serviços de saúde e os resultados de saúde, mas diferem em sua abordagem. A ciência da implementação concentra-se em aumentar a aceitação de intervenções baseadas em evidências, já a ciência da melhoria se concentra em medir e melhorar iterativamente os processos e sistemas de atendimento. Além disso, um princípio central da ciência da implementação é que as estratégias de implementação serão mais bem-sucedidas quando se alinharem com a cultura, infraestrutura e práticas existentes nos sistemas de saúde (LEEMAN et al., 2021).

Segundo os autores, o alinhamento da ciência da implementação com a melhoria da qualidade tem o potencial de melhorar a implementação e a sustentação de intervenções baseada em evidências. Ao concentrarem seus esforços em uma meta de melhoria comum e aproveitarem seus respectivos conhecimentos para o alcance dessa meta, os resultados serão positivos (LEEMAN et al., 2021).

Os principais elementos ou dimensões relacionadas ao processo de TIC serão apresentados a seguir.

2.2.1 Evidências

A evidência engloba três aspectos que devem ser utilizados, sendo eles: pesquisa, experiência clínica e as preferências do paciente (RYCROFT-MALONE et al., 2002).

As evidências derivadas das pesquisas podem resultar de ensaios clínicos randomizados, revisões sistemáticas e de outros métodos de pesquisa. Diferentes tipos de evidências são necessários para responder a diferentes questões clínicas (RYCROFT-MALONE et al., 2002). A experiência clínica é o “saber-fazer”, ou seja, o conhecimento, muitas vezes, tácito e intuitivo que está incorporado na prática. É preciso articular esse conhecimento com os resultados das pesquisas criticamente avaliados e com os valores dos pacientes.

As características do conhecimento podem afetar sua absorção em diferentes contextos, por isso, esforços têm sido realizados para aumentar a compreensão sobre esses fatores (HARVEY; KITSON, 2016). Raramente as pessoas utilizam as evidências na forma original de uma revisão sistemática ou diretriz clínica e as aplicam diretamente em um projeto de implementação. Ao contrário, incorporam evidências de várias maneiras diferentes, o que normalmente envolve adaptar a evidência original de alguma forma para se adequar a sua situação particular. Este é um processo pelo qual o conhecimento explícito é misturado com o conhecimento tácito baseado na prática (HARVEY; KITSON, 2016).

A evidência é um tipo de conhecimento e o (novo) conhecimento é a substância que precisa ser introduzida para gerar mudança e melhoria. A característica do conhecimento cria um conjunto de condições que o tornam mais ou menos provável de ser reconhecido e aplicado (HARVEY; KITSON, 2016).

Os elementos essenciais da inovação (evidência) são: 1) fontes de conhecimento subjacentes, 2) clareza, 3) grau de adequação com a prática e os valores existentes (compatibilidade ou contestabilidade), 4) usabilidade, 5) vantagem relativa, 6) testabilidade e, 7) resultados observáveis (HARVEY; KITSON, 2016).

2.2.2 Contexto/cenário

O contexto refere-se ao ambiente no qual os serviços de saúde são prestados e onde a intervenção pretende ser implementada. Trata-se de um elemento fundamental para a implementação bem-sucedida (HARVEY; KITSON, 2016).

Reitera-se a necessidade de se considerar os diferentes níveis de contexto, onde se incluem o micro, meso e macro, que podem permitir ou restringir a implementação (HARVEY; KITSON, 2016). Três elementos-chave do contexto são: 1) cultura organizacional, 2) liderança e a influência que tem frente aos profissionais e, 3) avaliação e *feedback* para monitoramento do processo de implementação (RYCROFT-MALONE, 2004).

O contexto interno inclui o cenário local imediato (uma enfermaria, unidade, departamento hospitalar ou equipe de cuidados primários) e a organização dentro em que esta unidade ou equipe está inserida. O contexto externo refere-se ao sistema de saúde mais amplo no qual a organização está baseada e reflete as infraestruturas políticas, sociais e regulatórias que cercam o contexto local (HARVEY; KITSON, 2016). O Quadro abaixo apresenta os elementos do contexto interno e externo nos níveis micro, meso e macro (HARVEY; KITSON, 2016).

Quadro 1 – Características do contexto, segundo a estrutura conceitual *Integrated Promoting Action on Research Implementation in Health Services (i-PARIHS)*.

Nível local	Nível organizacional	Nível do sistema de saúde externo
Apoio da liderança formal e informal	Prioridades organizacionais	Direcionadores de políticas e prioridades
Cultura	Liderança sênior e apoio à gestão	Incentivos e mandatos
Experiência anterior de inovação e mudança	Cultura	Estruturas regulatórias
Mecanismos para incorporar mudanças	Estrutura e sistemas	(In)estabilidade ambiental
Processos de	História de inovação e	Redes e

avaliação e <i>feedback</i>	mudança	relacionamentos interorganizacionais
Ambiente de aprendizagem	Capacidade de absorção	
	Redes de aprendizagem	

Fonte: HARVEY, G. KITSON, A. PARIHS revisited: from heuristic to integrated framework for the successful implementation of knowledge into practice. **Implementation Science**, v. 11, n. 33, 2016.

A análise do cenário permite prever os obstáculos que podem ser encontrados durante o processo de implementação. É preciso considerar o perfil dos profissionais, como eles pensam e atuam, as normas sociais e a cultura moral implícitas naquele contexto, suas hierarquias de poder, o ambiente físico, entre outras (POLAND; KRUPA; McCALL, 2009).

Para que a implementação aconteça de forma efetiva, os profissionais de saúde devem ser receptivos à mudança, e se envolverem com o processo de tradução do conhecimento. Além disso, a unidade que receberá a implementação deve estar aberta à mudança e apresentar uma cultura que a incentive (KHODDAM et al., 2014). Essa situação é muito importante, pois, a falta de receptividade do contexto tem sido apontada como uma barreira para a TIC (ENGBRETSSEN; SANDSET; ØDEMARK, 2017; OLSON; OUDSHOORN, 2019).

2.2.3 Barreiras e Facilitadores

A identificação de barreiras e facilitadores integra diversos modelos e teorias de tradução de conhecimento. Dentre eles, destaca-se o modelo conceitual denominado *Integrated Promoting Action on Research Implementation in Health Services (i-PARIHS)* (HARVEY; KITSON, 2016) e a intervenção *Evidence-Based Practice for Improving Quality (EPIQ)* (LEE et al., 2011).

Diversas barreiras estão relacionadas com a baixa utilização de evidências científicas na prática clínica (GARCIA et al., 2021; KAJERMO et al., 2010; MATHIESON; GRANDE; LUKER, 2019; MOORE et al., 2018; RITCHIE et al., 2016). Neste sentido, sua identificação é apontada como um dos elementos fundamentais no processo de KT.

Importa ressaltar que o levantamento das barreiras deve auxiliar na escolha de estratégias de implementação, fundamentadas no contexto alvo das

ações. A compreensão dos fatores que contribuem para o problema auxilia na combinação de métodos, ferramentas e intervenções multifacetadas adaptadas às necessidades dos usuários das novas evidências (BOSSE; BREUER; SPIES, 2006).

As barreiras relatadas na literatura envolvem fatores culturais, estruturais, profissionais e financeiros. Pode-se ainda, dividir as barreiras em individuais e organizacionais. As individuais são características próprias do profissional dentro do serviço, tais como a falta de conhecimento e habilidade. As organizacionais envolvem a administração, recursos, facilidades e a cultura do sistema.

Estudo avaliou barreiras e facilitadores para implementação de evidências em países de baixa e média renda (RITCHIE et al., 2016). As barreiras foram divididas em quatro níveis:

Sistema de saúde: falta de recursos materiais e humanos, problemas de comunicação e compartilhamento de informações e questões políticas (RITCHIE et al., 2016).

Prestador de serviço de saúde: formação inadequada (considerando-se a deficiência de conhecimento e habilidade) e falta de acesso ao conhecimento e atitudes e crenças institucionais (RITCHIE et al., 2016).

Paciente e comunidade: falta de recursos e conhecimento; crenças; e falta de recursos financeiros (RITCHIE et al., 2016).

Contexto: falta de comunicação e de confiança dos supervisores e dos profissionais; receio da implementação de alguma nova medida; e falta de responsabilidade para execução da evidência clínica (RITCHIE et al., 2016).

Um facilitador identificado no mesmo estudo foi a presença de sistemas aprimorados de monitoramento e avaliação, sendo capaz de fornecer dados para informar os esforços locais para melhorar as lacunas no atendimento e nos resultados dos pacientes (RITCHIE et al., 2016).

Estudo qualitativo objetivou explorar a percepção dos profissionais de saúde sobre barreiras e facilitadores, assim como a escolha de estratégias de enfrentamento para a implementação do MMS no pré-operatório em uma unidade de queimados. Os dados foram agrupados em cinco categorias: estrutura física, ambiente e insumos; particularidades do paciente queimado, recursos humanos, atitude da equipe; treinamento e educação da equipe (GARCIA et al., 2021). As principais barreiras relacionaram-se aos recursos humanos e atitude da equipe.

Dentre os facilitadores identificaram-se a sensibilização da equipe frente a evidente sede que o paciente queimado vivencia e a presença do freezer na unidade para armazenamento da estratégia fria de alívio da sede (GARCIA et al., 2021).

A facilitação é considerada um dos elementos principais do processo de implementação (HARVEY; KITSON, 2016). Definida como a “técnica pela qual uma pessoa torna as coisas mais fáceis para outras” (KITSON, HARVEY, MCCORMACK; 1998), ela descreve o tipo de apoio necessário para ajudar as pessoas a mudar suas atitudes, hábitos, habilidades e formas de pensar e trabalhar. Os facilitadores ajudam as pessoas envolvidas no contexto a compreender a evidência e como deve ser aplicada na prática. Os três elementos fundamentais da facilitação envolvem o seu propósito, o papel dos facilitadores e a habilidade e atributos que os facilitadores apresentam (RYCROFT-MALONE, 2004).

A facilitação ativa a implementação por meio da avaliação e resposta às características da inovação (evidência) e dos destinatários (indivíduos e equipes) dentro de seu cenário contextual. Para isso, é necessária a designação de um papel (o facilitador) e um conjunto de estratégias e ações (o processo de facilitação) para permitir a implementação. A presença ou ausência do sucesso da implementação pode ser observada na capacidade do facilitador e do processo de facilitação em permitir que os destinatários em seu contexto adotem e apliquem a inovação adaptando sua intervenção adequadamente (HARVEY; KITSON, 2016).

Os facilitadores podem ser internos ou externos ao sistema, ou ainda, uma combinação de ambos. Eles devem observar aspectos dos níveis da inovação, destinatários e contexto interno (local e organização) e externo. Além disso, precisam ser capazes de gerenciar projetos, apresentar habilidades de melhoria e capacidade de influenciar e negociar (HARVEY; KITSON, 2016).

2.2.4 Estratégias/intervenções

Uma intervenção de TIC é aquela que facilita a aceitação da pesquisa na prática e ou política, sendo também denominada de utilização da pesquisa. Quando as intervenções são direcionadas ao nível clínico, organizacional ou do sistema de saúde, também podem ser consideradas intervenções da ciência da implementação (SUDSAWAD, 2007).

A TIC envolve a realização de várias etapas em um processo, bem como, a utilização de intervenções para mudar o comportamento dos envolvidos. Modelos de TIC descrevem as etapas interativas (atividades TIC) para usar a pesquisa na prática (MOORE et al., 2018).

Importa considerar que as estratégias adequadas de TIC devem ser selecionadas considerando o objetivo geral do processo de TIC, o tipo de conhecimento traduzido, os usuários do conhecimento, as colaborações possíveis e os recursos disponíveis. Diversas estratégias foram descritas e apresentaram algum efeito ou resultado em determinado momento e contexto. Não há como estabelecer uma estratégia que seja efetiva em todos os contextos. No entanto, reforça-se o uso de abordagens que combinem mais de uma estratégia de TIC (intervenções múltiplas) (GOORTS; DIZON; MILANESE, 2021; NGAMO et al., 2016).

A implementação de intervenções pode ser desafiadora, principalmente se envolver mudanças complexas nas rotinas clínicas; em padrões colaborativos entre diferentes profissionais de saúde e disciplinas; no comportamento de provedores, pacientes ou outras partes interessadas; ou na organização do cuidado. Por isso, a escolha de estratégias efetivas é tão importante (PANTOJA et al., 2017).

Dentre as estratégias relatadas na literatura, observou-se que a maioria teve como foco a disseminação e implementação do conhecimento, e poucos estudos relataram estratégias envolvendo a criação de conhecimento (SUDSAWAD, 2007).

Recente revisão foi realizada visando avaliar a eficácia de estratégias para disseminar e implementar diretrizes baseadas em evidências em contexto de saúde (GOORTS; DIZON; MILANESE, 2021). As estratégias identificadas e avaliadas foram reuniões educativas, uso de líderes de opinião locais, intervenções mediadas pelo paciente e uma combinação de diferentes estratégias (intervenções multifacetadas). Em sua maioria, a avaliação das estratégias considerou resultados profissionais e do processo e apenas metade avaliou resultados do paciente (GOORTS; DIZON; MILANESE, 2021).

As estratégias multifacetadas foram apontadas como as mais eficazes para melhorar o conhecimento e a adesão às diretrizes e evidências (resultados profissionais). Reuniões educativas apresentaram efeito positivo significativo na adesão dos terapeutas às orientações e no aumento do

conhecimento. Não se identificou efeito significativo dos líderes de opinião locais nos resultados profissionais ou do processo. Para intervenções mediadas pelo paciente, encontraram-se efeitos significativos na relação custo-eficácia (GOORTS; DIZON; MILANESE, 2021).

Revisão anterior apresentou resultados semelhantes ao que se refere à eficácia das estratégias multifacetadas (GRIMSHAW et al., 2001). Além disso, o estudo apontou que embora as abordagens passivas sejam úteis para a sensibilização, são ineficazes e improváveis de resultar em mudança de comportamento. De forma geral, as estratégias foram eficazes em determinados momentos, e nenhuma foi eficaz em todas as situações (GRIMSHAW et al., 2001).

Em outra revisão as melhores estratégias foram as campanhas, encontros e materiais educacionais, auditorias e *feedbacks*, lembretes, intervenções mediadas por pacientes e intervenções organizacionais. Além disso, a revisão revelou que a maioria das intervenções produziu melhorias modestas a moderadas nos cuidados, com uma variação considerável dentro e entre as intervenções. Segundo os autores, não há um consenso para definir a escolha de uma estratégia que seja efetiva em situações diferentes, indicando a necessidade de mais estudos a respeito (GRIMSHAW, et al., 2004).

O estudo *Expert Recommendations for Implementing Change* apresentou 73 estratégias utilizadas na ciência da implementação, dentre elas: identificar e preparar campeões, distribuição de materiais educativos, facilitação da transmissão de dados clínicos aos provedores (POWELL et al., 2015).

Pesquisas recentes continuam apresentando definições e exemplos de intervenções de TIC. Em 2018, estudo considerou as atividades de TIC como: “as etapas usadas no processo de uso de evidências de pesquisa na prática”. Dentre os diversos exemplos citados, incluíram-se: avaliar barreiras e facilitadores, desenvolver parcerias, identificar problemas, adaptar o conhecimento ao contexto local; selecionar, adaptar e implementar intervenções, monitorar o uso do conhecimento, avaliar os resultados e, sustentar o uso do conhecimento. Já o conceito de intervenções TIC foi: “intervenções são usadas para mudar o comportamento para alinhar com as melhores práticas”. Alguns exemplos de intervenção incluíram: educação, lembretes, auditoria e *feedback*, mudanças na estrutura física, instalações e equipamentos, mudanças no sistema de monitoramento da qualidade, mudanças no ambiente e, uso de

campeão/líder de opinião (profissionais indicados por seus colegas como influentes na mudança de comportamento) (MOORE et al., 2018).

A maioria dos estudos aborda estratégias de tradução do conhecimento em países de alta renda. Recentemente, revisão da Cochrane teve como objetivo fornecer uma visão geral das evidências disponíveis sobre os efeitos das estratégias de implementação para sistemas de saúde em países de baixa renda (PANTOJA et al., 2017). As estratégias de implementação abordadas nos estudos foram agrupadas em quatro categorias: 1) organizações de saúde, 2) profissionais de saúde por tipo de intervenção, 3) profissionais de saúde para resolver um problema específico e, 4) destinatários de cuidados de saúde. O estudo revela que a maioria das evidências disponíveis concentra-se em estratégias direcionadas a profissionais de saúde e usuários de serviços de saúde, e se relaciona a resultados baseados em processos. As evidências dos efeitos das estratégias direcionadas às organizações de saúde são escassas (PANTOJA et al., 2017).

Observa-se que várias intervenções e estratégias estão disponíveis e podem estar focadas nos profissionais de saúde, pacientes, equipe ou nas organizações. Todas apresentam condições para ajudar de alguma maneira no processo de TIC para a prática.

Conforme descrito acima, as intervenções multifacetadas, ou seja, que combinam diversas intervenções apresentam maior eficácia para a mudança de comportamento (GOORTS; DIZON; MILANESE, 2021; NGAMO et al., 2016). Nesse sentido, desenvolveu-se no Canadá a intervenção *Evidence-based Practice for Improving Quality (EPIQ)*, traduzida como Prática Baseada em Evidência para a Melhoria do Processo de Qualidade. Trata-se de uma intervenção multifacetada de KT que tem a finalidade de fundamentar a implementação da evidência na prática clínica por meio de uma abordagem multidimensional que visa a qualidade do cuidado, mudança organizacional e principalmente a sustentação da mudança (LEE et al., 2011).

Aspectos importantes foram descritos para medir as estratégias de implementação, como: necessidade de nomear a estratégia, utilizando uma linguagem consistente com a literatura existente, definição operacional da estratégia de implementação e seus componentes distintos, especificação dos atores que executam a estratégia, ações implementadas e os alvos dessas ações, temporalidade do uso das estratégias e sua dosagem, resultados da implementação

afetados e, justificativa empírica, teórica ou pragmática para selecionar as estratégias de implementação (PROCTOR et al., 2013).

2.2.5 Avaliação

A avaliação da transferência do conhecimento para a prática ainda é desafiadora e não há consenso sobre as melhores formas de avaliar o sucesso de uma implementação (PRIHODOVA et al., 2018; PROCTOR et al., 2011). Há estudos que inferem o sucesso da implementação medindo os resultados clínicos ao nível do paciente, enquanto outros, medem os objetivos reais da implementação, quantificando, por exemplo, os comportamentos desejados. Embora os resultados de implementação possam ser divididos em três grupos (implementação, serviço e paciente), eles são interrelacionados (PROCTOR et al., 2011). Os resultados servem como pré-condições necessárias para alcançar as mudanças desejadas subsequentes nos resultados clínicos ou do serviço, uma vez que um tratamento não será eficaz se não for bem implementado (PROCTOR et al., 2011).

Além disso, a avaliação deve ir além dos resultados de eficácia, pois, quando focada apenas em um aspecto, pode gerar conclusões avaliativas sem nenhuma explicação ou compreensão necessária sobre a maneira como os resultados registrados podem ter sido produzidos (SALTHER; KOTHARI, 2014).

Com o objetivo de avançar nos conceitos e avaliações de uma implementação bem-sucedida, oito resultados foram sugeridos, sendo eles: aceitabilidade, adoção, adequação, viabilidade, fidelidade, custo de implementação, penetração e sustentabilidade. Segundo os autores, resultados de implementação foram definidos como: “os efeitos de ações deliberadas e propositais para implementar novos tratamentos, práticas e serviços” (PROCTOR et al., 2011). O quadro abaixo apresenta um resumo dos resultados de implementação sugeridos.

Quadro 2 – Resultados sugeridos para pesquisa de implementação segundo Proctor e colaboradores (2011).

Resultado	Definição/Características	Medição disponível
Aceitabilidade. Outros termos na literatura: - Satisfação com vários aspectos da inovação.	- Percepção entre as partes interessadas de que um determinado tratamento, serviço, prática ou inovação é agradável, palatável ou	- Entrevista semiestruturada. - Enquete.

	<p>satisfatório.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Deve ser avaliada com base no conhecimento ou experiência direta da parte interessada com várias dimensões do tratamento a ser implementado, como seu conteúdo, complexidade ou conforto. - Pode ser medida a partir da perspectiva dos profissionais e dos pacientes. - Presume-se que seja dinâmica, mudando com a experiência. 	
<p>Adoção. Outros termos na literatura:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Captação. - Utilização. - Implementação inicial. - Intenção de tentar. 	<ul style="list-style-type: none"> - Intenção, decisão inicial ou ação para tentar ou empregar uma inovação ou prática baseada em evidências. - Pode ser medida da perspectiva do provedor ou da organização. 	<ul style="list-style-type: none"> - Dados administrativos. - Observação. - Entrevistas qualitativas ou semiestruturadas.
<p>Adequação. Outros termos na literatura:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ajuste percebido. - Relevância. - Compatibilidade. - Aptidão. - Utilidade. - Praticabilidade. 	<ul style="list-style-type: none"> - Percepção de ajuste, relevância ou compatibilidade da inovação ou prática baseada em evidências para um determinado ambiente de prática, provedor ou consumidor. - Adequação percebida da inovação para abordar uma questão ou problema específico. - Deve ser diferenciada de aceitabilidade. Por exemplo, um tratamento pode ser considerado adequado em determinada condição, no entanto, suas características como protocolo rígido podem torná-lo inaceitável para o profissional. 	<ul style="list-style-type: none"> - Enquete. - Entrevistas qualitativas ou semiestruturadas.
<p>Viabilidade. Outros termos na literatura:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ajuste real ou 	<ul style="list-style-type: none"> - Extensão em que um novo tratamento, ou uma inovação, pode ser usado com sucesso. 	<ul style="list-style-type: none"> - Enquete. - Dados administrativos.

<p>utilidade.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Adequação para uso diário. - Praticabilidade. 		
<p>Custo.</p> <p>Outros termos na literatura:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Custo marginal. - Custo-efetividade. - Custo benefício. 	<ul style="list-style-type: none"> - Impacto do custo de um esforço de implementação. - Considera três aspectos: 1) intervenção, 2) complexidade da estratégia de implementação e, 3) local. 	<ul style="list-style-type: none"> - Dados administrativos.
<p>Fidelidade.</p> <p>Outros termos na literatura:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Entregue como pretendido. - Adesão. - Integridade. - Qualidade da entrega do programa. 	<ul style="list-style-type: none"> - Grau em que uma intervenção foi implementada conforme prescrito no protocolo original ou como pretendido pelos desenvolvedores do programa. 	<ul style="list-style-type: none"> - Observação. - Lista de verificação. - Autorrelato.
<p>Penetração.</p> <p>Outros termos na literatura:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nível de institucionalização. - Espalhar. - Acesso ao serviço. 	<ul style="list-style-type: none"> - Integração de uma prática dentro de um ambiente de serviço e seus subsistemas. 	<ul style="list-style-type: none"> - Auditoria de caso. - Lista de verificação. - “Número de pessoas elegíveis que utilizam um serviço, dividido pelo número total de pessoas elegíveis para o serviço”. - “Número de prestadores que prestam um determinado serviço ou tratamento, dividido pelo número total de prestadores treinados ou esperados para prestar o serviço”.
<p>Sustentabilidade.</p> <p>Outros termos na literatura:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Manutenção. - Continuação. - Durabilidade. - Incorporação. -Integração. - Institucionalização. -Uso sustentado. - Rotinização. 	<ul style="list-style-type: none"> - Medida em que um tratamento recém-implementado é mantido ou institucionalizado dentro das operações contínuas e estáveis de um ambiente de serviço. - Integração de um determinado programa dentro da cultura de uma organização por meio de 	<p>Auditoria de caso</p> <p>Entrevistas semi-estruturadas.</p> <p>Questionários</p> <p>Lista de verificação.</p>

	<p>políticas e práticas.</p> <p>- Apresenta três etapas determinantes: 1) passagem (único evento como a transição de financiamento temporário para permanente), 2) ciclo ou rotina (ou seja, reforço repetitivo da importância da intervenção baseada em evidências, incluindo-a em procedimentos e comportamentos organizacionais ou comunitários, como o orçamento anual e critérios de avaliação) e, 3) saturação de nicho (até que ponto uma intervenção baseada em evidências é integrada a todos os subsistemas de uma organização).</p>	
--	--	--

Fonte: PROCTOR, E. et al. Outcomes for Implementation Research: Conceptual Distinctions, Measurement Challenges, and Research Agenda. **Adm Policy Ment Health**, v. 38, n. 2, p. 65-76, 2011.

As variáveis adoção e fidelidade foram utilizadas na presente pesquisa, portanto, serão exploradas em maior profundidade a seguir.

Estudo sobre os resultados de implementação comparou, contrastou e integrou os resultados incluídos no RE-AIM (*Reach, Effectiveness, Adoption, Implementation, Maintenance*) e os resultados de implementação descritos por Proctor e colaboradores (2011). Comparações cruzadas foram realizadas entre as definições constitutivas de cada construto, em todas as estruturas, para reconciliar aparentes discrepâncias entre as abordagens e para distinguir entre os resultados da implementação e os antecedentes da implementação (REILLY et al., 2020).

A definição operacional expandida da adoção inclui: número, proporção e representatividade de organizações ou ambientes que concordam em realizar a intervenção, bem como o número, proporção, representatividade e experiência de indivíduos nesses locais que, em última instância, realizariam a intervenção (REILLY et al., 2020).

A fidelidade, por sua vez, 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 (CARROL et al., 2007; YAMADA et al., 2014).

Sua avaliação inclui dimensões mensuráveis ou codificáveis como: os provedores de intervenção foram recrutados e treinados; proporções em que o público-alvo foi atingido; quantidade de exposição que os participantes tiveram às atividades de intervenção (intensidade da intervenção) e a consistência com que os componentes da intervenção foram entregues em cada configuração (HAYNES et al., 2016).

A fidelidade apresenta componentes diversos dependendo da ótica de diferentes autores (CARROL et al., 2007; GEARING et al., 2011; HAYNES et al., 2016; PROCTOR et al., 2011). O conceito pode considerar 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 (CARROL et al., 2007; PROCTOR et al., 2011). Outra revisão apresentou quatro elementos centrais: desenho, treinamento, monitoramento da entrega da intervenção e recebimento da intervenção (GEARING et al., 2011).

A adesão é definida como "um programa de serviço ou intervenção está sendo entregue como foi projetado ou escrito". A dosagem ou exposição referem-se à quantidade de uma intervenção recebida pelos participantes (frequência e duração da intervenção acontecem como projetado). Além disso, este elemento considera a cobertura, na qual se indica se todas as pessoas que deveriam participar ou receber os benefícios de uma intervenção, realmente o fazem. A definição de qualidade de entrega é "a maneira pela qual um professor, voluntário ou membro da equipe oferece um programa". A responsividade do participante mede até que ponto os participantes respondem ou são engajados por uma intervenção e envolve julgamentos dos participantes ou destinatários sobre os resultados e a relevância de uma intervenção. O quinto elemento, diferenciação do programa, é definido como "identificação das características únicas de diferentes componentes ou programas" e determinação dos elementos essenciais para o seu sucesso (CARROL et al., 2007).

Há autores que discutem que cada um desses cinco elementos representa uma forma alternativa de medir a fidelidade. Outros, no entanto, argumentam que todos devem ser medidos para representar uma imagem

abrangente do processo. No entanto, as relações entre os vários elementos são complexas (CARROL et al., 2007).

Estudo realizado em 2007 apresentou nova estrutura conceitual para fidelidade, na qual, dois elementos foram adicionados: complexidade da intervenção e estratégias de facilitação. Adicionalmente, os autores sugerem que todos os elementos da fidelidade sejam medidos. Nesta estrutura conceitual, a mensuração da fidelidade de implementação foi definida como a “medição da adesão, ou seja, até que ponto os responsáveis pela entrega de uma intervenção realmente aderem à intervenção conforme delineada por seus idealizadores”. As subcategorias que integram a adesão são: conteúdo, frequência, duração e cobertura (ou seja, dose) Os moderadores são a complexidade da intervenção, estratégias de facilitação, qualidade de entrega e receptividade do participante (CARROL et al., 2007).

Outros exemplos de medidas da fidelidade, em relação ao monitoramento da entrega da intervenção, são: 1) contagens de frequência de quantas vezes um determinado comportamento ou técnica ocorre, 2) ocorrência ou não, que considera se os comportamentos prescritos aconteceram, 3) dose administrada, que considera a quantidade de conteúdo do programa recebida pelos participantes, medida por registros intervencionistas, listas de verificação ou registros de atendimento e, 4) formulações de casos, que são breves descrições do diagnóstico, opções de tratamento e prognóstico dos participantes geradas por clínicos experientes (GEARING et al., 2011).

Diante dos conceitos e dimensões apresentados, ressalta-se que o presente estudo buscou avaliar a adoção e fidelidade considerando alguns de seus aspectos e não sua totalidade. A definição de cada um será apresentada no método da tese. Além disso, foi um desafio identificar estudos semelhantes em realidade nacional, que também descrevessem o processo de implementação e sua avaliação.

2.2.6 Sustentabilidade

Embora seja frequentemente descrita como elemento fundamental da implementação de evidências na prática, ainda se configura como um dos maiores desafios relacionados a essa temática (MOORE et al., 2017; PENNO et al., 2019; SUDSAWAD, 2007; PROCTOR et al., 2015). Um dos motivos pode ser a falta de definições consistentes na literatura, o que resulta na falta de clareza para os

pesquisadores sobre como operacionalizar e medir a sustentabilidade. Além disso, grande parte da literatura sobre sustentabilidade permanece teórica (MOORE et al., 2017).

A sustentabilidade das intervenções é fundamental para garantir a qualidade dos cuidados em longo prazo para os pacientes (SUDSAWAD, 2007; TRICCO et al., 2016). Pode ser definida como "o grau em que uma inovação continua a ser usada após a conclusão dos esforços iniciais para garantir a adoção" (DAVIES; EDWARDS, 2013). Revisão sistemática mostrou que a maioria dos estudos, utiliza prazo de medição da sustentabilidade de dois anos ou mais após a implementação inicial (STIRMAN et al., 2012).

Outra definição de sustentabilidade a considerou como "medida em que um tratamento recém-implementado é mantido ou institucionalizado dentro das operações contínuas e estáveis de um ambiente de serviço" (PROCTOR et al., 2011).

Recentemente, uma definição abrangente de sustentabilidade incluiu cinco construtos: (1) após um período definido, (2) o programa, intervenção clínica e/ou estratégias de implementação continuam a ser entregues e/ou (3) a mudança de comportamento individual (ou seja, clínico, paciente) é mantida; (4) o programa e a mudança de comportamento individual podem evoluir ou se adaptar enquanto (5) continuar a produzir benefícios para os indivíduos/sistemas (MOORE et al., 2017).

Diversos termos foram identificados na literatura referentes à sustentabilidade, incluindo: apropriação, continuação, confirmação, durabilidade, incorporação, acompanhamento em longo prazo, integração, manutenção, normalização, persistência, rotinização e estabilização (FLEISZER et al., 2015; MOORE et al., 2017; STIRMAN et al., 2012). O termo "sustentabilidade" é o mais amplo em significado e implica a estabilidade da mudança arraigada e o dinamismo da mudança contínua.

A avaliação da sustentabilidade não deve ser considerada como um fenômeno de tudo ou nada (DAVIES; EDWARDS, 2007). É esperado que aconteça uma reversão de práticas anteriores, no entanto, é preciso estabelecer o quanto tal recaída é aceitável para afirmar que a sustentabilidade foi alcançada (BOWMAN et al., 2008; DAVIES; EDWARDS, 2007).

Quatro níveis de sustentabilidade foram sugeridos: 1) ausência de sustentabilidade: nenhuma atividade do programa é continuada, 2) sustentabilidade precária: algumas atividades residuais são realizadas, 3) sustentabilidade fraca: o

programa produz algumas atividades oficiais que não são rotineiras e, 4) sustentabilidade por meio da rotinização: atividades rotineiras resultam do programa (PLUYE et al., 2004).

Existem limitações para avaliar a extensão da sustentabilidade de uma inovação específica baseada em evidências, porque há considerações em vários níveis e uma base de evidências em constante mudança, para que uma prática ou rotinização fixa possa não ser o melhor para todos (DAVIES; EDWARDS, 2007).

É fundamental que os profissionais e pesquisadores considerem o uso de ferramentas, modelos e teorias de sustentabilidade para orientar sua prática e investigação para garantir que as evidências sejam sustentadas de forma eficaz, continuem a informar as decisões clínicas e contribuir para melhores resultados do paciente (PENNO et al., 2019).

O desenvolvimento de planos de ação orientados à sustentabilidade deve considerar seis fatores: 1) necessidades de saúde e benefícios esperados, 2) eficácia do sistema para monitorar o progresso, 3) adaptabilidade e alinhamento do processo aprimorado, 4) liderança coletiva e multinível, 5) recursos financeiros e humanos e, 6) apoio às partes interessadas da comunidade (DAVIES; EDWARDS, 2007).

Outros fatores identificados como influenciadores da sustentabilidade incluem: liderança forte, apoio das partes interessadas, campeões de enfermagem, projetos modificáveis que estejam alinhados com a visão, missão e objetivos da organização (CHAMBERS et al., 2015).

2.2.7 Modelos de Tradução do Conhecimento - *Integrated Promoting Action on Research Implementation in Health Services (i-PARIHS)*

Diversos modelos, teorias ou mapas conceituais estão disponíveis para apoiar o processo de implementação para TIC, bem como, de suas intervenções (NGAMO et al., 2016; SUDSAWAD, 2007). Utilizá-los aumenta a chance de que o objetivo seja atingido como planejado (NGAMO et al., 2016).

Dentre eles, alguns que se destacam são (SUDSAWAD, 2007): *Knowledge-to-action (KTA)* (GRAHAM et al., 2006); *The Ottawa Model of Research Use*; e *Integrated Promoting Action on Research Implementation in Health Services (i-*

PARIHS) (HARVEY; KITSON, 2016), sendo este último, a estrutura conceitual considerada para este estudo.

O *i-PARIHS* é uma estrutura conceitual para auxiliar na compreensão de elementos que podem ou não tornar a implementação de evidências na prática bem-sucedida. Foi uma das primeiras estruturas a explicitar a natureza multidimensional e complexa da implementação, além de destacar a importância central do contexto nesse processo (HARVEY; KITSON, 2016).

Segundo o *i-PARIHS*, a implementação bem-sucedida é = Facilitação (inovação + destinatários individuais e coletivos + contexto interno e externo). Adicionalmente, considera-se implementação bem-sucedida: 1) o alcance das metas acordadas de implementação/projeto, 2) a aceitação e incorporação da inovação na prática, 3) os indivíduos, equipes e partes interessadas estão engajados, motivados e “possuem” a inovação e, 4) a variação relacionada ao contexto é minimizada nas configurações de implementação (HARVEY; KITSON, 2016).

Os construtos centrais da estrutura *i-PARIHS* são: facilitação, inovação, destinatários e contexto, com a facilitação representada como o elemento ativo avaliando, alinhando e integrando os outros três construtos (HARVEY; KITSON, 2016).

2.2.7.1 Inovação

Refere-se a uma visão mais ampla no construto evidências, descrito no modelo anterior (*PARIHS*). Atualmente, são incluídos fatores como as informações da pesquisa, juntamente com a experiência clínica, paciente e local. Além disso, o modelo busca apresentar de forma mais explícita como as características do conhecimento afetam sua migração e absorção em diferentes configurações (HARVEY; KITSON, 2016).

Segundo as autoras, as pessoas raramente obtêm evidências na forma original de uma revisão sistemática ou diretriz clínica e as aplicam diretamente dentro de um projeto de implementação, ao invés disso incorporam evidências de várias maneiras diferentes, o que tipicamente envolve adaptar a evidência original de alguma maneira (HARVEY; KITSON, 2016).

2.2.7.2 Destinatário

É o novo construto incluído no modelo e engloba os indivíduos que são afetados e influenciam a implementação a nível individual e coletivo. Neste sentido, o *i-PARIHS* considera o impacto que indivíduos e equipes têm ao apoiar ou resistir a uma inovação (HARVEY; KITSON, 2016).

As pessoas envolvidas na implementação, incluindo seus pontos de vista, crenças e formas de prática estabelecidas, podem afetar significativamente a inovação ou mudança. Os diferentes grupos estão contemplados neste construto: incluindo pacientes, equipe clínica e gestores. (HARVEY; KITSON, 2016).

As autoras consideram que os construtos inovação e destinatários são em diversos aspectos interdependentes. Neste sentido, parte do papel do facilitador inclui a avaliação de limites reais e potenciais que existem e as maneiras pelas quais essas barreiras podem exercer influência durante a implementação (HARVEY; KITSON, 2016).

2.2.7.3 Contexto

Assim como descrito anteriormente, o contexto continua sendo um elemento central no *i-PARIHS*. Maior ênfase foi dada nas suas camadas, incluindo o nível micro, meso e macro, que podem atuar para ativar ou restringir a implementação (HARVEY; KITSON, 2016).

O contexto interno e externo foram diferenciados, sendo o interno o local imediato (enfermaria, unidade, departamento hospitalar e a organização em que a unidade ou equipe está incorporada). Já o externo refere-se ao sistema de saúde mais amplo no qual a organização baseia-se e reflete as políticas, regulamentações e infraestrutura em torno do contexto local (HARVEY; KITSON, 2016).

2.2.7.4 Facilitação

O elemento facilitação recebeu ênfase como o elemento ativo no *i-PARIHS*. De acordo com os autores, a facilitação ativa a implementação por meio da avaliação e resposta às características da inovação e dos destinatários (tanto como indivíduos quanto em equipes) dentro de seu contexto (HARVEY; KITSON, 2016).

A facilitação é realizada por um ou mais facilitadores treinados, que ajudam a orientar indivíduos e equipes pelos complexos processos de mudança envolvidos e pelos desafios contextuais encontrados. Os facilitadores podem ser internos, externos ou uma combinação de ambos. Isso reforça que não existe uma única maneira de se utilizar as funções de facilitador (HARVEY; KITSON, 2016).

Estudos de efetividade da facilitação refletem que ela é uma intervenção complexa que envolve um ou mais indivíduos nesse papel, aplicando uma combinação de melhorias e estratégias focadas na equipe para permitir e apoiar mudanças. Neste sentido, destaca-se a importância de se posicionar indivíduos adequados nesses papéis, com determinado nível de habilidades, conhecimento, suporte e orientação (HARVEY; KITSON, 2016).

O facilitador precisa apresentar boa compreensão da natureza da inovação que está sendo introduzida (foco e conteúdo da implementação), dos indivíduos e equipes que devem implementar a mudança (os destinatários) e do ambiente em que trabalham (o local, contexto organizacional e do sistema de saúde) (HARVEY; KITSON, 2016). Destaca-se o fato de que o facilitador interno pode ter um grande impacto nos resultados da implementação, incluindo a sustentabilidade de práticas no momento que o suporte externo (facilitador externo) for removido (CONNOLLY et al., 2020).

Além disso, o facilitador deve utilizar diferentes estratégias de facilitação, como ferramentas de melhoria da qualidade, como exemplo, o ciclo PDSA. Esta ferramenta aborda questões-chave como o estabelecimento de metas claras, demonstração do potencial de melhoria, fornecendo feedback regular e alterações de teste em pequena escala, mantendo dessa forma, a motivação e comprometimento da equipe (HARVEY; KITSON, 2016).

2.2.8 Evidence-Based Practice for Improving Quality (EPIQ)

Estudos que avaliaram a efetividade das intervenções de TIC revelaram que aquelas com abordagens multifacetadas, são mais eficazes (NIGMO et al., 2016; GOORTS; DIZON; MILANESE, 2021).

Neste sentido, em estudo conduzido por Lee e colaboradores (2009) foi desenvolvido o método *Evidence-based Practice for Improving Quality (EPIQ)*. Trata-se de um estudo randomizado em unidades de terapia intensiva neonatais para

avaliar o uso dessa intervenção na redução da infecção nosocomial e displasia broncopulmonar. Os resultados apontaram que a intervenção apresentou resultados favoráveis para a redução das variáveis avaliadas (LEE et al., 2009).

A *EPIQ* é uma abordagem multidimensional baseada em evidências para a melhoria da qualidade destinada a mudar a cultura organizacional e sustentar a mudança comportamental. Além disso, permite que os hospitais selecionem mudanças práticas pertinentes a eles para uma intervenção direcionada, consequentemente, é potencialmente mais eficiente e econômico (LEE et al., 2009; LEE et al., 2011).

Três pilares são apresentados pela intervenção *EPIQ*: 1) uso de evidências da literatura publicada, 2) uso de dados de hospitais participantes para direcionar práticas hospitalares específicas para intervenção e, 3) uso de uma rede nacional para compartilhar conhecimentos (LEE et al., 2009). Essa intervenção integra evidências de pesquisa, estratégias KT personalizadas e métodos de melhoria contínua da qualidade (STEVENS et al., 2014a).

A intervenção *EPIQ* foi descrita em duas fases – Preparação e Intervenção – e estão apresentadas no quadro abaixo (LEE et al., 2009).

Quadro 3 – Fases da intervenção *EPIQ*, de acordo com Lee et al., (2009).

Fase 1 – Preparação (Ano 1 da pesquisa)	Fase 2 – Intervenção (Anos 2 e 3 da pesquisa)
- Coleta de dados sobre as características da população base.	- Implementação de ciclos rápidos (1-3 meses) de mudança de prática (ALEMI et al., 1998; PLSEK, 1999). Mudanças únicas ou múltiplas podem ser implementadas durante cada ciclo, sendo a adesão monitorada em intervalos aleatórios.
- Seleção de resultados e práticas.	- Utilização de estratégias de comunicação para a mudança da prática, incluindo: sessões de informação, grupos focais, cartazes, caixas de feedback, recursos de aprendizagem baseados em computador e sessões de treinamento.
- Participação em workshop de avaliação crítica. (Conduzido pelo comitê de métodos de pesquisa).	- Compartilhamento das lições aprendidas e os recursos de treinamento.

- Estabelecimento de uma equipe multidisciplinar.	- Seleção de indicadores de resultados e realização de feedback em intervalos de 3 meses.
- Identificação de barreiras à mudança.	- Realização de visitas pelos membros do comitê de métodos de pesquisa para solucionar problemas e fornecer conselhos conforme necessário.
- Capacitação da equipe.	
- Seleção de práticas e prioridades potencialmente úteis e estratégias potenciais para implementar a mudança de prática.	

Fonte: LEE, S.K. et al. Improving the quality of care for infants: a cluster randomized controlled trial. **Canadian Medical Association Journal**, v.181, n.8, p.469-76, 2009.

Estudo adaptou e utilizou a intervenção *EPIQ* com o objetivo de avaliar sua eficácia na melhoria da avaliação, tratamento e intensidade da dor em unidades hospitalares pediátricas no Canadá. Trata-se de um estudo de corte prospectivo realizado em quinze meses em trinta e duas unidades hospitalares, em oito hospitais pediátricos terciários (STEVENS et al., 2014a).

Neste estudo, os autores descreveram as etapas da seguinte maneira:

Fase 1 - Fase de Preparação: estabelecimento de um grupo de facilitadores profissionais de saúde para promover a mudança de prática no nível da unidade, treinando-os para implementar o *EPIQ* e identificar um objetivo da prática da dor como foco de melhoria. Esse grupo foi denominado de Conselho de Pesquisa Prática (CPP) (STEVENS et al., 2014a).

Fase 2 - Fase de Implementação e Mudança: planejamento, desenvolvimento e implementação dos processos de mudança por profissionais de saúde usando estratégias TIC selecionadas e monitoramento de melhoria (STEVENS et al., 2014a).

Os resultados mostraram que a intervenção foi eficaz em melhorar a prática e os resultados clínicos para crianças hospitalizadas (STEVENS et al., 2014a). Durante a implementação (fase 2) realizaram-se ciclos de melhoria contínua PDSA com duração de três meses cada. Houve planejamento, implementação e avaliação dos objetivos das mudanças na prática da dor em cada um deles. Entre os ciclos, realizavam-se auditoria e *feedback* e os resultados reforçavam as ações e forneciam subsídios para revisar os objetivos e estratégias no atendimento às necessidades

específicas de cada unidade. Os ciclos terminavam com a reflexão sobre os objetivos de mudança da prática e as estratégias para TIC, referente ao progresso, resposta da equipe, viabilidade e necessidade de revisão. Os membros do CPP e enfermeiros pesquisadores desenvolveram e implementaram estratégias para TIC como uso de materiais educativos, atividades de extensão educacional, lembretes, auditoria e feedback para o alcance dos objetivos (STEVENS et al., 2014a).

Estudos nacionais para implementação de evidência e/ou embasados pelo KT ou pela intervenção *EPIQ* foram desenvolvidos com crianças, neonatos, pacientes queimados e profissionais de enfermagem. Utilizaram-se diferentes metodologias e objetivos que foram considerados como embasamento para a realização da presente pesquisa (CURAN; ROSSETTO; CASTRAL, 2017; GUIMARÃES et al., 2021; SORGI et al., 2019; GUARDA et al., 2022; GARCIA 2021; CARVALHO, 2017).

2.3 CICLOS DE MELHORIA CONTÍNUA DA QUALIDADE - PDSA

O ciclo de melhoria contínua é amplamente utilizado na área da saúde (TAYLOR et al., 2014), e tem sido abordado pelos estudos que utilizam a intervenção *EPIQ* (STEVENS et al., 2014a, 2014b).

O método PDSA é originário da indústria e da articulação de processos iterativos de Walter Shewhart e Edward Deming, que eventualmente ficou conhecido como os quatro estágios do PDSA (TAYLOR et al., 2014).

Os quatro estágios prescritos na abordagem cíclica de aprendizado para adaptar as mudanças de melhoria são: “planejar” (*plan*): uma mudança destinada a melhoria é identificada; “executar” (*do*): a mudança é testada; “estudar” (*study*): tem o objetivo de examinar o sucesso da mudança e “agir” (*action*): tem o foco em identificar adaptações e as próximas etapas para formar um novo ciclo (TAYLOR et al., 2014).

O ciclo PDSA apresenta um método científico pragmático para testar mudanças em sistemas complexos. Além disso, as quatro etapas espelham o método experimental científico ao formular uma hipótese, coletar dados para testá-la, analisar e interpretar os resultados e fazer inferências relacionadas à hipótese (TAYLOR et al., 2014).

Para isso, fundamenta-se a na iteratividade (repetição), ou seja, uma vez que uma hipótese é confirmada (ou negada), a execução do ciclo novamente vai ampliar o conhecimento, sucessivamente. Sem uma abordagem iterativa, o aprendizado de um ciclo não é usado para informar o ciclo seguinte e, portanto, é improvável que as intervenções sejam adaptadas e otimizadas para uso em um determinado ambiente (TAYLOR et al., 2014).

O quadro abaixo apresenta os quatro estágios do ciclo e sua aplicação neste estudo.

Quadro 4 – Etapas da ferramenta de melhoria contínua da qualidade - PDSA e sua aplicação na presente pesquisa.

Etapas da ferramenta PDSA (TAYLOR et al., 2014)	Aplicação na pesquisa
P: 'planejar'. - Identifica-se uma mudança visando à melhoria.	- Mudança: realização dos quatro pilares do Modelo de Manejo da Sede (MMS). - Melhoria: aumento na realização do MMS (meta estabelecida com o Conselho de Pesquisa e Prática - CPP).
D: 'fazer'. - Verifica-se a mudança testada.	Uso de diversas estratégias para TIC, como exemplos: - Aula expositiva dialogada; - Música; - Dinâmicas; - Uso de lembretes; - Distribuição de cartazes e brindes.
S: 'estudo'. - Examina-se o sucesso da mudança.	Observação da prática dos profissionais para avaliar a mudança.
A: 'agir'. - Identificam-se as adaptações e próximos passos para informar um novo ciclo.	Realização de reuniões com o CPP para discussão dos resultados encontrados na observação da prática dos profissionais após as estratégias TIC sobre a evidência – MMS.

Fonte: Elaboração própria.

2.4 SEDE E O PACIENTE CIRÚRGICO

O paciente cirúrgico pertence a um grupo com grande risco de desenvolver a sede. A sede perioperatória é complexa e multifatorial, envolvendo aspectos do indivíduo, ambiente e estado de saúde/doença. Dentre os fatores do ambiente, incluem-se a impossibilidade de receber água (jejum prolongado), permanência em salas cirúrgicas climatizadas, realização de procedimentos

cirúrgicos abertos (favorecem a desidratação tecidual), administração de oxigenoterapia por períodos prolongados, abertura da cavidade oral pela entubação (CONCHON et al. 2015). Além disso, medicamentos opioides e anticolinérgicos, frequentemente utilizados no procedimento anestésico cirúrgico (BELETE et al., 2022; LEE et al., 2020), e a ansiedade resultam na diminuição da saliva, com consequente ressecamento da mucosa oral.

A sede pode ser classificada em homeostática e não homeostática, podendo ser regulada pelo sistema nervoso central e ingestão de líquidos. A regulação da sede homeostática inclui fatores osmóticos, iônicos, hormonais e sinais intra e extracelulares. A regulação da sede não homeostática é integrada por fatores orofaríngeos, ambientais, sociais, culturais, características do líquido e preferências do indivíduo (ARMSTRONG; KAVOURAS, 2019).

Em períodos de restrição hídrica, o desejo e busca por água desencadeia no organismo uma complexa comunicação neuronal, com a finalidade de equilibrar a homeostasia dos fluidos celulares (ZIMMERMAN; LEIB; KNIGHT, 2017). Aumentos de 1 a 2% da osmolaridade do plasma estimulam a neurohipófise a secretar vasopressina (AVP) - conhecida como hormônio antidiurético. A AVP tem papel fundamental para conservar a água do organismo nessas situações e, portanto, atua como mecanismo paralelo da via neural da sede (ALOAMAKA et al., 2018; ARAI et al., 2014).

O quadro abaixo apresenta a prevalência, intensidade e verbalização espontânea da sede em pacientes cirúrgicos.

Quadro 5 – Prevalência, intensidade e verbalização espontânea da sede em pacientes cirúrgicos.

N/Idade	Presença	Intensidade	Verbalização espontânea	Referência
203 Adultos e Idosos (Média: 41,5 anos)	89,6%	6,9 (média - 0 a 10)	12%	PIEROTTI et al., 2018a.
386 Adultos e Idosos (Média: 42,3 anos)	78%	6,94 (média - 0 a 10)	38,3%	NASCIMENTO et al., 2019.

749 81 Crianças (4-12 anos) 586 Adultos (13-59 anos) 82 Idosos (60-85 anos)	84,5%	2,85 (média - 0 a 4) Crianças 6,54 (média - 0 a 10) Adultos e idosos	14,6% (Geral) 56,8% (Crianças) 4,8% (Adultos) 6% (Idosos)	PIEROTTI et al., 2018b.
424 (>18 anos)	59,4%	4,39 (0 a 10)	Não avaliado	BELETE et al., 2022.
1.211 (>20 anos)	79,7%	Leve: 23,9% Moderada: 36,3% Intensa: 19,5%	Não avaliado	LEE et al., 2020.
78 (4-12 anos)	88,5%	Leve: 11,5% Moderada: 19,5% Forte: 20,5% Intensa: 37%	59%	RIVIERA et al., 2022.
332 (> 3 anos)	58%	6,3 (0 a 10)	Não avaliado	DOLGUN et al., 2017.
1.350 <16 anos (mediana 7,7)	66% (pré- operatório)	Pouca: 39,7% Muita: 16,8% Sede muito forte: 9,7%	Não avaliado	ENGELHAR DT et al., 2011.
71 pais responderam< 6 anos 48 crianças > 6 anos	81% (pré- operatório)	Muita: 2%	Não avaliado	AL- ROBEYE; BARNARD; BEW, 2020.

Fonte: Elaboração própria.

Outros resultados relevantes destes estudos incluem os sinais relacionados à sede e o tempo de jejum prolongado. A boca seca foi o desconforto mais citado com taxas de 87,3% (PIEROTTI et al., 2018a) 69,2%, (NASCIMENTO et al., 2019) e 74,4% (RIVIERA et al., 2022). Estudo de análise de conceito sobre a sede a definiu como: “Experiência sensorial, fisiológica e subjetiva que se refere ao desejo de ingerir água visando restabelecer a homeostase dos líquidos corporais,

gerando intenso desconforto quando não atendido”. A boca seca foi incluída como uma das características definidoras deste sintoma (NASCIMENTO et al., 2021). Além disso, a boca seca integra os fatores não homeostáticos relacionados a presença da sede (ARMSTRONG; KAVOURAS, 2019).

A média do tempo de jejum excedeu muito as recomendações em todos os estudos, sendo de aproximadamente 16 horas (AL-ROBEYE; BARNARD; BEW, 2020; DOLGUN et al., 2017; ENGELHARDT et al., 2011; NASCIMENTO et al., 2019; PIEROTTI et al., 2018a; PIEROTTI et al., 2018b; RIVIERA et al., 2022).

É possível observar o quanto a sede é presente e intensa no perioperatório. Ainda assim, durante anos, não recebeu atenção por parte da equipe de saúde, possivelmente por desconhecimento da equipe do que fazer na presença de sede, ou mesmo, por falta de valorização (GARCIA et al., 2017; PAVANI; FONSECA; CONCHON, 2016).

Ainda é preciso lidar com mitos relacionados ao jejum perioperatório. Profissionais acreditam que quanto maior o tempo de jejum pré-operatório, mais seguro o paciente estará para a realização da anestesia. O temor por complicações como broncoapneia parece fundamentar as práticas adotadas, contrariando o que as evidências mostram.

Estudos revelaram que o esvaziamento gástrico de líquidos é determinado principalmente por seu conteúdo calórico (BISINOTTO et al., 2019), sendo que o esvaziamento é rápido para líquidos com baixo teor calórico e sem resíduos (NOBLETT et al., 2006). O esvaziamento de líquidos não calóricos começa imediatamente após a sua ingestão e é diretamente proporcional ao volume presente no estômago, em um processo exponencial de primeira ordem, com um tempo médio de esvaziamento entre 15 e 20 minutos (ERSKINE; HUNT, 1981; BISINOTTO et al., 2019). Em crianças saudáveis, o esvaziamento gástrico após a ingestão de líquido claro ocorre com uma meia-vida média de 30 minutos. Os autores, no entanto, apontam que há considerável variação interindividual (SCHMITZ et al., 2011a).

Além disso, estudos mostraram que a ingestão de líquidos claros até duas horas antes do procedimento torna o volume residual menor e o pH maior, ao contrário do jejum prolongado que resulta em maior volume residual gástrico, com pH ainda mais ácido (CRUVINEL et al., 2004; PEARSE; RAJAKULENDRAN, 1999; KEHLET; OLIVEIRA et al., 2009; WILMORE, 2002). Estudos realizados com

crianças não encontraram correlação entre o intervalo de jejum pré-operatório com o volume de conteúdo gástrico ou valores de pH gástrico menores (BRADY et al., 2009; SCHMITZ et al., 2011b; SCHMIDT et al., 2014; SCHMITZ et al., 2012).

Adicionalmente, até o momento, não foram estabelecidos pela literatura, o pH e volume gástrico necessários para causar pneumonite aspirativa em humanos (BRADY et al., 2009; CRUVINEL et al., 2004; MORO, 2004), embora estudos com animais, sugeriram como valores críticos conteúdo gástrico maior que $0,4 \text{ ml.kg}^{-1}$ e pH menor que 2,5 (ROBERTS; SHIRLEY, 1974).

Embora seja um evento de elevada morbimortalidade quando presente, a broncoaspiração é um evento raro atualmente. Entre as crianças, por exemplo, a aspiração pulmonar perioperatória apresenta variação de um a 10 em 10.000 (BORLAND et al., 1998; MURAT; CONSTANT; MAUD'HUY, 2004; TIRET et al., 1988; WALKER, 2013; WARNER et al., 1999), sendo a indução anestésica, o principal período de risco para esse evento (FRYKHOLM et al., 2018).

A abreviação do jejum no pré-operatório é um fator importante para a redução da sede, porém não é o único. Devido aos outros fatores citados anteriormente, os pacientes apresentam grande chance de vivenciar esse desconforto no POI. A descoberta dos mecanismos antecipatórios de regulação da sede, especialmente a presença de receptores sensíveis a substâncias frias e mentoladas permitiram a identificação de estratégias efetivas e seguras para o paciente cirúrgico, pois, a saciedade da sede é alcançada com volumes muito pequenos de líquido.

2.4.1 Modelo de Manejo da Sede

O MMS reúne as evidências de estudos conduzidos pelo grupo de pesquisa – GPS - e diversos estudos nacionais e internacionais. Quatro pilares para o manejo da sede são apresentados em um formato de fácil aplicabilidade clínica: identificação, mensuração, avaliação da segurança e uso de estratégia fria ou mentolada. O MMS proporciona aos profissionais de enfermagem autonomia na tomada de decisão frente à sede do paciente, proporcionando subsídios para uma assistência segura e efetiva, conseqüentemente humanizada. O MMS deve ser utilizado em pacientes que apresentem capacidade de verbalizar e que não estejam entubados ou traqueostomizados (NASCIMENTO et al., 2020).

2.4.1.1 Pilar 1 – Identificação

O primeiro pilar tem o objetivo de sensibilizar a equipe para o fato de que o paciente faz parte de um grupo de risco para sentir sede. Outro ponto importante consiste no fato de que a maioria dos pacientes, com exceção das crianças, não verbaliza sua sede de forma espontânea (GARCIA et al., 2017b; PIEROTTI et al., 2018 a/b; RIVIEIRA et al., 2022). Neste sentido, o profissional precisa ter intencionalidade para avaliar a sede do paciente, mediante o questionamento sistematizado quanto a sua percepção de sede.

Além do questionamento intencional sobre a presença de sede, os profissionais podem identificar sinais característicos da sede como a boca e garganta seca, constante deglutição de saliva, lábios esbranquiçados, lábios rachados e esbranquiçados, língua e saliva grossa, halitose, comportamento de busca de água (CAMPANA et al., 2015; MARTINS et al., 2017; NASCIMENTO et al., 2021).

2.4.1.2 Pilar 2 – Mensuração

Por se tratar de um sintoma subjetivo (CONCHON et al., 2015), a sede pode ser avaliada por meio da percepção do indivíduo. Estudos apresentaram correlação positiva entre a osmolaridade sanguínea (alterações fisiológicas na presença de sede) e autorrelato dos pacientes quando questionados sobre a intensidade da sede (ARAI et al., 2014).

Revisão apresentou que as escalas utilizadas para a avaliação da intensidade da sede foram: escala visual analógica (EVA), escala verbal numérica (EVN) e escala de faces (EF) para as crianças (MARTINS; FONSECA, 2017). Estas são as mesmas escalas utilizadas para avaliação da dor (outro sintoma subjetivo). As escalas de avaliação no adulto, geralmente apresentam variação de 0 a 10, sendo 0 = ausência do sintoma e 10 = presença máxima do sintoma. A figura abaixo ilustra um exemplo de escala para avaliar a sede do adulto.

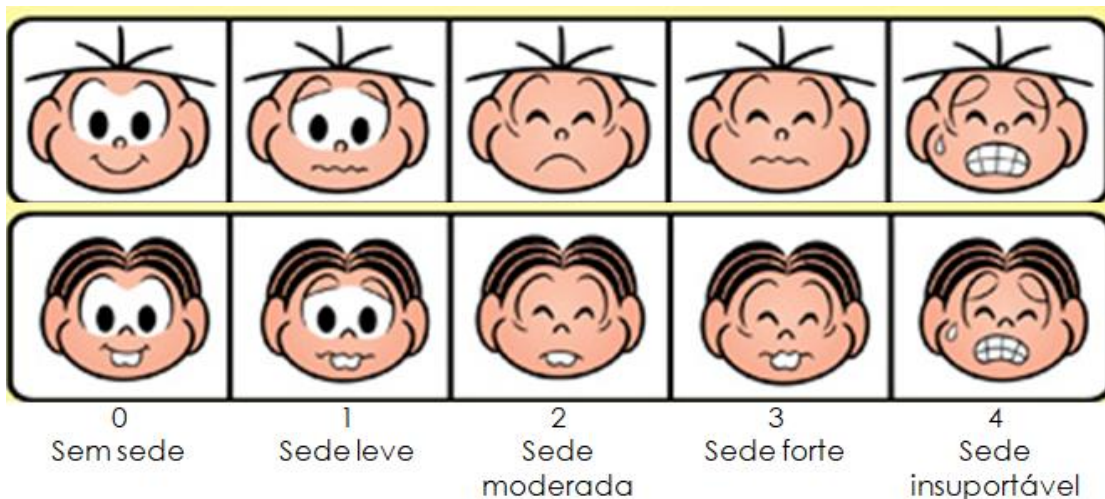
Figura 2 – Exemplo de escala para avaliação da intensidade da sede (no adulto).



Fonte: Google.

Já a escala de faces (Figura 3) (CLARO, 1993), apresenta cinco possibilidades de resposta, sendo a primeira imagem - rosto do personagem “feliz” - = ausência do sintoma, e a última imagem do personagem = sintoma insuportável.

Figura 3 – Escala de faces adaptada para avaliação da sede na criança.



Fonte: Adaptado de CLARO, M.T. Escala de faces para avaliação da dor em crianças: etapa preliminar. Ribeirão Preto, 1993. p. 1-50. **Dissertação (Mestrado)** - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

Além da intensidade da sede, é possível avaliar o desconforto que esse sintoma ocasiona nos pacientes. Para isso, foi desenvolvida e validada a Escala de Avaliação da Sede Perioperatória (EDESP) (Figura 4). Em seu processo de validação a EDESP, apresentou consistência interna, sendo o alfa de Cronbach geral igual a 0,91 (MARTINS et al., 2017). Os sete atributos finais da EDEPS são: boca seca, lábios ressecados, língua grossa, saliva grossa, garganta seca, gosto ruim e vontade de beber água.

Figura 4 – Escala de Desconforto da Sede Perioperatória (EDESP).

Escala de Desconforto da Sede Perioperatória- EDESP			
Paciente está com sede?	() Sim	() Não	
Queixa espontânea?	() Sim	() Não	
Estou incomodado (a) porque:			
	Nada incomodado(a)	Um pouco incomodado(a)	Muito incomodado(a)
Minha boca está seca	0	1	2
Meus lábios estão ressecados	0	1	2
Minha língua está grossa	0	1	2
Minha saliva está grossa	0	1	2
Minha garganta está seca	0	1	2
Sinto um gosto ruim na boca	0	1	2
Tenho vontade de beber água	0	1	2
Pontuação final:			

Fonte: MARTINS, P. R. et al. Developing and validating the Perioperative Thirst Discomfort Scale. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 51, p. e03240-, 2017.

2.4.1.3 Pilar 3 – Avaliação da Segurança

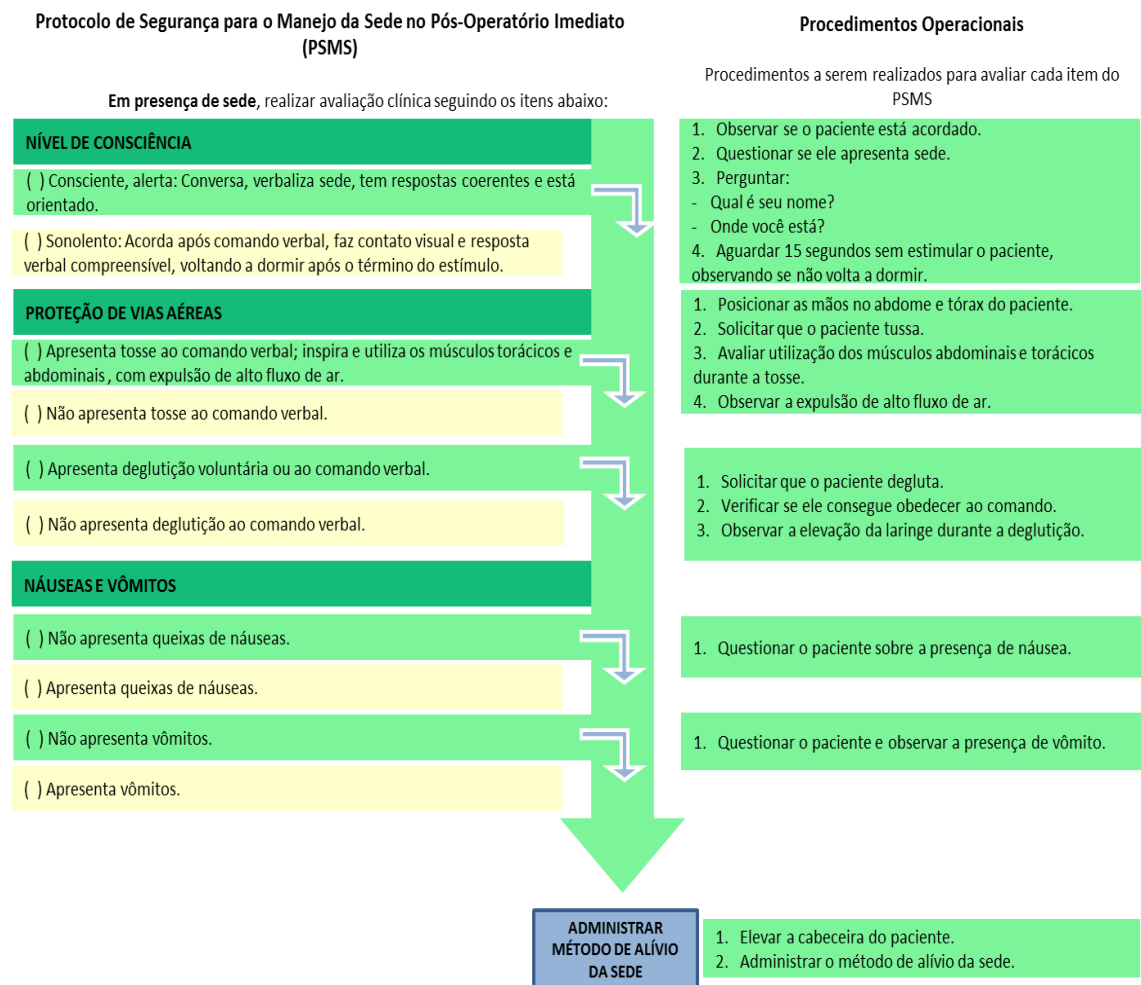
Considerando o uso dos medicamentos anestésicos e seus efeitos diretos no nível de consciência dos pacientes, e bloqueio muscular, a avaliação da reversão desses efeitos é primordial para o manejo da sede.

Inicialmente foi elaborado e validado o Protocolo de Segurança para o Manejo da Sede (PSMS) (Figura 5) para pacientes adultos. Composto por três critérios, o protocolo preconiza a avaliação do nível de consciência, proteção de vias aéreas (tosse e deglutição) e avaliação de náusea e vômito. A fidedignidade do PSMS foi avaliada por enfermeiros, sendo que os índices de concordância foram quase perfeitos, alcançando kappa geral de 0,968, e por técnicos de enfermagem com kappa geral de 0,867 (NASCIMENTO et al., 2014; NASCIMENTO et al., 2018). O PSMS na íntegra encontra-se na Figura 5.

Observou-se que na prática os profissionais utilizavam o PSMS também nos pacientes pediátricos, indicando a necessidade da elaboração e validação de um instrumento específico para essa população. Nesse sentido, o

protocolo pediátrico foi elaborado e validado para crianças com idade entre três e doze anos. A fidedignidade do PSMS foi avaliada por enfermeiros, apontando kappa geral de (0,98). O PSMS (Figura 6) é composto por cinco critérios de avaliação, sendo eles: nível de consciência, movimentação, proteção de vias aéreas (tosse e deglutição), padrão respiratório e avaliação de náusea e vômito (PIEROTTI et al., 2020).

Figura 5 – Protocolo de Segurança para o Manejo da Sede - PSMS.



Fonte: NASCIMENTO LA et al. Inter-rater Reliability Testing of the Safety Protocol for Thirst Management. *Journal PeriAnesthesia Nursing*, v. 33, n. 4, p.517- 536, 2018.

Figura 6 – Protocolo de Segurança para o Manejo da Sede Pediátrica - PSMSP.

Protocolo de Segurança para o Manejo da Sede Pediátrica (PSMSP)	Procedimentos Operacionais Como avaliar?
<p>Faixa etária a ser avaliada: crianças entre três e 12 anos Interpretação: a criança deve ser aprovada em todos os itens estabelecidos para cada um dos domínios (nível de consciência, movimentação, proteção de vias aéreas, padrão respiratório e náusea e vômito).</p>	
<p>NÍVEL DE CONSCIÊNCIA</p>	
<p>Está orientada: responde seu nome e idade; reconhece o responsável; apresenta respostas e palavras compreensíveis. () Está alerta: faz contato visual com o cuidador; mantém olhos abertos sem voltar a dormir. ()</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Observar se a criança está alerta, de olhos abertos. 2. Perguntar à criança: Qual é seu nome? Qual a sua idade? 3. Perguntar se tem sede e qual a sua intensidade, utilizando a escala de faces. 4. Aguardar 60 segundos sem estimular a criança e observar se volta a dormir. 5. Perguntar ao responsável: - Você acha que ele(a) está bem acordado(a)?
<p>Está sonolenta: desperta com estímulo verbal; faz contato visual e tem resposta verbal compreensível, mas volta a dormir após término do estímulo. () Está agitada: apresenta-se chorosa, inquieta ou inconsolável. ()</p>	
<p>MOVIMENTAÇÃO</p>	
<p>Apresenta movimentação espontânea e intencional de membros ou após comando verbal. () Mantém a cabeça firme e alinhada ao tronco. () Não movimenta os membros. () Apresenta movimentação não intencional dos membros. () Apresenta a cabeça pendente e/ou lateralizada. ()</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Solicitar à criança que movimente os membros superiores e inferiores. 2. Observar se ela é capaz de manter a cabeça firme e alinhada ao tronco.
<p>PROTEÇÃO DE VIAS AÉREAS</p>	
<p>Apresenta tosse eficaz espontânea ou ao comando verbal: inspira e utiliza os músculos torácicos e abdominais, com expulsão de alto fluxo de ar. () Apresenta tosse ineficaz. () Não apresenta tosse ao comando verbal. () Apresenta deglutição com elevação da laringe. () Não apresenta extravasamento anormal de saliva pela boca. () Apresenta deglutição ineficaz: sem elevação da laringe. () Apresenta extravasamento anormal de saliva pela boca. ()</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Colocar as mãos no abdome e no tórax da criança. 2. Solicitar à criança que tussa forte. 3. Solicitar à criança que engula. 4. Posicionar o dedo indicador e médio sobre o hioide e cartilagem tireóidea para verificar a elevação láingea durante a deglutição. 5. Verificar se há extravasamento anormal de saliva pela boca.
<p>PADRÃO RESPIRATÓRIO</p>	
<p>Mantém frequência respiratória de: Até 40mm para crianças com idade entre 3 e 5 anos. () Até 30mm para crianças com idade entre 6 e 8 anos. () Até 20mm para crianças com idade acima de 8 anos. () Não mantém frequência respiratória adequada à sua faixa etária. () Não apresenta esforço respiratório: não há contração de musculatura acessória, retração intercostal, subcostal e de fúrcula, batimento de asa de nariz. () Apresenta esforço respiratório: há contração de musculatura acessória, retração intercostal, subcostal e de fúrcula, batimento de asa de nariz. ()</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Observar e anotar a frequência respiratória da criança. 2. Verificar se há esforço respiratório.
<p>NÁUSEA E VÔMITO</p>	
<p>Não tem queixa nem presença de náusea. () Tem queixa ou presença de náusea. () Não tem queixa nem presença de vômito. () Tem queixa ou presença de vômito. ()</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Perguntar e verificar se a criança está enjoada, com vontade de vomitar. 2. Observar se há presença de vômito.
	<ol style="list-style-type: none"> 1. Elevar a cabeceira da cama da criança, ou colocá-la sentada no leito ou colo do responsável. 2. Administrar o método de alívio da sede.

Fonte: PIEROTTI, I. et al. Elaboração, validação e fidedignidade do protocolo de segurança para o manejo da sede pediátrica. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, 28:e3321, 2020.

2.4.1.4 Pilar 4 – Estratégias de alívio da sede

O uso de estratégia fria e ou mentolada é recomendada devido às descobertas na literatura relacionadas à saciedade pré-absortiva (estímulo de

receptores orofaríngeos e ativação de áreas cerebrais). Estudos apresentaram maior capacidade do frio no poder de saciedade, diminuição da sensação desagradável de boca seca (BRUNSTROM; MACRAE, 1997; BRUNSTROM; TRIBBECK; MACRAE, 2000; BRUNSTROM, 2002; CHO; KIM; PARK, 2010; SALATA; VERBALIS; ROBINSON, 1987), e diminuição da sede (GARCIA et al., 2016).

A saciedade pré-absortiva envolve a ativação de receptores orofaríngeos estimulados pela presença da baixa temperatura ou substâncias mentoladas na cavidade oral (ECCLES et al., 2013; ZIMMERMAN et al., 2016), denominado de TRPM8 (MCKEMY; NEUHAUSSER; JULIUS, 2002). Esses estímulos inibem a liberação de um dos principais hormônios reguladores da homeostase e tem correlação com a liberação de angiotensina II, responsável pela sensação de sede (ECCLES et al., 2013; ZIMMERMAN et al., 2016), e para isso, não há necessidade de grande volume de líquido. Adicionalmente, dentro de 2 a 5 minutos após os estímulos, já se inicia a saciedade pré-absortiva (VERBALIS, 2003).

Ensaio clínico randomizado realizado com 208 pacientes avaliou a eficácia de um picolé de gelo de 10 ml em comparação com 10 ml de água em temperatura ambiente para alívio da sede no POI. O picolé de gelo foi 37,8% ($p < 0,01$) mais eficaz que a água na redução da intensidade de sede (CONCHON; FONSECA, 2017). Adicionalmente um hidratante labial (que pode ser mentolado ou não) também tem a função de estimular os receptores e melhorar o conforto dos pacientes (GARCIA et al., 2018; SERATO et al., 2019).

Estudo avaliou a agradabilidade do picolé de gelo e hidratante labial mentolados em 50 pacientes em POI de cirurgia bariátrica. Os resultados revelaram que o hidratante labial mentolado foi considerado uma estratégia com sabor e intensidade de mentol agradáveis e que proporciona hidratação dos lábios (GARCIA et al., 2018).

Na prática assistencial isso significa que é possível realizar o manejo da sede do paciente em POI de forma segura, efetiva e rápida, uma vez que pouco volume de líquido reduz a sede por meio da ativação de receptores sensíveis ou frio e ao mentol.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar a implementação do Modelo de Manejo da Sede no pós-operatório imediato, norteadada pelo referencial teórico da Tradução e Intercâmbio do Conhecimento (TIC) e operacionalizada pela intervenção *Evidence-Based Practice for Improving Quality (EPIQ)*.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Descrever e refletir sobre o processo de implementação do Modelo de Manejo da Sede no pós-operatório imediato guiado pela intervenção de Tradução e Intercâmbio do Conhecimento *Evidence-Based Practice for Improving Quality (EPIQ)*.

Avaliar a adoção e a fidelidade da implementação do Modelo de Manejo da Sede no pós-operatório imediato guiada por uma intervenção multifacetada de Tradução e Intercâmbio do Conhecimento.

4 MÉTODO

4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo quase-experimental do tipo pré-teste e pós-teste, com delineamento tempo-série, sem grupo controle, norteado pelo arcabouço teórico TIC e operacionalizado pela intervenção *EPIQ*. Esta pesquisa apresenta característica interventiva e foi realizada de modo prospectivo e longitudinal, com abordagem quantitativa.

A pesquisa quase-experimental assemelha-se aos experimentos por também envolver a manipulação de uma variável independente. No entanto, os quase experimentos não possuem as características de randomização, de grupo controle, ou ambas, típicas dos experimentos verdadeiros. Neste caso, o único tipo de comparação que pode ser feito é um estudo de comparação pré-teste e pós-teste (POLIT, BECK; 2018).

O tipo de estudo pré e pós-teste do tipo tempo-série, envolve a coleta de dados durante um longo período de tempo e a realização da intervenção durante esse período (LACERDA; RIBEIRO; COSTENARO, 2018). Trata-se de um delineamento útil para determinar tendências, sendo bastante utilizado quando um único grupo de participantes está disponível. Os pesquisadores podem medir o fenômeno de interesse por um período mais longo e introduzir a intervenção em algum momento do decorrer do período de coleta de dados. Mesmo com a ausência de um grupo de comparação, o âmbito mais amplo de pontos de coleta de dados ajuda a excluir ameaças à validade, tais como os efeitos do tempo na variável resposta (LACERDA; RIBEIRO; COSTENARO, 2018).

4.2 LOCAL DE ESTUDO

Todas as etapas foram realizadas em um hospital universitário de nível terciário no norte do Paraná. Trata-se de uma instituição pública com 431 leitos, todos à disposição do Sistema Único de Saúde (SUS), referência para trauma, tratamento de queimados, gravidez de alto risco e transplante de medula óssea. Esta instituição comporta um Centro Cirúrgico (CC) com sete salas

operatórias e uma SRA com seis leitos. A média mensal de cirurgias realizadas é de 640.

4.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

Amostra não probabilística determinada pelo tempo de coleta de dados. A amostra constitui-se pelos eventos observados da assistência prestada por profissionais de enfermagem aos pacientes em POI com idade superior a três anos.

A idade superior a três anos foi estabelecida, por se tratar da idade mínima para a inclusão no MMS (PIEROTTI et al., 2020). Participaram (indiretamente) pacientes de ambos os sexos, em POI e, em condições de verbalizar com a equipe de enfermagem. Ressalta-se que não houve qualquer contato verbal entre a pesquisadora e os pacientes, apenas observação da interação dos profissionais de enfermagem com eles.

Os profissionais do CC participaram da pesquisa com finalidades diferentes. Um grupo foi selecionado e convidado para compor o CPP, que objetiva escolher pessoas chave da unidade para serem os facilitadores internos da implementação, bem como, participar das tomadas de decisões (LEE et al., 2009; STEVENS et al., 2014a, 2014b). Neste sentido, a escolha para a composição desse grupo foi intencional e buscou os profissionais que apresentavam algum tipo de liderança na unidade (formal ou informal) além de incluir diferentes classes profissionais. Ademais, facilitadores externos também foram convidados para composição do CPP (membros do GPS - especialistas no tema sede).

O outro grupo foi composto pelos profissionais de enfermagem do CC que participaram do processo de implementação. Incluiu-se profissionais de ambos os sexos e que não estavam de férias ou licença no início do processo de implementação.

4.4 COLETA DE DADOS

A pesquisa aconteceu entre novembro de 2020 a julho de 2021 e seguiu as duas fases preconizadas pela intervenção *EPIQ*: Fase 1 – Preparação e Fase 2 – Implementação e mudança (LEE et al., 2009; STEVENS et al., 2014a, 2014b) (Quadro 6). Além disso, em todas as etapas e passos, os quatro elementos

essenciais para a tradução do conhecimento foram considerados: síntese das melhores evidências; disseminação; troca e aplicação eticamente sólidas do conhecimento.

Quadro 6 – Atividades realizadas nas fases da intervenção multifacetada *EPIQ*.

Fase 1: Preparação	
Atividades	Duração
<ul style="list-style-type: none"> - 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 (lembretes, dinâmicas, aula expositiva dialogada, capacitação individual, auditoria e feedback, entre outros). - Realização de reuniões para estabelecimento de colaboração institucional com áreas de gestão. 	3 meses
Fase 2: Implementação e mudança	
Atividades	Duração
<ul style="list-style-type: none"> - Implementação do MMS com o uso de diversas estratégias de TIC em três ciclos rápidos de melhoria contínua da qualidade – PDSA. - Período sem intervenção da pesquisadora. - Avaliação da mudança. 	6 meses

Fonte: Elaboração própria.

Fase 1 – Preparação

A primeira fase compreendeu três meses da pesquisa (novembro de 2020 a janeiro de 2021) e incluiu as seguintes etapas: coleta de dados pré-implementação, formação, sensibilização e capacitação do CPP, identificação de barreiras e facilitadores, revisão das evidências disponíveis, decisão pela mudança de prática e realização de reuniões para estabelecimento de colaboração institucional com áreas de gestão.

Coleta de dados pré-implementação (reconhecimento do cenário e população base): aconteceu durante o mês de novembro no qual a pesquisadora esteve na SRA diariamente, nos diferentes turnos de trabalho. O tempo para a realização desta atividade foi de quatro horas diárias. O objetivo foi observar como a equipe de enfermagem realizava o MMS. A pesquisadora não fazia qualquer

interação verbal com os profissionais ou com os pacientes, apenas observava a prática e registrava em roteiro de coleta de dados. O roteiro continha informações para caracterização dos colaboradores como idade, sexo e turno de trabalho. Ademais, o roteiro continha questões referentes à realização dos quatro pilares do MMS: identificação, mensuração, uso do protocolo de segurança e estratégia de alívio ofertada. Adicionalmente, foram coletados dados para caracterização dos pacientes como: idade, sexo, clínica, tipo e duração do procedimento e anestesia (Apêndice A). O MMS pode ser realizado múltiplas vezes em cada paciente (NASCIMENTO et al., 2020), e para este estudo, a amostra foi definida como o número de eventos observados.

Formação, sensibilização e capacitação do CPP: o CPP foi composto por 12 profissionais, sendo eles: 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 inclusão dos membros foram a intencionalidade de incluir as pessoas que exerciam algum tipo de liderança na unidade, e a expertise na área de sede. Foram realizadas sete reuniões com diferentes objetivos e abordagens: sensibilização e capacitação sobre o MMS, apresentação dos dados pré-implementação, exposição do método da pesquisa incluindo os referenciais utilizados, identificação de barreiras e facilitadores e decisões de mudança.

Identificação de barreiras e facilitadores junto ao CPP: em duas das reuniões realizadas em janeiro de 2021, levantaram-se as barreiras e facilitadores para a realização do MMS. Para isso, *post-it* foram distribuídos para que os membros do CPP pudessem escrever livremente. Posteriormente, a pesquisadora principal os organizou em um quadro e os validou com o grupo. Além disso, estratégias foram selecionadas a fim de superar as barreiras.

Revisão das evidências disponíveis: após a apresentação das evidências sobre as melhores práticas sobre o manejo da sede do paciente em POI, foi definido o que seria inserido na unidade. Além das evidências, também foram consideradas a experiência clínica do profissional por meio de relatos referentes aos 10 anos de aproximação com o MMS na unidade e as preferências do paciente pela estratégia fria (GARCIA et al., 2018; SILVA, ARONI, FONSECA; 2016).

Decisão pela mudança de prática: considerando os resultados das observações pré-implementação, a meta (taxa) para realização do MMS foi definida,

além de o estabelecimento de papéis e ações que cada membro do CPP deveria realizar para facilitar o processo de implementação. Mudanças no impresso perioperatório foram necessárias para adequação de itens relacionados ao MMS (Apêndice B).

Realização de reuniões para estabelecimento de colaboração institucional com áreas de gestão: reuniu-se com a diretoria de enfermagem para apresentação do projeto e solicitação de recurso financeiro e padronização dos insumos necessários, com a nutricionista para responsabilização pela confecção da estratégia de alívio da sede e, com os profissionais da informática para inserção do MMS no prontuário eletrônico.

Fase 2 – Implementação e Mudança

O período de implementação e mudança teve duração de seis meses (fevereiro a julho de 2021) e incluiu a verificação do plano de mudança por meio da ferramenta PDSA.

Realização de ciclos de melhoria contínua PDSA (Quadro 7): realizaram-se três ciclos para implementar e avaliar o processo, com duração total de aproximadamente três meses. Cada ciclo se iniciava com uma reunião do CPP para estabelecer a meta a ser alcançada, na sequência, a pesquisadora juntamente com alguns membros do CPP, realizava as estratégias para TIC - específicas e personalizadas para cada pilar.

A auditoria da mudança foi realizada por meio da observação da prática dos profissionais pela pesquisadora principal, nos três últimos dias de cada ciclo, após a realização das estratégias de TIC. Inicialmente, o objetivo era avaliar todos os turnos de trabalho, no entanto, neste período de coleta, houve redução no número de cirurgias eletivas devido à pandemia de COVID-19, além de mudança física da SRA para sala de pré-operatório dentro da mesma unidade. Desta forma, os dados coletados foram dos períodos matutino e vespertino. Ressalta-se que, devido à escassez de recursos humanos, os mesmos profissionais que atuavam no período noturno cobriam os demais períodos sendo, então, participantes da coleta de dados. O momento da coleta foi definido de acordo com a disponibilidade da pesquisadora e teve duração de quatro horas em cada dia. O roteiro de coleta de dados foi o mesmo utilizado para a coleta pré-implementação (Apêndice A).

Quadro 7 – Ciclos de melhoria contínua da qualidade – PDSA para implementação do MMS e avaliação do processo (estratégias de TIC, meta, público-alvo e indicador de avaliação).

Duração	Estratégias TIC	Meta	Público-alvo	Indicador de avaliação
Ciclo 1 – Foco na sensibilização geral sobre o MMS				
8 semanas	<ul style="list-style-type: none"> - Aula expositiva dialogada. - Lembretes com a logo projeto Paciente sem Sede (PASS). - Distribuição de brindes. 	<ul style="list-style-type: none"> - Alcançar 100% dos profissionais de enfermagem. - Realização completa do MMS em 70% das oportunidades. 	Profissionais de enfermagem.	<ul style="list-style-type: none"> - Frequência dos participantes. - Número de vezes que o MMS completo foi realizado dividido pelo número total de vezes que poderia ser realizado.
Ciclo 2 – Foco nos pilares Identificação e Mensuração				
2 semanas	<ul style="list-style-type: none"> - Lembretes e cartazes. - Vídeo “é fácil perder de vista algo que não esteja procurando”. - Uso de óculos coloridos. - Música “Tenho sede” do autor Gilberto Gil. - Dinâmica com uso das escalas. 	<ul style="list-style-type: none"> - Realização completa do MMS em 70% das oportunidades. 	Profissionais de enfermagem.	<ul style="list-style-type: none"> - Número de vezes que o MMS completo foi realizado dividido pelo número total de vezes que poderia ser realizado.
Ciclo 3 – Focos nos pilares Segurança e Estratégia				
3 semanas	<ul style="list-style-type: none"> - Lembretes e cartazes. - Capacitação teórica e prática, de forma individual ou em duplas, sobre os protocolos de segurança. - Dinâmica de avaliação do risco. - Produção e 	<ul style="list-style-type: none"> - Realização completa do MMS em 70% das oportunidades. 	Profissionais de enfermagem.	<ul style="list-style-type: none"> - Número de vezes que o MMS completo foi realizado dividido pelo número total de vezes que poderia ser realizado.

	disponibilização de vídeo com etapas de avaliação pelos protocolos. - Dinâmica da saciedade pré-absortiva da sede (estratégia fria). - Distribuição de brindes.			
--	---	--	--	--

Fonte: Elaboração própria.

Além das estratégias de TIC apresentadas no quadro acima, houve a denominação de uma facilitadora interna, uma enfermeira assistencial do CC/SRA, responsável por acompanhar a realização do MMS na unidade, buscando engajar a equipe, além de apresentar aos facilitadores externos as possíveis demandas como dificuldades e a necessidade de novas intervenções.

Houve um período sem intervenção da pesquisadora por aproximadamente dois meses e, posteriormente iniciou-se a coleta de dados pós-implementação. Os dados foram coletados em julho de 2021, também por meio da observação da prática dos profissionais na SRA, com duração de quatro horas em cada dia, nos diferentes turnos de trabalho. O roteiro de coleta foi o mesmo utilizado nas etapas anteriores (Apêndice A).

4.5 VARIÁVEIS

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. O processo de implementação foi avaliado por meio da adoção (PROCTOR et al., 2011) e aspectos da fidelidade, como adesão e alcance do público-avo (CARROL et al., 2007; GEARING et al., 2011; HAYNES et al., 2016).

A adoção é definida pela intenção, decisão inicial ou ação em tentar ou empregar uma inovação ou prática baseada em evidências (PROCTOR et al., 2011). Pode ser operacionalizada pelo número ou proporção de organizações ou ambientes que concordam em realizar a intervenção, bem como, o número ou

proporção de indivíduos nesses locais que, em última instância, realizariam a intervenção (REILLY et al., 2020).

A adoção da intervenção foi definida como a realização por completo do MMS pelos profissionais, apresentada pela variação na utilização da evidência nos momentos pré e pós-implementação. Avaliou-se a adoção, neste estudo, por meio do 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 realização 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 na presença de sede. O item 4 acontecia quando havia aprovação pelo protocolo de segurança.

Adicionalmente a adoção completa do MMS, avaliou-se a realização individual de cada pilar, segundo o 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 os critérios de exclusão: pilar Identificação: situações nas quais o paciente estava dormindo e nas quais verbalizou a sede de forma espontânea, pilar Mensuração: situações nas quais o paciente estava dormindo e em ausência de sede, pilar Segurança: situações nas quais o paciente estava dormindo e em ausência de sede e, pilar Estratégia: situações nas quais o paciente estava dormindo, em ausência de sede e ou reprovação pelo protocolo de segurança.

A fidelidade pode considerar 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 (PROCTOR et al., 2011; CARROL et al., 2007).

A adesão é definida como "um programa de serviço ou intervenção 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" (CARROL et al., 2007). As subcategorias que integram a adesão são: conteúdo, frequência, duração e cobertura (ou seja, dose) (CARROL et al., 2007).

No presente estudo, avaliou-se o nível de adesão da evidência pelos profissionais durante os três ciclos rápidos de PDSA da implementação. Os resultados foram apresentados 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 de PDSA da implementação.

4.6 ANÁLISE DOS DADOS

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, a realização individual de cada pilar.

Os resultados dos ciclos de PDSA durante a implementação, 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.

O alcance do público-alvo no primeiro ciclo foi descrito pela porcentagem de profissionais contemplados em relação à meta estabelecida (primeira meta).

4.7 ASPECTOS ÉTICOS

Em cumprimento a 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 CAAE: 13638519.1.0000.5231 (Anexo A). Os participantes do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice C), após a pesquisadora fornecer informações quanto ao objetivo do estudo e ressaltar que eles poderiam, a

qualquer momento, desistir da investigação, sem nenhum tipo de risco ou prejuízo. Além disso, o Termo de Sigilo e Confidencialidade foi assinado (Apêndice D).

5 RESULTADOS

Os resultados serão apresentados no formato de dois manuscritos:

Reflexões sobre a implementação do Manejo da Sede no pós-operatório imediato em um cenário brasileiro

Implementação do Manejo da Sede no pós-operatório imediato norteada pela Tradução e Intercâmbio do Conhecimento

5.1 MANUSCRITO 01

Reflexões sobre a implementação do Manejo da Sede no pós-operatório imediato em um cenário brasileiro**RESUMO**

Objetivo: descrever e refletir sobre o processo de implementação do Modelo de Manejo da Sede no pós-operatório imediato guiado pela intervenção de Tradução e Intercâmbio do Conhecimento *Evidence-Based Practice for Improving Quality (EPIQ)*. **Método:** estudo de reflexão e descrição do processo. **Resultados:** A sede perioperatória é altamente prevalente e angustiante para o paciente cirúrgico, e ainda assim, subvalorizada. O Modelo de Manejo da Sede reúne as melhores evidências para minorar o desconforto vivenciado pelos pacientes no perioperatório. Há, porém, uma lacuna entre evidências e seu uso na prática assistencial. A adoção de novas evidências por profissionais de saúde é um processo complexo envolvendo múltiplos fatores. É preciso utilizar um arcabouço teórico que considere e sistematize toda a complexidade que envolve o processo de mudança, como a Tradução e Intercâmbio do Conhecimento. A implementação foi guiada pela intervenção multifacetada *Evidence-based Practice for Improving Quality*, que visa a mudança da cultura organizacional e sustentação das mudanças comportamentais. A implementação do Manejo da Sede seguiu as duas fases da intervenção: preparação e implementação e mudança. Dentre as atividades, destacam-se: realização do diagnóstico basal; formação, sensibilização e capacitação do grupo chave na unidade; identificação de barreiras e facilitadores e implementação das estratégias de tradução do conhecimento por meio de ciclos rápidos de melhoria contínua da qualidade. **Considerações finais:** A tradução do conhecimento por meio de sua intervenção multifacetada representou um avanço no processo de implementação do manejo da sede no pós-operatório imediato, ao agregar os múltiplos fatores relevantes e complexos para uma implementação bem-sucedida.

Descritores: Cuidados Pós-Operatórios. Sede. Enfermagem Baseada em Evidências.

ABSTRACT

Objective: to describe and ponder on the process of implementing the Thirst Management Model in the immediate postoperative period guided by the Knowledge Translation Intervention Evidence-Based Practice for Improving Quality (EPIQ). **Method:** reflective study and process description. **Results:** Perioperative thirst is highly prevalent and distressing for the surgical patient, yet underappreciated. The Thirst Management Model brings together the best evidence to alleviate the discomfort experienced by patients in the perioperative period. There is, however, a gap between evidence and its use in care practice. The adoption of new evidence by

health professionals is a complex process involving multiple factors. It is necessary to use a theoretical framework that considers and systematizes all the complexity that involves the change process, such as Knowledge Translation. The implementation was guided by the multifaceted intervention Evidence-based Practice for Improving Quality, which aims to modify organizational culture and sustain behavioral changes in the working process. The implementation of Thirst Management Model followed the phases of the intervention: preparation, implementation and change. Among the activities are highlighted: baseline diagnosis; formation, sensitization, and training of the key group in the unit; identification of barriers and facilitators; and implementation of knowledge translation strategies through rapid cycles of continuous quality improvement. **Final considerations:** Knowledge Translation through its multifaceted intervention represented an advance in the process of implementation of Thirst Management Model in the immediate postoperative period, by aggregating the multiple relevant and complex factors for a successful implementation.

Descriptors: Postoperative Care. Thirst. Evidence-Based Nursing.

INTRODUÇÃO

A sede é um dos principais desconfortos relatados pelo paciente no pós-operatório imediato (POI) em diferentes realidades e países. Estudos nacionais apresentam prevalências elevadas entre 84,5% (PIEROTTI et al., 2018) e 97,6% (SERATO et al., 2019). Estudo na China revelou prevalência de 79,7% (LEE et al., 2020). Além de prevalente, a sede apresenta elevada intensidade (LEE et al., 2020; PIEROTTI et al., 2018; SERATO et al., 2019) e resulta em sentimentos de angústia e ansiedade, e sobrepuja outros sintomas como a dor e a fome (ALMERON et al., 2021).

Embora o cuidado com a sede seja tão primordial para o bem-estar de um indivíduo, a atenção dada a esta necessidade tem-se revelado inovadora (NASCIMENTO et al., 2020). Protocolos e diretrizes para desconfortos e complicações pós-operatórias como hipotermia, hipóxia e dor foram bem documentados. Entretanto, a identificação da sede, sua mensuração e tratamento não faziam parte do cenário e do registro, sobretudo na Sala de Recuperação Anestésica (SRA). Considerava-se tabu ofertar líquido precocemente devido o risco de broncoaspiração, acarretando desconforto prolongado e desnecessário ao paciente. Soma-se a isso, a falta de conhecimento e a desvalorização da equipe de saúde em relação à sede dos pacientes (CONCHON, 2016; GARCIA et al., 2017; PAVANI; FONSECA).

A escassez de pesquisas a respeito da sede no perioperatório reflete um descompasso com a percepção e relato de desconforto intenso por parte do paciente, assim como, a necessidade de proporcionar cuidado a essa população (ALMERON et al., 2021; SILVA et al., 2018). Diante desta constatação, o Grupo de Estudo e Pesquisa da Sede (GPS) foi criado por pesquisadores, na Universidade Estadual de Londrina. Os resultados dos estudos do GPS, somados a evidências na literatura, conduziram o GPS ao desenvolvimento do Modelo de Manejo da Sede (MMS) que visa aliviar, de maneira segura e precoce, a sede do paciente no POI (NASCIMENTO et al., 2020).

Composto por quatro pilares, o MMS identifica a sede, mensura a intensidade e desconforto por meio de escalas, utiliza protocolos para avaliar a segurança na aplicação da estratégia, e oferta estratégias fria e ou mentolada para aliviar a sede (NASCIMENTO et al., 2020).

Ao longo de aproximadamente 10 anos de estudos, o GPS realizou várias intervenções educativas em um hospital universitário brasileiro, com a finalidade de disseminar o conhecimento para os profissionais do centro cirúrgico, além de incluir o registro sobre a sede no prontuário do paciente (GARCIA et al., 2015). Entretanto, essas intervenções não tinham um plano sistemático sustentado por um arcabouço teórico que considera a complexidade dos processos de mudança da prática (BUENO, 2021; CIHR, 2016; LEE et al., 2011). A presença de docentes e alunos do GPS na SRA permitiu observar que a implementação do MMS não aconteceu por completo, visto que alguns profissionais permaneciam sem avaliar a sede, e outros, realizavam apenas alguns pilares do MMS.

A implementação de novas evidências é baixa e lenta nos serviços de saúde. Dentre os diversos desafios apresentados na literatura, incluem-se a falta de tempo para ler artigos de pesquisa e implementar as novas ideias; falta de recurso humano; falta de acesso a informações de pesquisa; falta de apoio administrativo (KERR; RAINEY, 2021). Outro desafio é a abordagem de temas inovadores como o manejo da sede (NASCIMENTO et al., 2020).

Neste sentido, com o objetivo de que as evidências sejam efetivamente adotadas pela equipe de saúde, é preciso utilizar um arcabouço teórico que integre os múltiplos fatores do processo (CIHR, 2016; LEE et al., 2011; BUENO, 2021). A Tradução e Intercâmbio do Conhecimento (TIC) (termo utilizado no Brasil para se referir ao *Knowledge Translation - KT*) (VIEIRA; GASTALDO; HARRISON,

2020), apresenta-se como um relevante conceito neste sentido. A efetividade da TIC em relação à simples disseminação do conhecimento mostra-se no engajamento e integração daqueles que utilizarão o conhecimento em todas as etapas da pesquisa, além de, facilitar o uso do conhecimento científico na prática clínica pelos profissionais da saúde (CIHR, 2016; VIEIRA; GASTALDO; HARRISON, 2020).

Para que uma evidência se transforme em rotina na prática dos profissionais de saúde, recomenda-se incorporar estratégias multifacetadas de TIC, definidas como um conjunto de estratégias utilizadas para alcançar a tradução e intercâmbio do conhecimento em um processo de implementação (OLSON; OUDSHOORN, 2019).

Um exemplo dessas estratégias é a intervenção multifacetada *Evidence based Practice for Improving Quality (EPIQ)*, traduzida como Prática Baseada em Evidência para a Melhoria do Processo de Qualidade, que se diferencia por envolver os atores da ação, incentivando-os a se apropriar de seus problemas e soluções locais, facilitando a aceitação e maximizando o impacto de uma implementação (LEE et al., 2011). Isso ocorre pelo fato da experiência do profissional e a realidade local serem valorizadas como componentes indispensáveis para uma implementação (STEVENS et al., 2014). A *EPIQ* tem por objetivo fundamentar a implementação da evidência na prática clínica (LEE et al., 2011).

Diante do exposto, importa refletir sobre as dificuldades de traduzir e intercambiar as melhores evidências para a prática em cenário brasileiro, além de descrever o caminho percorrido para o processo de implementação. Dessa forma, objetiva-se com este estudo descrever e refletir sobre o processo de implementação do Modelo de Manejo da Sede no pós-operatório imediato guiado pela intervenção de Tradução e Intercâmbio do conhecimento *Evidence-Based Practice for Improving Quality (EPIQ)*.

MÉTODO

Esta reflexão integra um estudo denominado: “Implementação do Manejo da Sede: intervenção norteada pela Tradução e Intercâmbio do Conhecimento”. Trata-se da descrição e reflexão sobre o processo de implementação de evidência na prática assistencial guiado por uma intervenção de tradução e intercâmbio do conhecimento *EPIQ*.

A implementação aconteceu no centro cirúrgico (CC) de um hospital universitário do norte do Paraná. Trata-se de um hospital com 431 leitos todos a disposição do Sistema Único de Saúde. O CC em questão comporta sete salas cirúrgicas, sendo a média mensal de procedimentos de aproximadamente 640. Conta ainda, com uma Sala de Recuperação Anestésica (SRA) com seis leitos.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa em seres humanos, sob o CAAE 13638519.1.0000.5231.

RESULTADOS

A implementação do MMS na prática assistencial seguiu as duas etapas preconizadas pela intervenção *EPIQ*: 1) Preparação e, 2) Implementação e Mudança (LEE et al., 2009; STEVENS et al., 2014). O quadro abaixo apresenta o resumo das atividades realizadas.

Quadro 1 – Atividades realizadas para implementação do MMS segundo a intervenção *EPIQ*.

Fase 1: Preparação	
Atividades	Duração
<ul style="list-style-type: none"> - 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 (lembretes, dinâmicas, aula expositiva dialogada, capacitação individual, auditoria e feedback, entre outros). - Realização de reuniões para estabelecimento de colaboração institucional com áreas de gestão. 	3 meses
Fase 2: Implementação e mudança	
Atividades	Duração
<ul style="list-style-type: none"> - Implementação do MMS com o uso de diversas estratégias de TIC em três ciclos rápidos de melhoria contínua da qualidade – PDSA. - Período sem intervenção da pesquisadora. - Avaliação da mudança. 	6 meses

Fonte: Elaboração própria.

Preparação

Coleta de dados pré-implantação (diagnóstico basal)

Com o objetivo de observar como a equipe de enfermagem realizava o MMS, realizou-se a coleta dos dados basais para diagnóstico situacional (pré-implantação). Durante um mês, a pesquisadora principal esteve na SRA diariamente por quatro horas, nos diferentes turnos de trabalho. A coleta de dados aconteceu por meio da observação passiva da prática dos profissionais e registros em roteiro de coleta de dados. Foram coletadas informações sobre a realização ou não dos pilares do MMS, dados de caracterização dos profissionais como idade, sexo e turno de trabalho, além de dados de caracterização dos pacientes por meio dos prontuários.

Formação, sensibilização e capacitação do Conselho de Pesquisa e Prática (CPP)

O CPP tem como objetivo reunir líderes internos e externos à unidade de implantação, para tomada de decisão e auxílio em todo o processo como facilitadores internos (LEE et al., 2009; STEVENS et al., 2014). Ao todo, 12 profissionais compuseram o CPP, 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.

Após a formação do CPP, realizaram-se sete reuniões com diferentes objetivos e estratégias: uso de aula expositiva dialogada com dinâmicas e distribuição de brindes para sensibilização do grupo em relação ao tema sede; apresentação dos dados resultantes da auditoria basal; apresentação dos pressupostos da TIC, como seria o processo de implantação na unidade e a ferramenta para auditorias; identificação de barreiras e facilitadores para a implantação da evidência; revisão do impresso perioperatório para adequar os itens do MMS e; definição das metas a serem alcançadas durante a implantação.

As reuniões aconteceram com intervalos de aproximadamente duas semanas, em uma sala de reunião dentro do CC com duração de uma hora cada.

Identificação de barreiras e facilitadores

Para a identificação das barreiras e facilitadores, foram distribuídos *post-it* aos membros do CPP, permitindo, que escrevessem suas ideias livremente. Na sequência, a pesquisadora principal os organizou em um quadro e validou com o grupo. As barreiras foram divididas em individuais e organizacionais e estratégias foram levantadas na tentativa de superá-las (Quadro 2).

Quadro 2 – Barreiras e estratégias para enfrentamento levantadas pelo CPP.

Barreiras individuais	Estratégias de enfrentamento
- Existência do mito relacionado à ingestão precoce de líquido no POI.	- Capacitação com toda a equipe de enfermagem, por meio de múltiplas estratégias TIC: aula expositiva dialogada, uso de lembretes, dinâmicas, músicas, vídeos, dentre outros.
- Falta de empenho de alguns profissionais para a realização do MMS.	- Sensibilização da equipe por meio dos membros do CPP, incentivando a realização do MMS.
- Falhas na anotação.	- Uso de estratégias TIC como aula expositiva dialogada e uso de lembretes para reforçar a relevância e o registro correto do MMS no prontuário do paciente.
- Realização incompleta dos pilares do MMS.	- Uso de estratégias TIC como aula expositiva dialogada, uso de lembretes, dinâmicas, distribuição de brindes motivacionais e, disponibilização de quadro ilustrativo feito especialmente para SRA com os impressos necessários para realização do MMS coloridos e lúdicos.
- Falta de utilização do protocolo de segurança quando o paciente está alerta.	- Realização de capacitação teórica e prática, reforçando a avaliação de cada critério de segurança.
- Falta de conhecimento dos	- Uso de estratégias TIC como

profissionais.	aula expositiva dialogada, uso de lembretes, dinâmicas, músicas, vídeos, dentre outros.
Barreiras organizacionais	Estratégias de enfrentamento
- Falta de recurso financeiro para aquisição de insumos para confecção do picolé de gelo e estratégias mentoladas.	- Participação em reunião com a diretoria de Enfermagem para solicitação de recurso financeiro para aquisição permanente dos insumos necessários para a confecção das estratégias frias e mentoladas.
- Falta de conhecimento sobre o projeto PASS e incentivo por parte da alta gestão hospitalar.	- Participação em reunião com as chefias de enfermagem da instituição para apresentação do projeto, suas repercussões e a necessidade de apoio institucional.
- Confeção manual e caseira do picolé na própria SRA.	- Responsabilização da confecção do picolé de gelo pelo setor de nutrição

Fonte: Elaboração própria.

Os facilitadores identificados foram: conhecimento do tema por alguns membros da equipe, aceitabilidade pela maioria dos anestesiólogos, visibilidade para o hospital devido ao ineditismo do MMS, autonomia da equipe de enfermagem para avaliar critérios de segurança e oferecer estratégia de alívio da sede, aceitabilidade do picolé de gelo por parte dos pacientes, presença do GPS na instituição e presença de freezer na SRA.

Ademais, com a finalidade de aumentar a identificação e visibilidade da implementação, o GPS desenvolveu uma logo para o projeto Paciente Sem Sede (PASS) (Figura 1) já utilizado na implementação do MMS no Centro de Tratamento de Queimados da mesma instituição.

Figura 1 – Logo projeto Paciente Sem Sede – PASS.



Fonte: Elaborada pelo Grupo de Pesquisa e Estudo da Sede (GPS) (Londrina, 2021).

Revisão das evidências disponíveis

As evidências consideradas para a implementação incluíram a experiência dos profissionais e pacientes, adicionadas à literatura relacionada ao tema sede. A evidência a ser implementada é a realização dos quatro pilares do MMS no POI (NASCIMENTO et al., 2020). Para isso, no pilar Identificação, o profissional deveria perguntar ao paciente sobre a presença de sede, no pilar Mensuração da intensidade, utilizar as escalas adequadas para cada faixa etária, para avaliar a Segurança do manejo, utilizar os Protocolos de Segurança para o Manejo da Sede adulto (NASCIMENTO et al., 2014) e pediátrico (PIEROTTI et al., 2020) e, no pilar estratégia de alívio da sede, oferecer o picolé de gelo (CONCHON; FONSECA, 2018; GARCIA et al., 2016).

Decisão pela mudança de prática

Definiu-se junto ao CPP as mudanças de prática a serem implementadas na unidade. A confecção do picolé de gelo, utilizado como estratégia de alívio da sede, foi padronizada e ficou sob a responsabilidade do setor de nutrição da instituição, não mais na SRA como era feito anteriormente. Para tanto, o GPS adquiriu um freezer e o doou para o setor de nutrição. Foram estabelecidas as estratégias de TIC para sensibilizar e capacitar todos os profissionais de enfermagem sobre o MMS. Houve a necessidade de alterar o impresso de avaliação perioperatório para adequar e inserir novos registros sobre o MMS, além de inserir no sistema informatizado, dados sobre o MMS.

A definição das metas (100% do público-alvo no primeiro ciclo rápido e a realização completa do MMS em 70% das oportunidades), considerou os resultados da coleta pré-implementação e a exequibilidade dentro do contexto daquela unidade. Elementos importantes neste sentido foram a elevada rotatividade de profissionais, elevado número de afastamentos devido casos suspeitos e ou confirmados de COVID-19, ausência de profissionais no CC para cobrir setores referências para COVID-19 e redução no número de procedimentos cirúrgicos.

Realização de reuniões para estabelecimento de colaboração institucional com áreas de gestão

Fez-se necessário a realização de reuniões envolvendo as chefias de enfermagem, farmácia e nutrição para apresentação do projeto PASS e solicitação de apoio organizacional e financeiro. Além disso, participaram da decisão sobre a responsabilização da confecção da estratégia fria pelo setor de nutrição e verificação da possibilidade de padronizar as estratégias mentoladas pela instituição.

Considerando as alterações no impresso perioperatório (prontuário manual), a equipe de qualidade foi envolvida para justificar as mudanças e solicitar a inclusão do novo documento no sistema informatizado.

A equipe de informática participou na inclusão dos itens do MMS no prontuário eletrônico, na tentativa de avaliar continuamente o processo e gerar indicadores de qualidade para o CC.

Implementação e Mudança

Implementação do MMS com o uso de diversas estratégias de TIC em três ciclos rápidos de melhoria contínua da qualidade - PDSA (Quadro 3)

Para a implementação do MMS na unidade, utilizaram-se diversas estratégias TIC como: aula expositiva dialogada, músicas; dinâmicas; lembretes com a logo do projeto PASS em banner e adesivo no freezer da SRA onde são armazenados os picolés de gelo e distribuição de brindes. Para o pilar segurança, somou-se a realização de 26 treinamentos práticos, individuais ou em duplas, para a utilização dos protocolos de segurança adulto e pediátrico. As estratégias foram utilizadas em três ciclos de melhoria contínua da qualidade – PDSA - com avaliação da prática para verificar a realização do MMS (LEE et al., 2011; STEVENS et al., 2014; TAYLOR et al., 2014).

A auditoria (avaliação da prática) aconteceu por meio da observação da prática dos profissionais realizada pela pesquisadora principal, na última semana de cada ciclo (após o uso das estratégias), com duração de três dias considerando a disponibilidade da pesquisadora. O tempo de permanência na unidade para a realização da auditoria foi de quatro horas diariamente. O indicador auditado foi o mesmo para todos os ciclos – realização ou não do MMS pelo profissional de enfermagem no paciente em SRA. Ao se iniciar um novo ciclo, o CPP se reunia

para discutir os resultados do ciclo anterior e estabelecer novas estratégias caso necessário.

Inicialmente, a pesquisadora principal realizou capacitação por meio de aula expositiva dialogada e dinâmicas interativas, com toda a equipe de enfermagem do CC, exceto, com os profissionais que estavam de férias ou licença no período. Ao todo se realizaram 12 capacitações, com duração de uma hora cada, em todos os turnos de trabalho e em dias alternados para que todos os colaboradores pudessem participar. O conteúdo dessa apresentação consistiu na sensibilização sobre o tema sede, fundamentação do MMS, apresentação dos dados da auditoria basal e da meta estabelecida com o CPP para a realização do MMS na unidade, além dos ajustes para o registro sobre a sede no impresso perioperatório. Essa primeira estratégia de TIC teve duração total de dois meses e corresponde ao ciclo 1.

Posteriormente, os conteúdos de cada pilar foram fixados de maneira individual, fazendo uso das estratégias de TIC, em cinco semanas sequenciais (ciclos 2 e 3). Dedicou-se um tempo maior para o pilar segurança por se tratar do pilar de menor adoção pelos profissionais no diagnóstico situacional.

Quadro 3 – Ciclos de melhoria contínua da qualidade – PDSA para a implementação do MMS e avaliação do processo (estratégias de TIC, meta, público-alvo e indicador de avaliação).

Duração	Estratégias TIC	Meta	Público-alvo	Indicador de avaliação
Ciclo 1 – Foco na sensibilização geral sobre o MMS				
8 semanas	<ul style="list-style-type: none"> - Aula expositiva dialogada. - Lembretes com a logo projeto Paciente sem Sede (PASS). - Distribuição de brindes. 	<ul style="list-style-type: none"> - Alcançar 100% dos profissionais de enfermagem. - Realização completa do MMS em 70% das oportunidades. 	Profissionais de enfermagem.	<ul style="list-style-type: none"> - Frequência dos participantes. - Número de vezes que o MMS completo foi realizado dividido pelo número total de vezes que poderia ser realizado.
Ciclo 2 – Foco nos pilares Identificação e Mensuração				
2 semanas	<ul style="list-style-type: none"> - Lembretes e cartazes. - Vídeo “é fácil 	<ul style="list-style-type: none"> - Realização completa do MMS em 70% 	Profissionais de enfermagem.	<ul style="list-style-type: none"> - Número de vezes que o MMS

	perder de vista algo que não esteja procurando”. - Uso de óculos coloridos. - Música “Tenho sede” do autor Gilberto Gil. - Dinâmica com uso das escalas.	das oportunidades.		completo foi realizado dividido pelo número total de vezes que poderia ser realizado.
Ciclo 3 – Focos nos pilares Segurança e Estratégia				
3 semanas	- Lembretes e cartazes. - Capacitação teórica e prática, de forma individual ou em duplas, sobre os protocolos de segurança. - Dinâmica de avaliação do risco. - Produção e disponibilização de vídeo com etapas de avaliação pelos protocolos. - Dinâmica da saciedade pré-absortiva da sede (estratégia fria). - Distribuição de brindes.	- Realização completa do MMS em 70% das oportunidades.	Profissionais de enfermagem.	- Número de vezes que o MMS completo foi realizado dividido pelo número total de vezes que poderia ser realizado.

Fonte: Elaboração própria.

Avaliação da mudança

Após a realização das etapas descritas, houve um período sem intervenção pela pesquisadora por aproximadamente dois meses. Ao término deste intervalo, teve início a coleta pós-implementação, com duração de um mês. Os dados coletados foram os mesmos do período pré-implementação, com duração

diária de quatro horas de coleta, em dias alternados para contemplar todos os turnos de trabalho.

REFLEXÕES

Após a realização de algumas abordagens pelo GPS para implementar o MMS na prática de um hospital universitário brasileiro, com ênfase em capacitações mais tradicionais de disseminação do conhecimento (GARCIA et al., 2015), o uso da intervenção *EPIQ*, para a tradução e intercâmbio do conhecimento, contribuiu para a realização de atividades essenciais no processo de implementação, por envolver múltiplos aspectos (LEE et al., 2009; LEE et al., 2011).

Dentre as principais atividades, destacam-se: 1) conscientização dos profissionais-chaves da unidade sobre a importância do MMS, mostrando o quanto sua adesão reduz a sede do paciente e conseqüentemente melhora a assistência prestada, 2) identificação das experiências e prática desses profissionais, 3) envolvimento da gestão hospitalar para o desenvolvimento do processo, 4) realização de auditorias frequentes para subsidiar o planejamento de melhorias contínuas e, 5) utilização de diferentes estratégias TIC para a implementação da evidência.

Relevante fator positivo para o processo de implementação, foi a existência de um cenário já sensibilizado e receptível à mudança (HARVEY; KITSON, 2016). Isso se deve a presença de docentes, residentes e alunos participantes do GPS no campo da prática, com constantes abordagens sobre a sede, bem como, a identificação da necessidade de novas capacitações. Além disso, já havia espaço para registros da presença e intensidade de sede no prontuário do paciente (GARCIA et al., 2015). A frequente aproximação dos profissionais com o tema permitiu, aos poucos, o rompimento dos mitos sobre a oferta de líquido precocemente no POI.

As múltiplas estratégias TIC utilizadas, em cada ciclo rápido, representaram outro ponto relevante no processo de implementação. Foram selecionadas considerando os resultados de revisão sistemática a respeito de estratégias de implementação de evidências em países de baixa e média renda. Destacaram-se: 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 e lembretes aos pacientes (PANTOJA et al., 2017).

Adicionalmente, com o uso da TIC e da intervenção *EPIQ* para implementação do MMS na prática, observou-se maior valorização geral em relação à sede, melhora na anotação no prontuário e os profissionais sentiram-se envolvidos com o processo, conseqüentemente mais instigados a realizarem o manejo da sede.

Dentre os desafios identificados para a implementação e sustentação da evidência, destaca-se a inexistência de um profissional com a tarefa exclusiva de traduzir e intercambiar o conhecimento para a prática, ou seja, o facilitador da mudança. A facilitação é posicionada como o ingrediente ativo da implementação e pode ser realizada por indivíduos internos ou externos ao sistema. O facilitador precisa ter um bom entendimento da natureza da inovação que está sendo introduzida, dos indivíduos e equipes que devem realizar a mudança e do ambiente em que trabalham (HARVEY; KITSON, 2016).

Ainda neste sentido, é preciso considerar a pouca experiência da pesquisadora principal no desenvolvimento deste papel de facilitadora. Recomenda-se que o trabalho dos facilitadores iniciantes aconteça em conjunto com uma rede de suporte, idealmente orientada e apoiada por colegas mais experientes (KITSON; HARVEY, 2016). Para este estudo, a pesquisadora contou com o apoio dos membros mais experientes do GPS, sendo que uma integrante do grupo realizou pesquisa semelhante no Centro de Tratamento de Queimado da mesma instituição (GARCIA et al., 2021).

A despeito da pouca experiência da pesquisadora no desenvolvimento do papel de facilitadora, acredita-se que o fato desta ser conhecida pela equipe por já ter trabalhado na unidade, tenha contribuído para maior “aceitabilidade” da evidência por parte dos profissionais. Adicionalmente, a pesquisadora é uma das autoras do MMS (NASCIMENTO et al., 2020), o que garantiu adequado entendimento sobre a evidência traduzida naquele contexto (HARVEY; KITSON, 2016).

Outro desafio foi a necessidade de a pesquisadora realizar as atividades de TIC com toda a equipe em múltiplos horários e repetidas vezes, evidenciando a necessidade de um facilitador com disponibilidade de tempo. Não obstante, a frequente contratação de novos funcionários devido à elevada

rotatividade da equipe intensifica esse desafio. A alta rotatividade dos profissionais apresenta-se como limitadores para a implementação em países de baixa e média renda (GARCIA et al., 2021; HAILEMARIAM et al., 2019;).

O período em que os ciclos de PDSA aconteceram foi desafiador e inesperado, especificamente neste estudo. Durante a implementação da evidência nos três ciclos, a instituição vivenciava o momento mais crítico da pandemia da COVID-19. Houve a suspensão de cirurgias eletivas, além de o CC receber pacientes internados em suas salas cirúrgicas e SRA por falta de leitos em Unidades de Terapia Intensiva.

Diante do exposto, reforça-se a importância de utilizar conceitos e modelos teóricos como a TIC e sua intervenção *EPIQ* que guiem a implementação (BUENO, 2021). A análise contínua e sistematizada do processo, além da elaboração de estratégias para melhorar nós críticos, possibilita maior adesão dos profissionais à evidência.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O GPS desenvolveu o MMS com as melhores evidências disponíveis e, ao longo de 10 anos, busca implantá-lo na prática assistencial de maneira inovadora. Ao utilizar a intervenção *EPIQ* para traduzir o conhecimento, foi possível considerar múltiplos aspectos que envolvem a adoção da evidência pelos profissionais de saúde, sistematizando esse processo complexo e desafiador. Dentre as principais atividades realizadas no processo incluem-se o envolvimento da equipe assistencial e da gestão hospitalar, reconhecimento do cenário, identificação de barreiras e facilitadores, avaliação e *feedback* contínuos do processo. Além disso, ressalta-se que a evidência implementada – manejo seguro e precoce da sede na SRA por enfermeiros – é um tema pouco explorado pela literatura, sendo recentemente abordado, especialmente pelo GPS.

As principais potencialidades para o processo de implementação foram o contexto já sensibilizado para o tema sede, devido a frequente presença de membros do GPS na unidade, o envolvimento dos profissionais da unidade durante o processo e as atividades da *EPIQ* por envolverem múltiplos elementos para a implementação de evidência.

Os desafios foram o período da realização da pesquisa, especialmente, dos ciclos rápidos PDSA, por ser o momento mais desafiador da pandemia na instituição, a falta de uma pessoa dentro da unidade com a finalidade exclusiva de implementar e avaliar o processo (facilitador), além de toda a complexidade que envolve a motivação individual de cada profissional para a adoção ou não de uma nova prática.

Espera-se com a descrição desse processo, contribuir com maneiras mais efetivas de implementar evidências na prática assistencial, a fim de que o cuidado prestado aos pacientes seja alicerçado nas melhores evidências científicas.

AGRADECIMENTOS

Bolsa Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES - 88887.465257/2019-00 do Programa DS); Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq – processo 425262/2018-9).

REFERÊNCIAS

ALMERON, R. P. et al. Vivenciando o deserto: Relato de caso de um paciente queimado com sede. **Revista Brasileira de Queimaduras**, v. 20, n. 1, p. 66-69, 2021. Disponível em: <http://www.rbqueimaduras.com.br/details/523/pt-BR/vivenciando-o-deserto--relato-de-caso-de-um-paciente-queimado-com-sede>. Acesso em: 26 nov. 2022.

BUENO, M. Knowledge Translation, Science of Implementation and Nursing. **Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro**, 11:e4616, 2021. DOI: <http://dx.doi.org/10.19175/recom.v11i0.4616>. Acesso em: 26 nov. 2022.

CANADIAN INSTITUTES OF HEALTH RESEARCH (CIHR) CI of HR. More about Knowledge Translation at CIHR – long descriptions. [Internet]. 2016. Disponível em: <https://cihr-irsc.gc.ca/e/49505.html>. Acesso em: 14 mar. 2022.

CONCHON, M.F.; FONSECA, L.F. Efficacy of an Ice Popsicle on Thirst Management in the Immediate Postoperative Period: A Randomized Clinical Trial. **Journal of PeriAnesthesia Nursing**, v. 33, n. 2, p. 153–161, 1 abr. 2018. doi: 10.1016/j.jopan.2016.03.009.

GARCIA, A.C.K.A. et al. Perspectiva do anestesiológico em relação à sede no pósoperatório imediato. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v.16, n.3, 2017. Disponível em: <https://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/37241/21583>. Acesso em 13 set. 2022.

GARCIA, A.K.A. et al. Relato de Experiência: Implantação do protocolo de manejo da sede em sala de recuperação anestésica. In: IX EPCC Encontro Internacional de Produção Científica Unicesumar, 2015, Maringá-PR. **Anais Eletrônico - IX EPCC Encontro Internacional de Produção Científica Unicesumar**, n. 9; p. 4-8, 2015. Disponível em: <https://rdu.unicesumar.edu.br/handle/123456789/2406>. Acesso em: 13 set. 2022.

GARCIA, A.K.A. et al. Barriers and facilitators in the management of preoperative thirst of the burned patient in the light of Knowledge Translation. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 55:e03764, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/SfTX67YmBXTGt5YrcfryF5n/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 29 set. 2022.

HAILEMARIAM, M. et al. Evidence-based intervention sustainability strategies: a systematic review. **Implementation Science**, v.14, p.57, 2019. <https://doi.org/10.1186/s13012-019-0910-6>. Disponível em: <https://implementationscience.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13012-019-0910-6>. Acesso em: 06 set. 2022.

HARVEY, G.; KITSON, A. PARIHS revisited: from heuristic to integrated framework for the successful implementation of knowledge into practice. **Implementation Science**, v.11, n.33, 2016. <https://doi.org/10.1186/s13012-016-0398-2>. Disponível em: <https://implementationscience.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13012-016-0398-2>. Acesso em: 06 set. 2022.

KERR, H., RAINEY, D. Addressing the current challenges of adopting evidence-based practice in nursing. **British Journal of Nursing**, v. 30, n. 16. p. 970-974, 2021. doi: 10.12968/bjon.2021.30.16.970. Disponível em: <https://pureadmin.qub.ac.uk/ws/portalfiles/portal/233103904/Addressing.pdf>. Acesso em: 16 set. 2022.

LEE, S.K. et al. Improving the quality of care for infants: a cluster randomized controlled trial. **Canadian Medical Association Journal**, v.181, n.8, p.469-76, 2009. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2761437/pdf/1810469.pdf>. Acesso em: 14 mar. 2022.

LEE, S.K. et al. The EPIQ evidence reviews – practical tools for an integrated approach to Knowledge Translation. **Paediatric Child Health**, v. 16, n. 10, p. 629-630, 2011. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3225472/pdf/pch16629.pdf> >. Acesso em: 14 mar. 2022.

LEE, C.W. et al. Prevalence, risk factors, and optimized management of moderate-to-severe thirst in the post-anesthesia care unit. **Scientific Reports**, n. 16183, 2020. <https://doi.org/10.1038/s41598-020-73235-5> Disponível em: <https://www.nature.com/articles/s41598-020-73235-5>. Acesso em: 05 out. 2022.

NASCIMENTO, L.A. et al. Development of a safety protocol for management thirst in the immediate postoperative period. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v.48, n.5, p.831-840, 2014. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/reeusp/a/hyvtv89S7yQPVrFkPp5r8h7w/?format=pdf&lang=en>. Acesso em: 13 set. 2022.

NASCIMENTO, L.A et al. Advances in the Management of Perioperative Patients' Thirst. **AORN Journal**. February, v. 111, n. 2, p; 165-179, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/aorn.12931>.

OLSON, A.; OUDSHOORN, A. Knowledge translation: A concept analysis. **Nursing Forum**, p.1–8, 2019. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/nuf.12410>.

PANTOJA T, et al. Implementation strategies for health systems in low-income countries: an overview of systematic reviews. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, v. 9, n.9, CD011086, 2017. Disponível em: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD011086.pub2/epdf/full>. Acesso em: 14 set. 2022.

PAVANI, M.M.; FONSECA, L.F.; CONCHON, M.F. Thirst in surgical patients: perceptions of the nursing team in inpatient units. **Journal of Nursing UFPE on line**, v. 10, n. 9, p. 3352–3360, 7 ago. 2016. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/11416>. Acesso em: 13 de maio de 2021.

PIEROTTI, I. et al. Elaboration, validation and reliability of the safety protocol for pediatric thirst management. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, v.28, p.e3321, 2020. <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.3333.3321>. Acesso em: 04 out. 2022.

PIEROTTI, I. et al. Avaliação do tempo de jejum e sede no paciente cirúrgico. **Revista Baiana de Enfermagem**, [S. l.], v. 32, 2018. DOI: 10.18471/rbe.v32.27679. Disponível em: <https://periodicos.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/27679>. Acesso em: 13 set. 2022.

SERATO, V. M. et al. Package of menthol measures for thirst relief: a randomized clinical study. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.72, n. 3, p. 631-639, 2019. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0057>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/ct9YDcvnW9DNCXLMsY35ffC/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 26 nov. 2022.

SILVA, R.P.J. et al . Desconfortos esperados e vivenciados por pacientes no pós-operatório imediato. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v.32, e26070, 2018. Disponível em: http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2178-86502018000100344&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 14 set. 2022. Epub 14-Fev-2019. <http://dx.doi.org/10.18471/rbe.v32.26070>.

STEVENSON, R. J.; MAHMUT, M.; ROONEY, K. Individual differences in the interoceptive states of hunger, fullness and thirst. **Appetite**, v. 95, p. 44-57, 2015. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0195666315002950?via%3Dihub>. Acesso em: 13 set. 2022.

TAYLOR, M.J. et al. Systematic review of the application of the plan-do-study-act method to improve quality in healthcare. **BMJ Quality & Safety**, v. 23, p. 290-8, 2014. Disponível em: <https://qualitysafety.bmj.com/content/qhc/23/4/290.full.pdf>. Acesso em: 14 set. 2022.

VIEIRA, A.C.G., GASTALDO, D., HARRISON D. Como traduzir o conhecimento científico à prática? Conceitos, modelos e aplicação. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.73(5):e20190179, 2020. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0179>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/jhS3mWyxytbyBDjr86yDtpCK/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 01 out. 2022.

5. 2 MANUSCRITO 2

Implementação do Manejo da Sede no pós-operatório imediato norteada pela Tradução e Intercâmbio do Conhecimento**RESUMO**

Objetivo: avaliar a adoção e a fidelidade da implementação do Modelo de Manejo da Sede no pós-operatório imediato guiada por uma intervenção multifacetada de Tradução e Intercâmbio do Conhecimento. **Método:** estudo quase experimental, de tempo série do tipo pré e pós-teste, sem grupo controle, realizado no centro cirúrgico de um hospital universitário do sul do Brasil, entre novembro de 2020 e julho de 2021. A implementação da evidência aconteceu em duas fases: preparação e implementação e mudança. Os dados foram coletados por meio da observação passiva da prática dos profissionais de enfermagem, e registrados em roteiro com informações sobre a realização do manejo da sede. O processo de implementação foi avaliado pela mensuração da adoção e aspectos da fidelidade. Para avaliação da fidelidade, utilizou-se análise descritiva do nível de adesão da evidência nos ciclos de melhoria contínua e o alcance do público-alvo no primeiro ciclo. Comparou-se a adoção do Modelo de Manejo da Sede nos momentos pré e pós-implementação por meio do teste de Chi-quadrado. **Resultados:** Observaram-se 236 eventos no pré-implementação e 198 eventos no pós-implementação. A adoção da evidência pela equipe de enfermagem foi de 28,2% pré-implementação para 78,4% pós-implementação ($p < 0,001$). O nível de adesão foi superado pela meta de 70% em um dos três ciclos: 61,1%, 66,6%, 84,0%. O alcance do público-alvo foi de 100% na estratégia avaliada no primeiro ciclo rápido. **Conclusão:** utilizar o arcabouço teórico e sua intervenção multifacetada proporcionou aumento significativo na adoção do Modelo de Manejo da Sede no pós-operatório imediato.

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

ABSTRACT

Objective: to evaluate the adoption and fidelity of the implementation of the Thirst Management Model in the immediate postoperative period guided by the Knowledge Translation multifaceted intervention. **Method:** Quasi-experimental time-series study of the pre- and post-test type, with no control group, conducted in the Surgical Centre of a university hospital in Southern Brazil, between November 2020 and July 2021. The implementation of the evidence occurred in phases: preparation, implementation and change. Data were collected through passive observation of the nursing professionals' practice, and recorded in a script with information about the performance of thirst management protocol. The implementation process was evaluated by measuring adoption and fidelity aspects. To assess fidelity, we used descriptive analysis of the level of evidence adherence in the continuous

improvement cycles and the reach of the target audience in the first cycle. The level of adoption of the Thirst Management Model at the pre- and post-implementation times was compared using the Chi-squared test. **Results:** 236 events were observed in the pre-implementation and 198 events in the post-implementation. The adoption of the evidence by the nursing team was from 28.2% pre-implementation to 78.4% post-implementation ($p < 0.001$). The level of adherence was exceeded by the 70% target in one of the three cycles: 61.1%, 66.6%, 84.0%. The reach of the target audience was 100% in the strategy evaluated in the first rapid cycle. **Conclusion:** using the theoretical framework and its multifaceted intervention provided significant increase in the adoption of the Thirst Management Model in the immediate postoperative period.

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

INTRODUÇÃO

Pacientes cirúrgicos apresentam elevado risco para sentir sede no pós-operatório imediato (POI) e sua prevalência é frequentemente observada em pacientes de todas as faixas etárias na Sala de Recuperação Anestésica (SRA). Estudos demonstram que a prevalência de sede seja acima de 80% tanto em crianças (88,5%) (RIVIEIRA et al., 2022), como adultos e idosos, com variação entre 78% (NASCIMENTO et al., 2019) a 89,6% (PIEROTTI et al., 2018). Dentre os fatores que deflagram e intensificam a experiência da sede no POI estão: intubação, desequilíbrio hidroeletrolítico, medicações anestésicas, sangramento, ansiedade e jejum prolongado (CONCHON et al., 2015).

Por parte da equipe, fatores como o receio da ocorrência de complicações respiratórias como a broncoaspiração, somado a 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 por esse grupo de pacientes durante décadas (GARCIA et al., 2017; PAVANI. FONSECA; CONCHON, 2016). Períodos prolongados e desnecessários de jejum ainda são praticados em diversas realidades em todo perioperatório, ainda que existam fortes evidências que incentivam a redução desse tempo. Além disso, estudos apontaram que a broncoaspiração não está relacionada com o tempo de jejum (THOMAS et al., 2018; FRYKHOLM, 2018).

Embora evidências relacionadas à ingestão precoce de líquido no POI estejam disponíveis (FRANCO et al., 2020), não há garantia de seu uso na

prática assistencial. Um dos motivos pode ser o distanciamento entre quem produz o conhecimento e aquele que o utiliza no processo de cuidar. O conceito teórico *Knowledge Translation* (KT), foi desenvolvido no Canadá com a finalidade de superar a lacuna entre as evidências científicas e as práticas de saúde (CIHR, 2016). O processo de KT tem sido descrito como Tradução e Intercâmbio do Conhecimento (TIC) no Brasil (VIEIRA; GASTALDO; HARRISON, 2019), portanto, 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 (CIHR, 2016; STRAUS; TETROE; GRAHAM, 2009). Além disso, tem por objetivo fazer do profissional o agente de mudança dentro do seu ambiente de serviço (STRAUS; TETROE; GRAHAM, 2009), se utilizando da sua experiência e realidade local como componentes indispensáveis para a implementação de ações cientificamente comprovadas (STEVENS et al., 2014).

Considerando a complexidade em traduzir e intercambiar 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 (CHAUHAN et al., 2017; SQUIRES et al., 2015). 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 a qualidade do cuidado, mudança organizacional e, principalmente a sustentação da mudança (LEE et al., 2011).

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 (LEE et al., 2009; STEVENS et al., 2014).

Na tentativa de reduzir a sede dos pacientes cirúrgicos, um grupo de enfermeiros perioperatórios passou a estudar essa temática. O Grupo de Estudo e Pesquisa de Sede (GPS) desenvolveu, ao longo de diversos anos de estudo, o

Modelo de Manejo da Sede (MMS) (NASCIMENTO et al., 2020). 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, utilizem estratégia fria e ou mentolada (NASCIMENTO et al., 2020).

Almeja-se implementar de forma efetiva essa evidência 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* (HARVEY; LYNCH, 2017; LEE et al., 2009). Neste contexto, o objetivo deste estudo foi avaliar a adoção e a fidelidade da implementação do Modelo de Manejo da Sede no pós-operatório imediato guiada por uma intervenção multifacetada de Tradução e Intercâmbio do conhecimento.

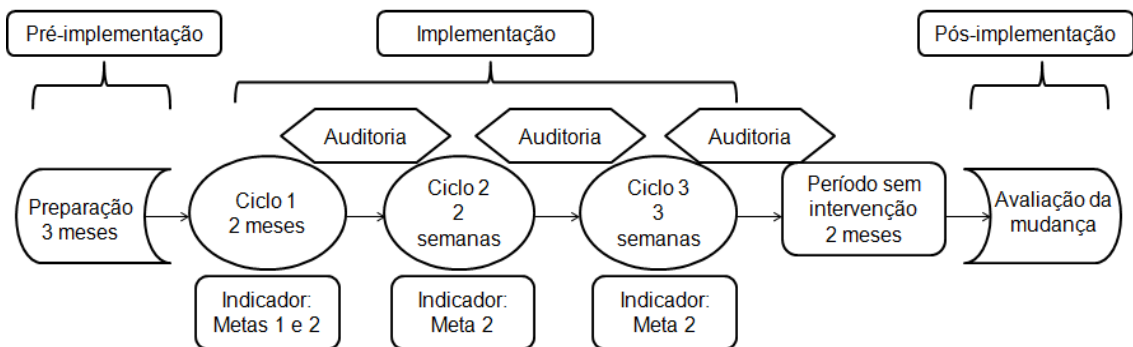
MÉTODO

Estudo quantitativo, quase experimental, de tempo série do tipo pré e pós-teste, sem grupo controle, realizado no Centro Cirúrgico (CC) de um hospital universitário de nível terciário do sul do Brasil. O CC em questão conta com sete salas cirúrgicas, sendo a média mensal de 640 procedimentos. Conta ainda, com uma SRA de seis leitos.

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 (LEE et al., 2009; LEE et al., 2011).

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 (LEE et al., 2009; STEVENS et al., 2014). A descrição detalhada do processo encontra-se na íntegra na tese da autora principal. O resumo das atividades encontra-se na Figura 1.

Figura 1 – Etapas de Preparação e Implementação e Mudança de acordo com intervenção *EPIQ* (LEE et al., 2009; STEVENS et al., 2014).



Fonte: Elaboração própria.

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*, dentre outros) e, realização de reuniões para estabelecimento de colaboração institucional em diversas áreas de gestão.

O CPP foi composto por 12 profissionais, incluindo uma anestesiolegista, 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 (LEE et al., 2009; STEVENS et al., 2014).

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 de PDSA. Posteriormente, houve um período 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, sendo os profissionais de enfermagem.

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, música “Tenho sede” do autor 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, individual ou em duplas, sobre os Protocolos de Segurança, 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 no CC 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 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 roteiro que continha 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 foi não probabilística e determinada pelo tempo de coleta de dados. Constitui-se pelos eventos observados da 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 (PIEROTTI et al., 2020). Participaram (indiretamente) pacientes de ambos os sexos, em POI e, em condições de verbalizar suas necessidades com a equipe de enfermagem. Ressalta-se que não houve qualquer contato verbal entre a pesquisadora e os pacientes, apenas

observação da interação dos profissionais de enfermagem com eles. Participaram do processo de implementação profissionais de enfermagem do CC de ambos os sexos e que não estavam de férias ou 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. Desta 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. O processo de implementação foi avaliado por meio da adoção (PROCTOR et al., 2011) e aspectos da fidelidade, como adesão e alcance do público-avo (CARROL et al., 2007; GEARING et al., 2011; HAYNES et al., 2016).

A adoção é definida pela intenção, decisão inicial ou ação em tentar ou empregar uma inovação ou prática baseada em evidências (PROCTOR et al., 2011). Pode ser operacionalizada pelo número ou proporção de organizações ou ambientes que concordam em realizar a intervenção, bem como, o número ou proporção de indivíduos nesses locais que, em última instância, realizariam a intervenção (REILLY et al., 2020).

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 realização 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 na 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, a realização individual de cada pilar, 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 os critérios de exclusão: pilar Identificação: situações nas quais o paciente estava dormindo e nas quais verbalizou a sede de forma espontânea, pilar mensuração: situações nas quais o paciente estava dormindo e em ausência de sede, pilar Segurança: situações nas quais o paciente estava dormindo e em ausência de sede e, pilar Estratégia: situações nas quais os pacientes estavam dormindo, em ausência de sede e ou reprovação pelo protocolo de segurança.

A fidelidade pode considerar 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 (PROCTOR et al., 2011; CARROL et al., 2007).

A adesão é definida como: "um programa de serviço ou intervenção 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" (CARROL et al., 2007). As subcategorias que integram a adesão são: conteúdo, frequência, duração e cobertura (ou seja, dose) (CARROL et al., 2007).

No presente estudo, avaliou-se o nível de adesão da evidência pelos profissionais durante os três ciclos rápidos da implementação. 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.

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 de 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 participantes da coleta de dados nos momentos pré e pós-implementação. Londrina, PR, Brasil, 2021.

Variáveis	Profissionais	
	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	09 (37,5%)	-

Pacientes		
Variáveis	Pré-Implementação (n = 83)	Pós-Implementação (n = 88)
sede		
Não participaram das observações no período pré-implementação	-	09 (53,0%)
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: Elaboração própria.

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, apresenta-se de forma descritiva por meio de frequência absoluta e relativa, a realização individual de cada pilar.

Tabela 2 – Variação na adoção do MMS 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 ^a
Adoção - Manejo Completo da Sede				
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	Pós-Implementação		

	n (%)	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%)

^a Teste de Qui-quadrado. * 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.

A Tabela 3 apresenta os resultados da realização do MMS nos ciclos de melhoria contínua da qualidade - PDSA. A fidelidade, observada pelo nível de adesão da evidência pelos profissionais, variou entre 61,1% e 84,0% considerando-se o manejo completo do MMS. Assim, a meta estabelecida, de 70% para o manejo completo, foi superada em um dos três ciclos e chegou próxima nos demais.

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

Realização do pilar	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%)
Manejo completo n (%)			
Sim	11 (61,1%)	10 (66,6%)	21 (84,0%)
Não	7 (38,9%)	5 (33,4%)	4 (16,0%)

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.

O alcance do público-alvo foi de 100% considerando que os 47 em atividade no CC foram contemplados. No primeiro ciclo, a meta era alcançar todos os profissionais de enfermagem do setor, exceto quem estava de férias ou licença no período. No momento em que a estratégia aula expositiva dialogada foi realizada, o número total de profissionais era de 55, sendo que destes, 08, encontravam-se afastados.

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 muito recentemente explorado pela literatura (NASCIMENTO et al., 2020). Destaca-se o sucesso da implementação pelo emprego de uma intervenção promissora para a tradução e intercâmbio do conhecimento - *EPIQ*. Trata-se de uma abordagem complexa e multifacetada, na qual, diversas atividades são estabelecidas e muitos atores estão envolvidos (LEE et al., 2009; LEE et al., 2011). Neste estudo, participaram os gestores da unidade, chefias de enfermagem da instituição, profissionais de saúde do CC 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 (PROCTOR et al., 2011; PRIHODOVA et al., 2018). Há estudos que inferem o sucesso medindo os resultados clínicos ao nível do paciente, enquanto outros, medem os objetivos reais da implementação, quantificando, por exemplo, os comportamentos desejados (PROCTOR et al., 2011). Neste estudo utilizaram-se duas variáveis de avaliação do processo de implementação: adoção e fidelidade (PROCTOR et al., 2011).

A literatura aponta que geralmente a fidelidade é avaliada durante a implementação inicial, e a adoção é frequentemente analisada em 6, 12 ou 18 meses após a implementação inicial (PROCTOR et al., 2011). 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 do MMS durante o processo de implementação e o alcance do público-alvo no primeiro ciclo rápido. A variação na adoção do MMS nos momentos pré e pós-implementação revela que houve uma melhora significativa na prática do manejo da sede pelos profissionais de enfermagem, após a implementação da evidência norteadora pela TIC e operacionalizada por meio da *EPIQ*.

Ressalta-se que este estudo teve como objetivo implementar o MMS na prática dos enfermeiros 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. No entanto, importa destacar 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 e, avaliação de indicadores clínicos.

A realização de todas as etapas e ações da intervenção *EPIQ* pode ser apontada como fator que contribuiu para maior adoção do MMS na SRA. Destacam-se: realização do diagnóstico situacional, composição do CPP, identificação de barreiras e facilitadores e realização dos ciclos de melhoria contínua PDSA (LEE et al., 2011; STEVENS et al., 2014). O diagnóstico situacional contribuiu por revelar as principais fragilidades na realização do MMS e possibilidades de mudança.

Os resultados pré-implementação mostraram que na maioria das vezes os profissionais identificavam a sede do paciente, no entanto, em número muito baixo de oportunidades, avaliavam a segurança para ofertar a estratégia de alívio. Identificar essa realidade permitiu selecionar estratégias TIC personalizadas, como a realização de capacitação teórica e prática com os profissionais, distribuição no mural da SRA dos protocolos de segurança com informações claras e resumidas com design colorido e atrativo; realização de dinâmica e, produção e disponibilização de um vídeo com as etapas de avaliação dos protocolos de segurança adulto e pediátrico (PANTOJA et al., 2017). 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 10 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 porque ele requer 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 (HAILEMARIAM et al., 2019).

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 (LEE et al., 2015; HARVEY; KITSON, 2016).

A facilitação é um elemento-chave no processo da implementação de inovações em saúde no modelo de tradução do conhecimento, *Integrated Promoting Action on Research Implementation in Health Services (i-PARIHS)* (HARVEY; KITSON, 2016; CONNOLLY et al., 2020). Os facilitadores apresentam papel fundamental em ajudar os indivíduos e as equipes a entenderem o que e como precisam mudar para aplicar as evidências na prática (HARVEY; KITSON, 2016; HARVEY; LYNCH, 2017).

O CPP participou na tomada de decisões das mudanças para a prática como 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 na unidade, formal ou informal, 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 a 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 (PROCTOR et al., 2011; YAMADA et al., 2015).

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 (GARCIA et al., 2021; GRIMSHAW et al, 2012).

Outro aspecto relevante para adoção da evidência foi o desenvolvimento das atividades em uma unidade já sensibilizada previamente em relação ao tema (GARCIA et al., 2015). Ao longo de 10 anos, as abordagens tiveram impacto relevante na quebra de paradigma, ainda que parcial, em relação a ofertar líquidos precocemente no POI. Já havia na unidade 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 (HARVEY; KITSON, 2016; HARVEY; LYNCH, 2017).

Importa destacar, que a maioria das pesquisas realizadas durante o desenvolvimento do MMS foi realizada 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 presenciar os resultados de estudos de sua própria realidade (BRASIL, 2015).

Os resultados dos ciclos de melhoria contínua da qualidade – PDSA (TAYLOR et al., 2014) – revelaram que a meta estabelecida para a realização completa do MMS em 70% das oportunidades, foi superada no último ciclo. Nos

outros dois, a realização completa do MMS chegou próxima da meta e apresentou aumento expressivo quando comparada ao momento pré-implementação.

Discute-se que a melhora no nível de adesão do MMS observada nesses momentos tenha acontecido devido às diversas estratégias TIC utilizadas. Estas devem considerar o contexto, a experiência dos usuários (GUERRA et al., 2022), o objetivo da ação, o conhecimento que está sendo compartilhado, o público-alvo, e os mecanismos de mudança e avaliação (BARWICK; DUBROWSKI; PETRICCA, 2020). As estratégias multifacetadas, que combinam diversas intervenções possuem maior eficácia para a mudança de comportamento (CHAUHAN et al., 2017; PANTOJA et al., 2017).

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 (PANTOJA et al., 2017).

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 (HAILEMARIAM et al., 2019) 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, ou 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 Terapia Intensiva para COVID-19.

O CPP estabeleceu as metas considerando a análise dos dados pré-implantação, 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 neste momento, a meta foi compartilhada com toda a equipe. Não houve comentários negativos ou 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, ressaltam-se alguns fatores que podem contribuir para a rotinização do MMS nesta unidade. São eles: constantes abordagens sobre o tema sede, presença frequente de docentes e acadêmicos com a realização de novos estudos 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 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-implantação, ausência de avaliação dos aspectos qualitativos do processo de implementação e, o momento pandêmico em que a pesquisa foi realizada. Adicionalmente, a coleta de dados aconteceu por meio da observação da prática dos profissionais pela pesquisadora principal na SRA. Embora todos estivessem cientes dos objetivos da pesquisa e o motivo da presença da pesquisadora na unidade, não é possível analisar se isso interferiu no comportamento dos profissionais.

As contribuições e inovações 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.

CONCLUSÃO

A utilização do arcabouço teórico da TIC e da intervenção multifacetada *EPIQ* no processo de implementação do MMS, permitiu melhorar a prática dos profissionais de enfermagem em relação ao manejo da sede no POI. Houve aumento significativo na adoção da evidência pela equipe de enfermagem quando comparados os momentos pré (28,2%) e pós-implementação (78,4%) ($p < 0,001$). A meta estabelecida para a realização completa do MMS foi superada em um dos três ciclos de melhoria contínua da qualidade – PDSA: 61,1%, 66,6% e 84,0%. A meta de alcançar 100% dos profissionais em atividade na unidade durante o ciclo 1 também foi atingida.

REFERÊNCIAS

- BARWICK M, DUBROWSKI R, PETRICCA K. Knowledge translation: The rise of implementation. American Institutes for Research. 2020. Disponível em: <https://ktdrr.org/products/kt-implementation/KT-Implementation-508.pdf>. Acesso em: 29 nov. 2022.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. Síntese de Evidências para Políticas de Saúde: estimulando o uso de evidências científicas na tomada de decisão. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sintese_evidencias_politicas_saude_1ed.pdf. Acesso em: 06 set. 2022.
- CANADIAN INSTITUTES OF HEALTH RESEARCH (CIHR) CI of HR. More about Knowledge Translation at CIHR – long descriptions. [Internet]. 2016. Disponível em: <https://cihr-irsc.gc.ca/e/46642.html> >. Acesso em 12 de maio de 2021.
- CARROLL, C. et al. A conceptual framework for implementation fidelity. **Implementation Science**, v. 2, n. 40, 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/1748-5908-2-40>. Acesso em: 21 nov. 2022.
- CHAUHAN, B.F. et al. Behavior change interventions and policies influencing primary healthcare professionals' practice-an overview of reviews. **Implementation Science**, v. 12, n.5, p. . 2017. doi: 10.1186/s13012-016-0538-8. Erratum in: *Implement Sci*. 2017 Mar 17;12 (1):38. Jeyaraman, Maya [corrected to Jeyaraman, Maya M]; Abou-Setta, Ahmed [corrected to Abou-Setta, Ahmed M]; Zarychanski, Ryan [corrected to Zarychanski, Ryan]. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5216570/pdf/13012_2016_Article_538.pdf. Acesso em: 15 set. 2022.

CONCHON, M. F. et al. Perioperative thirst: an analysis from the perspective of the Symptom Management Theory. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 49, n. 1, p. 120-128, Jan./Feb. 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/mzrjnhygRZL8dQSJrw3zmLK/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 13 set. 2022.

CONNOLLY, S.L. et al 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 Services Research*, v. 20, p.165, 2020. <https://doi.org/10.1186/s12913-020-5011-3>

FRANCO, A.C.; et al. Uso da realimentação pós-operatória ultra precoce e seu impacto na redução de fluidos endovenosos. **Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões**, v. 47, 47:e20202356, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rcbc/a/WhSrrG3BZ5L4JtxXvZ3tLqM/?lang=pt>. Acesso em: 12 set. 2022.

FRYKHOLM, P. et al. Preoperative fasting in children: a review of the existing guidelines and recent developments. **British Journal of Anaesthesia**, v. 120, n. 3, p. 469-474, 2018. Disponível em: DOI: [https://www.bjanaesthesia.org/article/S0007-0912\(17\)54075-1/fulltext](https://www.bjanaesthesia.org/article/S0007-0912(17)54075-1/fulltext). Acesso em: 12 set. 2022.

GARCIA, A.K.A. et al. Relato de Experiência: Implantação do protocolo de manejo da sede em sala de recuperação anestésica. In: IX EPCC Encontro Internacional de Produção Científica Unicesumar, 2015, Maringá-PR. **Anais Eletrônico - IX EPCC Encontro Internacional de Produção Científica Unicesumar**, n. 9; p. 4-8, 2015. Disponível em: <https://rdu.unicesumar.edu.br/handle/123456789/2406>. Acesso em: 13 set. 2022.

GARCIA, A.K.A. et al. Barriers and facilitators in the management of preoperative thirst of the burned patient in the light of Knowledge Translation. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 55:e03764, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/SfTX67YmBXTGt5YrcfryF5n/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 29 set. 2022.

GARCIA, A.C.K.A. et al. Perspectiva do anestesiológico em relação à sede no pósoperatório imediato. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v.16, n.3, Jul-Set 2017a. Disponível em: <https://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/37241/21583>. Acesso em 13 set. 2022.

GEARING, R. E. et al. Major ingredients of fidelity: a review and scientific guide to improving quality of intervention research implementation. **Clinical Psychology Review**, v. 31, n. 1, p. 79-88, 2011. Disponível em: doi: 10.1016/j.cpr.2010.09.007.

GUARDA, L. E. et al. Efeito da estratégia multifacetada EPIQ para melhoria da gestão da dor na vacinação em crianças. **Revista de Enfermagem Referência**, v. 6, n. 1:e21125, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.12707/RV21125>. Acesso em: 21 nov. 2022.

GRIMSHAW, J.M. et al. Knowledge translation of research findings. **Implementation Science**, v. 7, n. 50, 2021. Disponível em: <http://implementationscience.biomedcentral.com/articles/10.1186/1748-5908-7-50>. Acesso em: 29 nov. 2022.

HAILEMARIAM, M. et al. Evidence-based intervention sustainability strategies: a systematic review. **Implementation Science**, v.14, p.57, 2019. <https://doi.org/10.1186/s13012-019-0910-6>. Disponível em: <https://implementationscience.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13012-019-0910-6>. Acesso em: 06 set. 2022.

HARVEY, G.; KITSON, A. PARIHS revisited: from heuristic to integrated framework for the successful implementation of knowledge into practice. **Implementation Science**, v.11, n.33, 2016. <https://doi.org/10.1186/s13012-016-0398-2>. Disponível em: <https://implementationscience.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13012-016-0398-2>. Acesso em: 06 set. 2022.

HARVEY, G.; LYNCH, E. Enabling continuous Quality improvement in Practice: the role and contribution of Facilitation. **Frontiers in Public Health**, v.5, n.27, 2017. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2017.00027>. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5319965/pdf/fpubh-05-00027.pdf>. Acesso em: 15 set. 2022.

HAYNES, A. et al. 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. **Implement Science**, v. 11:23, 2016. Disponível em: [doi:10.1186/s13012-016-0378-6](https://doi.org/10.1186/s13012-016-0378-6). Acesso em: 21 nov, 2022.

LEE, S.K. et al. Improving the quality of care for infants: a cluster randomized controlled trial. **Canadian Medical Association Journal**, v.181, n.8, p.469-76, 2009. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2761437/pdf/1810469.pdf>. Acesso em: 14 mar. 2022.

LEE, S.K. et al. The EPIQ evidence reviews – practical tools for an integrated approach to Knowledge Translation. **Paediatric Child Health**, v. 16, n. 10, p. 629-630, 2011. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3225472/pdf/pch16629.pdf> <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3225472/pdf/pch16629.pdf> >. Acesso em: 14 mar. 2022.

NASCIMENTO, L.A. et al. Development of a safety protocol for management thirst in the immediate postoperative period. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v.48, n.5, p.831-840, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/hytv89S7yQPvRfKpPp5r8h7w/?format=pdf&lang=en>. Acesso em: 13 set. 2022.

NASCIMENTO, L.A. et al. Prevalence, intensity and discomfort of thirst in surgical patients in the immediate post-operative period. **Revista SOBECC**, São Paulo, v.24, n.2, p.85-90, abr./jun. 2019. Disponível em:

<https://jpro.springeropen.com/articles/10.1186/s41687-022-00476-5>. Acesso em: 06 set.2022.

PANTOJA T, et al. Implementation strategies for health systems in low-income countries: an overview of systematic reviews. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, v. 9, n.9, CD011086, 2017. Disponível em: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD011086.pub2/epdf/full>. Acesso em: 14 set. 2022.

PAVANI, M.M.; FONSECA, L.F.; CONCHON, M.F. Thirst in surgical patients: perceptions of the nursing team in inpatient units. **Journal of Nursing UFPE on line**, v. 10, n. 9, p. 3352–3360, 7 ago. 2016. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/11416/13201>. Acesso em: 13 de set. 2022.

PIEROTTI, I. et al. Avaliação do tempo de jejum e sede no paciente cirúrgico. **Revista Baiana de Enfermagem**, [S. l.], v. 32, 2018b. DOI: 10.18471/rbe.v32.27679. Disponível em: <https://periodicos.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/27679>. Acesso em: 13 set. 2022.

PIEROTTI, I. et al. Elaboration, validation and reliability of the safety protocol for pediatric thirst management. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, v.28, p.e3321, 2020. <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.3333.3321>. Acesso em: 04 out. 2022.

PRIHODOVA, L. et al. Key components of knowledge transfer and exchange in health services research: Findings from a systematic scoping review. **Journal Advanced Nursing**, v. 75, n.2, p. 313-326, 2019. doi: 10.1111/jan.13836. Epub 2018 Oct 7. PMID: 30168164; PMCID: PMC7379521. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/jan.13836>. Acesso em: 15 set. 2022.

PROCTOR, E. et al. Outcomes for implementation research: conceptual distinctions, measurement challenges, and research agenda. **Adm Policy Ment Health**, v. 38, n.2, p.65-76, 2011. doi: 10.1007/s10488-010-0319-7. PMID: 20957426; PMCID: PMC3068522. Disponível em: <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/s10488-010-0319-7.pdf>. Acesso em: 15 set. 2022.

RIVIERA, A. et al. Prevalência e intensidade da sede de crianças no pós-operatório imediato. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 35, eAPE02931, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ape/a/YjPh55D5QDN69D5vt9Pf9fK/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 13 set. 2022.

STRAUS, S.E.; TETROE, J.; GRAHAM, I.D. Defining Knowledge Translation Review. *J Can Med Assoc.*, v.181, n.3–4, p.165–8, 2009.

SQUIRES, J.E. et al. Understanding context in knowledge translation: a concept analysis study protocol. **Journal of Advanced Nursing**, v. 71, n. 5, p.1146-1155, 2015. doi: 10.1111/jan.12574. Epub 2014 Nov 28. PMID: 25429904. Disponível em: <https://deepblue.lib.umich.edu/bitstream/handle/2027.42/111196/jan12574.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 15 set. 2022.

STEVENS, B. J. et al. Pain in hospitalized children: Effect of a multidimensional Knowledge Translation strategy on pain process and clinical outcomes. **Pain** [Internet]. v.155, n.1, p.60–8, 2014b. <http://dx.doi.org/10.1016/j.pain.2013.09.007>

TAYLOR, M.J. et al. Systematic review of the application of the plan-do-study-act method to improve quality in healthcare. **BMJ Quality & Safety**, v. 23, p. 290-8, 2014. Disponível em: <https://qualitysafety.bmj.com/content/qhc/23/4/290.full.pdf>. Acesso em: 14 set. 2022.

THOMAS, M.; et al. Consensus statement on clear fluids fasting for elective pediatric general anaesthesia. **Paediatric Anaesthesia**, v. 28, n5, p. 411-414, 2018. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/pan.13370>. Acesso em: 12 set. 2022.

VIEIRA, A.C.G., GASTALDO, D., HARRISON D. Como traduzir o conhecimento científico à prática? Conceitos, modelos e aplicação. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.73(5):e20190179, 2020. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0179>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/jhS3mWyxytYbBDjr86yDtpCK/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 01 out. 2022.

YAMADA, J. et al. Test of a Process Evaluation Checklist to improve neonatal pain practices. **Western Journal of Nursing Research**, v. 37, n. 5, 581-598, 2015. Disponível em: doi: 10.1177/0193945914524493.

6 CONCLUSÃO

O uso do arcabouço teórico TIC e da intervenção *EPIQ* sistematizou o processo de implementação do MMS em SRA. Ao planejar e incluir os aspectos essenciais que devem ser considerados durante este processo, foi possível aumentar significativamente a adoção da evidência, conforme apresentado no estudo.

A variação na adoção completa do MMS na SRA pelos profissionais de enfermagem foi de 28,2% no momento pré-implementação, para 78,4% no pós-implementação. ($p < 0,001$).

Os ciclos de melhoria contínua da qualidade – PDSA demonstraram que a meta estabelecida de 70% para a realização completa do MMS foi superada em um dos três ciclos, e que houve aumento expressivo na adesão do MMS nos outros dois: 61,1%, 66,6% e 84,0%. Além disso, alcançou-se a meta de envolver 100% dos profissionais de enfermagem na sensibilização sobre o manejo da sede no primeiro ciclo de PDSA.

Esta pesquisa abordou um tema recentemente explorado pela literatura – ingestão precoce de líquido na SRA – por meio de um modelo inédito desenvolvido por enfermeiros que é o MMS. Soma-se a isso, o uso de modelos conceituais e operacionais que embasam a TIC ao apontar os principais desafios e elementos fundamentais do processo.

Ainda que o referencial utilizado tenha sido desenvolvido no Canadá, com características diferentes as do Brasil, a TIC e a intervenção *EPIQ* se mostraram promissores para a tradução do conhecimento para a prática. Para isso, apontaram elementos essenciais como o engajamento dos profissionais, maior aproximação entre formadores e usuários do conhecimento, formação de grupo chave da unidade, a identificação de barreiras e facilitadores, dentre outras. No entanto, desafios típicos dos países de baixa renda como elevada rotatividade dos profissionais e a falta de recurso financeiro, devem ser explorados com mais intencionalidade por estudos de implementação para aumentar a possibilidade de sustentar as evidências em longo prazo.

A inserção de uma nova prática na rotina dos profissionais requer mudanças de comportamento, configurando-se como algo desafiador e complexo. Estudos com o objetivo de compreender as diferentes motivações e outros aspectos

qualitativos que podem interferir no processo de implementação devem ser realizados.

Nesse contexto, ressalta-se que os aprendizados obtidos com essa pesquisa vão além da apresentação dos números. Durante o processo de observação da prática dos profissionais, foi possível vivenciar momentos preciosos que a todo o momento despertavam as reflexões: O que leva o profissional a apresentar conhecimento sobre determinado tema e ainda assim não colocar em prática? Como motivar um colaborador a se engajar em projetos inovadores dentro do serviço nas condições atuais em que ele não se sente parte da instituição devido aos vínculos temporários? Prontamente as primeiras respostas que surgem são: falta de tempo, elevada demanda do serviço, número reduzido de profissionais. Porém, foi possível observar que mesmo em muitos momentos “calmos” na SRA com poucos pacientes e número adequado de profissionais, alguns profissionais não realizavam o MMS. Em outras palavras, mesmo em situações consideradas “ideais” para a realização de uma nova prática na assistência, não há garantia de sua adoção pelo profissional. Esses apontamentos reforçam a complexidade de se realizar pesquisas de intervenção e corroboram com o aspecto multifacetado do processo.

Sugere-se que outros estudos sejam realizados neste cenário com a finalidade de continuar o processo de avaliação da implementação, além de avaliar com maior intencionalidade a sustentabilidade.

Espera-se que a descrição do processo de implementação do MMS, somado à discussão dos desafios e elementos essenciais para uma implementação bem-sucedida, contribua para o desenvolvimento de novas pesquisas que visam traduzir o conhecimento para a prática. Neste sentido, os resultados esperados são que os pacientes recebam uma assistência humanizada e segura, fundamentada nas melhores evidências.

REFERÊNCIAS

AGUILAR-NASCIMENTO, J. E.; PERRONE, F.; PRADO, L. I. A. Jejum préoperatório de 8 horas ou de 2 horas: o que revela a evidência? **Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 4, p. 350-352, 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0100-69912009000400014>. Acesso em: 13 set. 2022.

AGUILAR-NASCIMENTO, J.E.; et al. Diretriz ACERTO de intervenções nutricionais no perioperatório em cirurgia geral eletiva. **Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões**, v. 44, n. 6, p. 633-648, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0100-69912017006003>. Acesso em: 12 set. 2022.

ALEMI, F. et al. Rapid improvement teams. **Jt Comm J Qual Improv**, v.24, p. 119-129, 1998.

AL KHALAILEH, M. et al. Closing the Gap between Research Evidence and Clinical Practice: Jordanian Nurses' Perceived Barriers to Research Utilisation. **Journal of Education and Practice**, v. 7, n. 8, p. 52-57, 2016. Disponível em: <https://files.eric.ed.gov/fulltext/EJ1095359.pdf>. Acesso em: 19 set. 2022.

AL QADIRE, M. 2019. Undergraduate student nurses' knowledge of evidence-based practice: A short online survey. **Nurse Educ Today**, 72:1-5, 2019. doi: 10.1016/j.nedt.2018.10.004. Epub 2018 Oct 16.

AL-ROBEYE, A.M., BARNARD, A.N., BEW, S. Thirsty work: Exploring children's experiences of preoperative fasting. **Paediatric Anaesthesia**, v. 30, n. 1, p. 43-49, 2020. doi: 10.1111/pan.13759.

ALOAMAKA, E. O. et al. Thirst perception, drinking, arginine vasopressin activity and associated neurohumoral factors. **J Afr Assoc Physiol Sci**, v. 6, n. 1, 1-13, 2018. Disponível em: <https://www.ajol.info/index.php/jaaps/article/view/175955>. Acesso em: 06 out. 2022.

AMARAL, E.A.; et al. Jejum Pré-Operatório: Consensos e Controvérsias. **Revista Médica de Minas Gerais**, Minas Gerais, v. 30, e-3012, 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5935/2238-3182.20200023>. Acesso em: 12 set. 2022.

AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTS. Practice Guidelines for Preoperative Fasting and the Use of Pharmacologic Agents to Reduce the Risk of Pulmonary Aspiration: Application to Healthy Patients Undergoing Elective Procedures: An Updated Report by the American Society of Anesthesiologists Task Force on Preoperative Fasting and the Use of Pharmacologic Agents to Reduce the Risk of Pulmonary Aspiration. **Anesthesiology**, v. 126, n. 3, p. 376-393, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/ALN.0000000000001452>. Acesso em: 13 set. 2022.

ANDRADE, K. R. C., PEREIRA, M. G. Tradução do conhecimento na realidade da saúde pública brasileira. **Revista de Saúde Pública** v. 54:72, 2020. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/rsp/a/NYWX86QpnmtdSD6yTvY9PzL/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 26 set. 2022.

ARAI, S.R. et al. Quench the thirst: lessons from clinical thirst trials. **Biological Research for Nursing**, v. 16, n. 4, p. 456-466, 2014. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3989478/pdf/nihms-512007.pdf>. Acesso em: 03 set. 2022.

ARONI, P.; NASCIMENTO, L. A.; FONSECA, L. F. Assessment strategies for the management of thirst in the post-anesthetic recovery room. **Acta Paulista Enfermagem**, São Paulo, v. 25, n. 4, p. 530-536, 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/ape/v25n4/en_08.pdf >. Acesso em 12 de set. 2022.

ARMSTRONG, L.E.; KAVOURAS, S.A. Thirst and Drinking Paradigms: Evolution from Single Factor Effects to Brain wide Dynamic Networks. *Nutrients*. V. 11, n. 12, p. 2864, 2019. <https://doi.org/10.3390/nu11122864>. Disponível em: <https://www.mdpi.com/2072-6643/11/12/2864>. Acesso em: 07 out. 2022.

ATALAY, Y.O.; et al. Determining a Safe Time for Oral Intake Following Pediatric Sedation. **Dicle Tip Dergisi**, v. 43, n. 1, p. 57-61, 2016. Disponível em: <https://dergipark.org.tr/en/download/article-file/206204>. Acesso em: 12 set. 2022.

BRADY, M. C.; et al. Preoperative fasting for preventing perioperative complications in children. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, 2009. Disponível em: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD005285.pub2/full>. Acesso em: 13 set. 2022.

BALAS, E.A.; BOREN, S.A. Managing clinical knowledge for health care improvement. In: Bemmell J, McCray AT, eds. *Yearbook of Medical Informatics*. Stuttgart, Germany: Schattauer Publishing; p.65-70, 2000.

BARBOSA, Lígia Corrêa Jung. A utilização do referencial knowledge translation na implantação da Iniciativa Hospital Amigo da Criança para unidades neonatais – IHAC-Neo. 2017. 124 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2017.

BASKERVILLE, N.D.; LIDDY, C.; HOGG, W. Systematic Review and Meta-Analysis of Practice Facilitation Within Primary Care Settings. *Annals of family medicine*, v.10, n. 1, p. 63-74, 2012. <https://doi.org/10.1370/afm.1312>. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3262473/pdf/0100063.pdf>. Acesso em: 05 set. 2022.

BELETE, K. G. et al., Prevalence and factors associated with thirst among postsurgical patients at University of Gondar comprehensive specialized hospital. Institution-based cross-sectional study. **Journal Patient Rep Outcomes**, v. 6, n. 1:69, 2022. doi: 10.1186/s41687-022-00476-5. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9206692/pdf/41687_2022_Article_476.pdf. Acesso em 07 out. 2022.

BERO, L.A. et al. Closing the gap between research and practice: an overview of systematic reviews of interventions to promote the implementation of research

findings. The Cochrane Effective Practice and Organization of Care Review Group. **BMJ** [Internet], v. 317, n. 7156, p. 465–468, 1998. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1113716/pdf/465.pdf>. Acesso em: 05 set. 2022.

BEYEA, S.C. SLATTERY. M.J. Historical Perspectives on Evidence-Based Nursing. **Nurs Science Quarterly**, v. 26, n. 2, p.152-155, 2013.

BISSINOTTO, F. M. B., et al. Estudo comparativo do esvaziamento gástrico entre uma solução isotônica e um suplemento nutricional por meio da ultrassonografia. *Revista Brasileira de Anestesiologia*, v. 69, n. 2, p. 115-121, 2019. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0034709418301491>. Acesso em: 04 out. 2022.

BRADY, M. C.; et al. Preoperative fasting for preventing perioperative complications in children. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, 2009. Disponível em: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD005285.pub2/full>. Acesso em: 13 set. 2022.

BROEIRO, P. Prática baseada em evidência e seus limites. **Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar**. v.31, n. 4, p. 238-40, 2015. Disponível em: <https://www.rpmgf.pt/ojs/index.php/rpmgf/article/view/11549/11205>. Acesso em: 05 ago. 2022.

BRUNSTROM, J. M. Effects of mouth dryness on drinking behavior and beverage acceptability. *Physiology Behavior*, **Oxford**, v. 76, n. 3, p. 423-429, 2002. Disponível em: < <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S003193840200762X>>. Acesso em: 08 Out. 2021.

BRUNSTROM, J. M.; MACRAE, A. W. Effects of temperature and volume on measures of mouth dryness, thirst and stomach fullness in males and females. **Appetite**, London, v. 29, n. 1, p. 31- 42, Aug. 1997.

BRUNSTROM, J. M.; TRIBBECK, P. M.; MACRAE, A. W. The role of mouth state on the termination of drinking behavior in humans. **Physiology & Behavior**, v. 68, n. 4, p. 579-538.

BOWMAN, C.C. et al. Measuring persistence of implementation: QUERI Series. **Implementation Science**, v.3, n. 21, 2008. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-3-21> <https://implementationscience.biomedcentral.com/articles/10.1186/1748-5908-3-21>. Acesso em: 05 ago. 2022.

BOSSE, G.; BREUER, J.; SPIES, C. The resistance to changing guidelines e what are the challenges and how to meet them. **Best Practice & Research Clinical Anaesthesiology**, v. 20, n. 3, p. 379e395, 2006. <https://doi.org/10.1016/j.bpa.2006.02.005>.

CAMARGO, F. C. Modelos para a implementação da prática baseada em evidências na enfermagem hospitalar: revisão narrativa. **Texto Contexto Enfermagem**, v. 26, n. 4:e2070017, 2017. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/tce/a/w7YdK4vhww74CgjSv56tFWG/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 03 set. 2022.

CAMARGO, F.C. et al. Docentes pesquisadores, investigações de enfermagem e estratégias para translação do conhecimento em hospital universitário. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 17, n. 2, 2018. Disponível em: <https://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/41637/pdf>. Acesso em: 05 set. 2022.

CAMPANA, M. et al. Percepção dos cuidadores quanto à sede da criança cirúrgica. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, Fortaleza, v. 16, n. 6, p. 799-808, 2015. Disponível em: <http://periodicos.ufc.br/rene/article/view/2862>. Acesso em: 13 set. 2022.

CAMPOS, S.B.G.; et al. Jejum pré-operatório: por que abreviar? **ABCD Arquivo Brasileiro de Cirurgia Digestiva**, v. 31, n. 2, e1377, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/abcd/a/KVrkrSKJKwXPC83tjFkh7xq/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 12 set. 2022.

CANADIAN INSTITUTES OF HEALTH RESEARCH (CIHR). **About us**. Ottawa, 2016. Disponível em: <https://cihr-irsc.gc.ca/e/29418.html>. Acesso em: 12 de maio de 2021.

CANADIAN INSTITUTES OF HEALTH RESEARCH (CIHR) CI of HR. Guide to Knowledge Translation Planning at CIHR: Integrated and End-of-Grant Approaches. Ottawa: 2012. Disponível em: https://cihr-irsc.gc.ca/e/documents/kt_lm_ktplan-en.pdf. Acesso em: 05 out. 2022.

CARROLL, C. et al. A conceptual framework for implementation fidelity. **Implementation Science**, v. 2, n. 40, 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/1748-5908-2-40>. Acesso em: 21 nov. 2022.

CARVALHO, C.A.L.B. et al. Benefícios Metabólicos e Inflamatórios da Abreviação do Jejum Pré-operatório em Cirurgia Pediátrica. **Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgia**, 47:e20202353, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rcbc/a/tpnzWYqfFJp7H5cTYDCvBP/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 05 ago. 2022.

CARVALHO, J.C. Efeito do knowledge translation para melhoria do manejo da dor em recém-nascidos em uma unidade neonatal. Goiânia, 2017. p. 157. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Goiás. Disponível em: <https://repositorio.bc.ufg.br/tede/bitstream/tede/7657/5/Disserta%C3%A7%C3%A3o%20-%20Julyana%20Calatayud%20Carvalho%20-%202017.pdf>.

CHAMBERS, L.L. Factors for Sustainability of Evidence-Based Practice Innovations: Part I. Research and Theory for Nursing Practice: An International Journal, v.29, n.2, 2015. <http://dx.doi.org/10.1891/1541-6577.29.2.89>

CHAUVIN, C. et al. Early postoperative oral fluid intake in paediatric day case surgery influences the need for opioids and postoperative vomiting: a controlled randomized trial. **British Journal of Anaesthesia**, v. 118, n. 3, p. 407-414, 2017. Disponível em: doi: <https://www.bjanaesthesia.org/action/showPdf?pii=S0007-0912%2817%2930210-6>. Acesso em: 12 set. 2022.

CHO, E.A.; KIM, K.H.; PARK, J.Y. Effects of frozen gauze with normal saline and ice on thirst and oral condition of laparoscopic cholecystectomy patients: Pilot study. **Journal of Korean Academy of Nursing**, v. 40, n. 5, p. 714–723, out. 2010. Disponível em: < <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21157173/> >. Acesso em: 13 set.2022.

CLARO, M.T. Escala de faces para avaliação da dor em crianças: etapa preliminar. Ribeirão Preto, 1993. p. 1-50. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

CONCHON, M. F. et al. Perioperative thirst: an analysis from the perspective of the Symptom Management Theory. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 49, n. 1, p. 120-128, Jan./Feb. 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/mzrjnhygRZL8dQSJrw3zmLK/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 13 set. 2022.

CONCHON, M.F.; FONSECA, L.F. Efficacy of an Ice Popsicle on Thirst Management in the Immediate Postoperative Period: A Randomized Clinical Trial. **Journal of PeriAnesthesia Nursing**, v. 33, n. 2, p. 153–161, 1 abr. 2018. doi: 10.1016/j.jopan.2016.03.009.

CONNOLLY, S.L. et al 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 Services Research*, v. 20, p.165, 2020. <https://doi.org/10.1186/s12913-020-5011-3>.

CURAN, G. R. F., ROSSETTO, E. G., CASTRAL, T. C. Using the knowledge translation framework to change practical care of central catheters in a Brazilian neonatal unit. v. 11, n. 6, p.445-452, 2017. Disponível em: <https://jfdc.org/index.php/journal/article/view/30951505/1710>. Acesso em: 21 nov. 2022.

CRUVINEL, M.G.C. et al. - Volume gástrico residual e risco de aspiração pulmonar em crianças com refluxo gastroesofágico. Estudo comparativo. *Revista Brasileira de Anestesiologia*, n. 54, p. 37-42, 2004. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rba/a/QSC9GpgSw4f3WRpwV5D63fD/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 04 out. 2022.

DAVIES, B.; EDWARDS, N. Sustaining Knowledge use. In: STRAUSS, S.E.; TETROE, J.; GRAHAM, I. D. *Knowledge Translation in Health Care Moving from Evidence to Practice*. 2ª Ed., UK: 2013. Cap. 3.6

DNNHARDT, N. et al. Impact of preoperative fasting times on blood glucose concentration, ketone bodies and acid–base balance in children younger than 36

months: a prospective observational study. **European Journal of Anaesthesiology**, v. 32, n. 12, p. 857-861, 2015. Disponível em: https://journals.lww.com/ejanaesthesiology/Fulltext/2015/12000/Impact_of_preoperative_fasting_times_on_blood.7.aspx. Acesso em: 12 set. 2022.

DOLGUN, E. et al. Investigation of Preoperative Fasting Times in Children. **Journal of Perianesthesia Nursing**, v. 32, n. 2, p. 121-124, 2017. doi: 10.1016/j.jopan.2014.12.005. Disponível em: <https://profmeryemyavuz.com/wp-content/uploads/2017/01/15-Investigation-of-Preoperative-Fasting-Times-in-Children.pdf>. Acesso em: 03 out. 2022.

ECCLES, R. et al. Cold pleasure. Why we like ice drinks, ice-lollies and ice cream. **Appetite**, London, v. 71, p. 357-360, 2013. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0195666313003930> . Acesso em: 13 set. 2022.

ENGBRETSSEN, E.; SANDSET, T.J.; ØDEMARK, J. Expanding the knowledge translation metaphor. *Health Res Pol Syst*, v. 15, n. 1, p.19, 2017. <https://doi.org/10.1186/s12961-017-0184-x>

ESMAIL, R. et al. A scoping review of full-spectrum knowledge translation theories, models, and frameworks. **Implement Science**, v. 15, n. 1: 11, 2020. doi: 10.1186/s13012-020-0964-5. PMID: 32059738; PMCID: PMC7023795. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7023795/pdf/13012_2020_Article_964.pdf. Acesso em: 23 set. 2022.

ENGELHARDT, T. et al. Are you hungry? Are you thirsty? – fasting times in elective outpatient pediatric patients. **Pediatric Anesthesia**, v. 21, p. 964–968, 2011. DOI: 10.1111/j.1460-9592.2011.03573.x.

ERSKINE, L., HUNT, JN. The gastric emptying of small volumes given in quick succession. **The Journal of Physiology**, 313:335-341, 1981. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1274454/pdf/jphysiol00704-0348.pdf>. Acesso em: 04 out. 2022.

FRANCO, A.C.; et al. Uso da realimentação pós-operatória ultra precoce e seu impacto na redução de fluidos endovenosos. **Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões**, v. 47, 47:e20202356, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rcbc/a/WhSrrG3BZ5L4JtxXvZ3tLqM/?lang=pt>. Acesso em: 12 set. 2022.

FRYKHOLM, P. et al. Preoperative fasting in children: a review of the existing guidelines and recent developments. **British Journal of Anaesthesia**, v. 120, n. 3, p. 469-474, 2018. Disponível em: DOI: [https://www.bjanaesthesia.org/article/S0007-0912\(17\)54075-1/fulltext](https://www.bjanaesthesia.org/article/S0007-0912(17)54075-1/fulltext). Acesso em: 12 set. 2022.

FLEISZER, A.R. et al. The sustainability of healthcare innovations: a concept analysis. **Journal of Advanced Nursing**, v. 71, n. 7, p. 1484-98, 2015. doi:

10.1111/jan.12633. Disponível em:
<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jan.12633>. Acesso em: 05 ago. 2022

FINEOUT-OVERHOLT, E.; STILLWELL, S.B. Asking compelling, clinical questions. In: MELNYK, B.M.; FINEOUT-OVERHOLT, E. Evidence-based practice in nursing & healthcare: a guide to best practice. Philadelphia: Wolters Kluwer, Lippincot Williams & Wilkins; p. 25-39, 2011.

GARCIA, A. K. A. et al. Agradabilidade do pacote mentolado no alívio da sede no pós-operatório imediato. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v.10, n.5, p.2157-2162, 2018. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/issue/view/7>. Acesso em: 13 set. 2022.

GARCIA, A.K.A. et al. Barriers and facilitators in the management of preoperative thirst of the burned patient in the light of Knowledge Translation. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 55:e03764, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/SfTX67YmBXTGt5YrcfryF5n/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 29 set. 2022.

GARCIA, A. K. A. et al. Goma de mascar mentolada no manejo da sede préoperatória: ensaio clínico randomizado. **Rev. Latino-Americana de Enfermagem**, [Internet], v.27, p.e3180, Oct 07, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/FswWfBZTyynCJbzXCqDwXfG/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 13 set. 2022.

GARCIA, A.K.A. et al. Strategies for thirst relief: integrative literature review. **Revista Brasileira de Enfermagem** [Internet]. v. 69, n. 6, p. 1148-55, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/kgkS4kx4BNHNQLfsFxrMvRp/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 13 set. 2022.

GARCIA, A.C.K.A. et al. Perspectiva do anestesiológico em relação à sede no pósoperatório imediato. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v.16, n.3, Jul-Set 2017a. Disponível em: <https://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/37241/21583>. Acesso em 13 set. 2022.

GARCIA, A.K.A. et al. Relato de Experiência: Implantação do protocolo de manejo da sede em sala de recuperação anestésica. In: IX EPCC Encontro Internacional de Produção Científica Unicesumar, 2015, Maringá-PR. **Anais Eletrônico - IX EPCC Encontro Internacional de Produção Científica Unicesumar**, n. 9; p. 4-8, 2015. Disponível em: <https://rdu.unicesumar.edu.br/handle/123456789/2406>. Acesso em: 13 set. 2022.

GARCIA, A.K.A. et al. O Silêncio Que Permeia a Sede Perioperatória: Um Estudo de Caso. **UNICESUMAR**, Maringá; 2017b. Disponível em: <https://proceedings.science/epcc/papers/o-silencio-que-permeia-a-sede-perioperatoria--um-estudo-de-caso?lang=pt-br>. Acesso em: 13 set. 2022.

GARCIA, A. K. A. Implantação do Modelo de Manejo da Sede na unidade de queimados: estudo de intervenção norteado pelo Knowledge Translation. 2021. 202

f. Tese de Doutorado (Pós-Graduação em Enfermagem) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2021.

GEARING, R. E. et al. Major ingredients of fidelity: a review and scientific guide to improving quality of intervention research implementation. **Clinical Psychology Review**, v. 31, n. 1, p. 79-88, 2011. Disponível em: doi: 10.1016/j.cpr.2010.09.007.

GRAHAM, I. D. et al. Lost in knowledge translation: time for a map? *Journal of Continuing Education in the Health Professions*, v. 26, n.1, p. 13-24, 2006. Disponível em: < <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16557505/> >. Acesso em: 13 jun 2022.

GRIMSHAW, J.M. et al. Effectiveness and efficiency of guideline dissemination and implementation strategies. **Health Technol Assess**, v.8, n.6, 2004. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14960256/> .> Acesso em: 13 de maio de 2021.

GRIMSHAW, J. M. et al. Changing provider behavior: An overview of systematic reviews of interventions. *Medical Care*, 39(8, Suppl. 2), II-2–II-25., 2001.

GROL, R.; GRIMSHAW, J. From best evidence to best practice: effective implementation of change in patients' care. **Lancet.**, v. 362, n.9391, p.1225-1230, 2003. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(03\)14546-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(03)14546-1).

GOORTS, K., DIZON, J., MILANESE, S. The effectiveness of implementation strategies for promoting evidence informed interventions in allied healthcare: a systematic review. **BMC Health Services Research**, v. 21:241, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12913-021-06190-0>. Acesso em: 21 nov. 2022.

GUARDA, L. E. et al. Efeito da estratégia multifacetada EPIQ para melhoria da gestão da dor na vacinação em crianças. **Revista de Enfermagem Referência**, v. 6, n. 1:e21125, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.12707/RV21125>. Acesso em: 21 nov. 2022.

GUGGENHEIMER, J.; MOORE, P. A. Xerostomia: etiology, recognition and treatment. **Journal of the American Dental Association**, Chicago, v. 134, n. 1, p. 61-69, 2003.

HARVEY, G.; KITSON, A. PARIHS revisited: from heuristic to integrated framework for the successful implementation of knowledge into practice. *Implementation Science*, v.11, n.33, 2016. <https://doi.org/10.1186/s13012-016-0398-2>.

HAYNES, A. et al. 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. **Implement Science**, v. 11:23, 2016. Disponível em: doi:10.1186/s13012-016-0378-6. Acesso em: 21 nov, 2022.

HORNTVEDT, M.T. et al. Strategies for teaching evidence-based practice in nursing education: a thematic literature review. *BMC Med Educ*. 2018 Jul 28;18(1):172. doi: 10.1186/s12909-018-1278-z. Disponível em:

https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6064179/pdf/12909_2018_Article_1278.pdf. Acesso em: 16 set. 2022.

INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES. 2012. Closing the gap from evidence to practice [internet]. Disponível em: <https://www.nursingworld.org/~4aff6a/globalassets/practiceandpolicy/innovation--evidence/ind-kit-2012-for-nnas.pdf>. Acesso em: 05 ago. 2022.

KAJERMO, K.N. et al. The BARRIERS scale -- the barriers to research utilization scale: A systematic review. **Implementation Science**, v.5, n. 32, 2010. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-5-32>. Disponível em: <https://implementationscience.biomedcentral.com/articles/10.1186/1748-5908-5-32#citeas>. Acesso em: 19 set. 2022.

KEITH, R.E. et al. Fidelity of implementation: development and testing of a measure. **Implementation Science**, n. 5, v. 99, 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/1748-5908-5-99>. Acesso em: 21 nov. 2022.

KERR, H., RAINEY, D. Addressing the current challenges of adopting evidence-based practice in nursing. **British Journal of Nursing**, v. 30, n. 16. p. 970-974, 2021. doi: 10.12968/bjon.2021.30.16.970. Disponível em: <https://pureadmin.qub.ac.uk/ws/portalfiles/portal/233103904/Addressing.pdf>. Acesso em: 16 set. 2022.

KEHLET, H., WILMORE, D.W. Multimodal strategies to improve surgical outcome. **The American Journal of Surgery**, v. 183, p. 630-641, 2002.

KITSON, A.; HARVEY, G.; MCCORMACK, B. Enabling the implementation of evidence based practice: a conceptual framework. *Qual Health Care*, v.7, n. 3, p.149–158, 1998. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2483604/pdf/v007p00149.pdf>. Acesso em: 13 de maio de 2022.

KITSON, A.L., HARVEY, G. Methods to Succeed in Effective Knowledge Translation in Clinical Practice. **Journal Nursing Scholarship**, v. 48, n. 3, p. 294–302, 2016.

KITSON, A.L. et al. How nursing leaders promote evidence-based practice implementation at point-of-care: A four-country exploratory study. **Journal of Advanced Nursing**, v. 77, n. 5, p. 2447-2457, 2021. doi: 10.1111/jan.14773. Disponível em: https://www.research.manchester.ac.uk/portal/files/188263378/FLAME_Paper_3_Accepted_Version.pdf. Acesso em: 16 set. 2022.

KHODDAM, H. et al. Knowledge translation in health care: a concept analysis. *Med J Islam Repub Iran*, v.28, n:98, 17 September, 2014. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4301207/pdf/MJIRI-28-98.pdf>. Acesso em: 05 out. 2022.

LAVIS, J.N. et al. How Can Research Organization More Effectively Transfer Research Knowledge to Decision Makers? **Milbank Q.**, v.81, n.2, p.221–48, 2003.

<https://doi.org/10.1111/1468-0009.t01-1-00052>. Disponível em:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2690219/pdf/milq0081-0221.pdf>.
 Acesso em: 07 out. 2022.

LACERDA, M.R.; RIBEIRO, R.P.; COSTENARO, R.G.S. Metodologias da pesquisa para enfermagem e saúde – da teoria à prática. Volume II. Editora Moriá. ed.1. 2018, 455p.

LEE, S.K. et al. The EPIQ evidence reviews – practical tools for an integrated approach to Knowledge Translation. **Paediatric Child Health**, v.16, n.10, p. 629-630, 2011. Disponível em:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3225472/pdf/pch16629.pdf> >. Acesso em: 05 mai 2021.

LEE, S.K. et al. Improving the quality of care for infants: A cluster randomized controlled trial. *Canadian Medical Association Journal*, v. 181, n. 8, p. 469-76, 2009. Disponível em:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2761437/pdf/1810469.pdf>. Acesso em: 05 mai. 2021.

LEE, C.W. et al. Prevalence, risk factors, and optimized management of moderate-to-severe thirst in the post-anesthesia care unit. **Scientific Reports**, n. 16183, 2020. Disponível em:
<https://doi.org/10.1038/s41598-020-73235-5>
<https://www.nature.com/articles/s41598-020-73235-5>. Acesso em: 05 out. 2022.

LEEMAN, J., et al. Aligning implementation science with improvement practice: a call to action. **Implement Science Commun**, v. 2, n. 99, 2021. Disponível em:
<https://doi.org/10.1186/s43058-021-00201-1>.
<https://implementationsciencecomms.biomedcentral.com/articles/10.1186/s43058-021-00201-1>. Acesso em: 05 ago. 2022.

LEIPER, J. B. Thirst. In: CABALLERO, B.; ALLEN, L.; PRENTICE, A. (Ed.). *Encyclopedia of Human Nutrition*. 2nd. Oxford: Elsevier, 2005. v. 4. p. 278-286.

MANTZOUKAS, S. A review of evidence-based practice, nursing research and reflection: levelling the hierarchy. *Journal of Clinical Nursing*, v. 17, n. 2, p. 214-223, 2008.

MARTINS, P. R. et al. Developing and validating the Perioperative Thirst Discomfort Scale. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 51, e03240, 2017. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/reeusp/a/PqXBRNxtB8ZMZBSyvBmTPsj/?format=pdf&lang=pt>
 . Acesso em 13 set. 2022.

MARTINS, P. R.; FONSECA, L. F. Avaliação das dimensões da sede: revisão integrativa. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, Goiás, Brasil, v. 19, p. a09, 2017. DOI: 10.5216/ree.v19.40288. Disponível em:
<https://revistas.ufg.br/fen/article/view/40288>. Acesso em: 13 set. 2022.

MATHIESON, A., GRANDE G., LUKER K. Strategies, facilitators and barriers to implementation of evidence-based practice in community nursing: a systematic mixed-studies review and qualitative synthesis. **Primary Health Care Research and Development**, n. 20:e6, 2019. Disponível em: doi: 10.1017/S1463423618000488. Acesso em: 16 set. 2022.

MARTÍNEZ-SILVEIRA, M. S., SILVA, C. H., Laguardia, J. Conceito e modelos de 'knowledge translation' na área de saúde. **Reciis – Revista Eletrônica de Comunicação Informação & Inovação em Saúde**, v. 14, n. 1, p. 225-246, 2020. [www.reciis.icict.fiocruz.br] e-ISSN 1981-6278. Disponível em: <https://brapci.inf.br/index.php/res/download/138212>. Acesso em: 26 set. 2022.

MCKIBBON, K. A. et al. A cross-sectional study of the number and frequency of terms used to refer to knowledge translation in a body of health literature in 2006: a Tower of Babel? **Implement Science**, v. 12;5:16, 2010. doi: 10.1186/1748-5908-5-16. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2834600/pdf/1748-5908-5-16.pdf>. Acesso em: 26 set. 2022.

MCKEMY, D.D.; NEUHAUSSER, W.M.; JULIUS, D. Identification of a cold receptor reveals a general role for TRP channels in thermosensation. **Nature**, v. 416, n. 6876, p. 52–58, 10 mar. 2002. Disponível em: <https://doi.org/10.1038/nature719>.

MEDEIROS, V.C.C.; PENICHE, A.C.G. A influência da ansiedade nas estratégias de enfrentamento utilizadas no período pré-operatório. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 40, n. 1, p. 86-92, 2006. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/rS4GLM3r7ZZYcGVztLq4Skg/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 12 set. 2022.

MINOGUE, V. et al. The usability and applicability of knowledge translation theories, models, and frameworks for research in the context of a national health service. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8314482/pdf/12961_2021_Article_747.pdf. Acesso em: 23 set. 2022.

MORO, E. T. Prevenção da aspiração pulmonar do conteúdo gástrico. **Revista Brasileira de Anestesiologia**, v. 54, n. 2, p. 261-275, 2004. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rba/a/v6ryTCvM44NPqtYnkZ9LKLt/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 13 set. 2022.

MOORE, J.E. et al. Supporting the implementation of stroke quality-based procedures (QBP): a mixed methods evaluation to identify knowledge translation activities, knowledge translation interventions, and determinants of implementation across Ontario. **BMC Health Services Research**, v. 18, n. 1:466, 2018. doi: 10.1186/s12913-018-3220-9. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6006745/pdf/12913_2018_Article_3220.pdf. Acesso em: 23 set. 2022.

MOORE, J.E., Mascarenhas, A., Bain, J. et al. Developing a comprehensive definition of sustainability. **Implementation Science**, v. 12, n. 110, 2017. <https://doi.org/10.1186/s13012-017-0637-1>. Disponível em:

<https://implementationscience.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13012-017-0637-1#citeas>. Acesso em:

NAKAYA, T.G. et al. Efeitos do picolé de gelo sobre vasopressina, osmolaridade, intensidade e desconforto da sede. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v.42, p.e20190449, 2021. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2021.20190449>. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/index.php/rgenf/article/view/110865/60415>. Acesso em: 07 out. 2022.

NASCIMENTO, L.A. et al. Development of a safety protocol for management thirst in the immediate postoperative period. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v.48, n.5, p.831-840, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/hyvtv89S7yQPVrFkPp5r8h7w/?format=pdf&lang=en>. Acesso em: 13 set. 2022.

NASCIMENTO, L.A.; FONSECA, L.F.; SANTOS, C.B. Inter-rater Reliability Testing of the Safety Protocol for Thirst Management. **Journal of PeriAnesthesia Nursing**, v.33, n.4, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jopan.2016.07.008>. Acesso em: 13 set. 2022.

NASCIMENTO, L.A et al. Advances in the Management of Perioperative Patients' Thirst. **AORN Journal**. February, v. 111, n. 2, p; 165-179, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/aorn.12931>.

NASCIMENTO, L.A. et al. Concept analysis of Perioperative Thirst for the development of a new nursing diagnosis. *Rev Bras Enferm*, v.74, n.1, p.e20200065, 2021. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0065>. Acesso em: 06 out. 2022.

NOBLETT, S.E. et al. - Pre-operative oral carbohydrate loading in colorectal surgery: a randomized controlled trial. **Colorectal Disease**, v. 8, n. 7, p. 563-569, 2006.

NGAMO, S.T. et al. Do Knowledge Translation (KT) plans help to structure KT practices? **Health Research Policy Systems** [Internet], v. 14, n. 1:46, 2016. Disponível em: <http://health-policysystems.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12961-016-0118-z>

OLSON, A.; OUDSHOORN, A. Knowledge translation: A concept analysis. *Nurs Forum*, p.1–8, 2019. <https://doi.org/10.1111/nuf.12410>

ORTENZI, A. V. Medicação pré-anestésica. In: CANGIANI, L. M, et al. **Tratado de Anestesiologia**: SAESP. 6 ed. São Paulo: Atheneu, 2006. v. 2, p.1044.

POLAND, B.; KRUPA, G.; McCALL, D. Settings for Health Promotion: An Analytic Framework to Guide Intervention Design and Implementation. *Health Promotion Practice*, v. 10, n. 4, p. 505-516, Out 2009. <https://doi.org/10.1177/1524839909341025>

PANTOJA, T. et al. Implementation strategies for health systems in low-income countries: an overview of systematic reviews. *Cochrane Database of Systematic*

Reviewsv. 9, n. 9: CD011086, 2017.
<https://doi.org/10.1002/14651858.CD011086.pub2>.

PAVANI, M.M.; FONSECA, L.F.; CONCHON, M.F. Thirst in surgical patients: perceptions of the nursing team in inpatient units. **Journal of Nursing UFPE on line**, v. 10, n. 9, p. 3352–3360, 7 ago. 2016. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/11416/13201>. Acesso em: 13 de set. 2022.

PENNO, N. et al. Identifying relevant concepts and factors for the sustainability of evidence-based practices within acute care contexts: a systematic review and theory analysis of selected sustainability frameworks. **Implementation Science**, v. 14, n.108, 2019. <https://doi.org/10.1186/s13012-019-0952-9>. Disponível em: <https://implementationscience.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13012-019-0952-9#citeas>. Acesso em: 05 ago. 2022.

PEARSE, R., RAJAKULENDRAN, Y. Pre-operative fasting and administration of regular medications in adult patients presenting for elective surgery. Has the new evidence changed practice? **Eur J Anaesthesiol**, v. 16, p. 565-568. 1999;

PIEROTTI, I. et al. Avaliação da intensidade e desconforto da sede perioperatória. **Escola Anna Nery**, v. 22, n. 3, e20170375, 2018a. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/fBdJWrJd9YkrpKhVFYdDkNw/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 13 set. 2022.

PIEROTTI, I. et al. Avaliação do tempo de jejum e sede no paciente cirúrgico. **Revista Baiana de Enfermagem**, [S. l.], v. 32, 2018b. DOI: 10.18471/rbe.v32.27679. Disponível em: <https://periodicos.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/27679>. Acesso em: 13 set. 2022.

PIEROTTI, I. et al. Elaboration, validation and reliability of the safety protocol for pediatric thirst management. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, v.28, p.e3321, 2020. <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.3333.3321>. Acesso em: 04 out. 2022.

PLUYE, P. et al. Program sustainability: focus on organizational routines. **Health Promotion International**, v. 19, n. 4, p. 489–500, 2004. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15520036/>. Acesso em: 05 ago. 2022.

PLSEK PE. Quality improvement methods in clinical medicine. **Pediatrics**, v. 103, p. 203-214, 1999.

POLAND, B.; KRUPA, G.; McCALL, D. Settings for Health Promotion: An Analytic Framework to Guide Intervention Design and Implementation. *Health Promotion Practice*, v. 10, n. 4, p. 505-516, 2009. <https://doi.org/10.1177/1524839909341025>.

POLIT, D.F; BECK, C.T. Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da Enfermagem. 9ª ed. Porto Alegre (RS): Artmed, 2018.

POWELL, B.J. et al. A refined compilation of implementation strategies: results from the Expert Recommendations for Implementing Change (ERIC) project. **Implement Science**, v. 10(1):21, 2015. <https://doi.org/10.1186/s13012-015-0209-1>. Disponível em: <https://implementationscience.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13012-015-0209-1>. Acesso em: 05 ago. 2022.

PRIHODOVA, L. et al. Key components of knowledge transfer and exchange in health services research: findings from a systematic scoping review. **Journal Advanced Nursing**, v. 75, n. 2, p. 313-326, 2019. doi: 10.1111/jan.13836. Epub 2018 Oct 7. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7379521/pdf/JAN-75-313.pdf>. Acesso em: 05 ago. 2022.

PROCTOR, E. et al. Outcomes for Implementation Research: Conceptual Distinctions, Measurement Challenges, and Research Agenda. **Adm Policy Ment Health**, v. 38, n. 2, p. 65-76, 2011. doi: 10.1007/s10488-010-0319-7. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3068522/pdf/10488_2010_Article_319.pdf. Acesso em: 05 ago. 2022.

PROCTOR, E. et al. Sustainability of evidence-based healthcare: research agenda, methodological advances, and infrastructure support. **Implement Science**, v. 11, 10:88, 2015.

doi: 10.1186/s13012-015-0274-5. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4494699/pdf/13012_2015_Article_274.pdf. Acesso em: 05 ago. 2022.

PROCTOR, E.K., POWELL, B.J. CMILLEN, J.C. Implementation strategies: recommendations for specifying and reporting. **Implementation Science**, n. 8:139, 2013. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-8-139>. Acesso em: 21 nov. 2022.

RADKE, O.C. et al. The effect of postoperative fasting on vomiting in children and their assessment of pain. **Pediatric Anesthesia**, v. 19, p. 494-499, 2009. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1460-9592.2009.02974.x>. Acesso em: 12 set. 2022.

RIVIERA, A. et al. Prevalência e intensidade da sede de crianças no pós-operatório imediato. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 35, eAPE02931, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ape/a/YjPh55D5QDN69D5vt9Pf9fK/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 13 set. 2022.

RITCHIE, L.M.P. et al. Low and middle-income countries face many common barriers to implementation of maternal health evidence products. **Journal of Clinical Epidemiology**, v. 76, p. 229-37, 2016. Disponível em: <https://www.jclinepi.com/action/showPdf?pii=S0895-4356%2816%2900154-2>.

REILLY, K.L. et al. Comparing, Contrasting, and Integrating Dissemination and Implementation Outcomes Included in the RE-AIM and Implementation Outcomes Frameworks. **Front Public Health**, v. 8:430, 2020. Disponível em: doi:10.3389/fpubh.2020.00430. Acesso em: 21 nov. 2022.

ROBERTS, R.B., SHIRLEY, M.A. Reducing the risk of acid aspiration during cesarean section. **Anesthesia & Analgesia**, v. 53, n. 6, p. 859-868. 1974. Disponível em: https://journals.lww.com/anesthesia-analgesia/Abstract/1974/53060/Reducing_the_Risk_of_Acid_Aspiration_During.10.aspx. Acesso em: 04 out. 2022.

ROSEN, D.; GAMBLE, J. MATAVA, C. Canadian Pediatric Anesthesia Society Fasting Guidelines Working Group. Canadian Pediatric Anesthesia Society statement on clear fluid fasting for elective pediatric anesthesia. **Canadian Journal of Anaesthesia**, v. 66, n. 8, p. 991-992, 2019. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/s12630-019-01382-z>. Acesso em: 12 set. 2022.

RYCROFT-MALONE, J. et al. Ingredients for change: revisiting a conceptual framework. **Qual Saf Health Care** [Internet], v. 11, n. 2, p. 174–80, 2002. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12448812> <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12448812>.

RYCROFT-MALONE J. The PARIHS framework--a framework for guiding the implementation of evidence-based practice. **Journal Nursing Care Quality**, v.19, n. 4, p. 297–304, 2004. Disponível em: https://downloads.lww.com/wolterskluwer_vitalstream_com/journal_library/ncq_10573631_2004_19_4_297.pdf. Acesso em: 05 mai. 2021.

SACKETT, D.L. et al. Evidence-based medicine: What It Is, and It Isn't. **BMJ**, v. 312, n. 7023, p. 71-72, 1996. doi: 10.1136/bmj.312.7023.71.

SAKER, P. et al. Regional brain responses associated with drinking water during thirst and after its satiation. **Proceedings of the National Academy of Sciences**, v. 111, n. 14, p. 5379–5384, 8 abr. 2014. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3986125/pdf/pnas.201403382.pdf>. Acesso em: 13 set. 2022.

SALATA, R. A.; VERBALIS, J. G.; ROBINSON, A. G. Cold water stimulation of oropharyngeal receptors in man inhibits release of vasopressin. *The Journal Clinical Endocrinology and Metabolism*, Philadelphia, v. 65, n. 3, p. 561-567, 1987. Disponível em: <https://academic.oup.com/jcem/articleabstract/65/3/561/2651630?redirectedFrom=fulltext>. Acesso em: 22 jul. 2022.

SALTHER, K. L.; KOTHARI, A. Using realist evaluation to open the black box of knowledge translation: a state-of-the-art review. *Implementation Science*, v.9, n.11, 2014.

SAUNDERS, H., VEHVILAINEN-JULKUNEN, K. The state of readiness for evidence-based practice among nurses: An integrative review. **International Journal of Nursing Stud**, v.56, p. 128-140, 2016.

SILVA, L.C.J.R.; ARONI, P.; FONSECA, L.F. Tenho sede! Vivência do paciente cirúrgico no período perioperatório. *Revista SOBECC*, v. 21, n. 2, p. 75, 2 set. 2016.

Disponível em: < <https://revista.sobecc.org.br/sobecc/article/view/21/pdf>>. Acesso em: 05 set. 2022.

SILVA GUIMARÃES, L. G. et al. Manejo da dor em punção venosa pediátrica: um pacote de medidas: management of pediatric venipuncture pain: a package of measures. **Revista Recien - Revista Científica de Enfermagem**, [S. l.], v. 11, n. 33, p. 157–168, 2021. DOI: 10.24276/rrecien2021.11.33.157-168. Disponível em: <https://www.recien.com.br/index.php/Recien/article/view/360>. Acesso em: 21 nov. 2022.

SIMINOFF, L.A. Incorporating patient and family preferences into evidence-based medicine. **Med Informatics and Decision Making**, v. 13, (Suppl 3), p. 2-7. 2013. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4029304/pdf/1472-6947-13-S3-S6.pdf>. Acesso em: 09 set. 2022.

SCHMITZ, A. et al. Gastric emptying after overnight fasting and clear fluid intake: a prospective investigation using serial magnetic resonance imaging in healthy children. *British Journal of Anaesthesia*, v. 107, n. 3, p. 425-429. 2011a. Disponível em:< [https://bjanaesthesia.org/article/S0007-0912\(17\)33082-9/fulltext](https://bjanaesthesia.org/article/S0007-0912(17)33082-9/fulltext)>. Acesso em: 07 jun. 2017.

SCHMITZ, A. et al. Fasting times and gastric contents volume in children undergoing deep propofol sedation – an assessment using magnetic resonance imaging. *Pediatric Anesthesia*, v. 21, p. 685-690, 2011b. Disponível em:< <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1460-9592.2011.03563.x>>. Acesso em: 07 jun. 2017.

SCHMIDT, A. R. et al. Gastric pH and residual volume after 1 and 2 h fasting time for clear fluids in children. *British Journal of Anaesthesia*, v. 114, n. 3, p. 477- 482, 2014. Disponível em:< [https://bjanaesthesia.org/article/S0007-0912\(17\)31814-7/fulltext](https://bjanaesthesia.org/article/S0007-0912(17)31814-7/fulltext)>. Acesso em: 07 jun. 2017.

SCHMITZ, A. et al. Residual gastric contents volume does not differ following 4 or 6 h fasting after a light breakfast—a magnetic resonance imaging investigation in healthy non-anaesthetised school-age children. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*, v. 56, n. 5, p. 589-594, 2012. Disponível em:< <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1399-6576.2011.02601.x>>. Acesso em: 07 jun. 2017.

SMITH, R. Evidence-based medicine-an oral history. **Br Med Journal**, v.348:g371,2014. Disponível em: <https://www.bmj.com/content/bmj/348/bmj.g371.full.pdf>. Acesso em: 05 ago. 2022.

STEVENSON, R. J.; MAHMUT, M.; ROONEY, K. Individual differences in the interoceptive states of hunger, fullness and thirst. **Appetite**, v. 95, p. 44-57, 2015. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0195666315002950?via%3Di%3Dhub>. Acesso em: 13 set. 2022.

STEVENS et al., Pain. Pain in hospitalized children: Effect of a multidimensional knowledge translation strategy on pain process and clinical outcomes. **Pain**, v. 155, n. 1, p. 60-68, 2014a. doi: 10.1016/j.pain.2013.09.007.

STEVENS, B. J. et al. Implementation of multidimensional knowledge translation strategies to improve procedural pain in hospitalized children. *Implementation Science*, v.9, p.120, 2014b. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4263210/>>. Acesso em: 05 mai. 2022.

STIRMAN, S.W. et al. The sustainability of new programs and innovations: a review of the empirical literature and recommendations for future research. **Implementation Science**, v. 7, n.17, 2012. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-7-17>. Disponível em: <https://implementationscience.biomedcentral.com/articles/10.1186/1748-5908-7-17#citeas>.

STURKE, R. et.al. A Multi-Disciplinary Approach to Implementation Science: The NIH-PEPFAR PMTCT Implementation Science Alliance. **JAIDS Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes**, v. 67, p. 163-167, Nov 2014. Disponível em: https://journals.lww.com/jaids/Fulltext/2014/11011/A_Multi_Disciplinary_Approach_to_Implementation.11.aspx. Acesso em: 13 set. 2022.

SORGI, G. M. F. et al. Implantação de pacote de medidas para prevenção de infecções associadas ao cateter venoso central em crianças: percepção da equipe de enfermagem. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 11, n. 4, p. e238, 2019. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/238/170>. Acesso em: 21 nov. 2022.

STRAUS, S.E.; TETROE, J.; GRAHAM, I.D. Defining Knowledge Translation Review. *J Can Med Assoc.*, v.181, n.3-4, p.165-8, 2009. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2717660/pdf/1810165.pdf>. Acesso em 19 set. 2022.

SUDSAWAD P. Knowledge Translation Introduction to Models, Strategies, and Measures [Internet]. The National Center for the Dissemination of Disability Research; 2007. 1-44 p. Disponível em: <http://www.ncddr.org/kt/products/ktintro/>. Acesso em: https://ktdrr.org/ktlibrary/articles_pubs/ktmodels/. Acesso em: 05 set. 2021.

SUTHERLAND, A.D.; Stock. J.G.; Davies, J.M. Effects of preoperative fasting on morbidity and gastric contents in patients undergoing day-stay surgery. **British Journal of Anaesthesia**, v. 58, n. 8, p. 876-878, 1986. Disponível em: [https://bjanaesthesia.org/article/S0007-0912\(17\)39296-6/pdf](https://bjanaesthesia.org/article/S0007-0912(17)39296-6/pdf). Acesso em: 12 set. 2022.

TANDALE, S.R. et al. Determination of a safe time and safe protocol for oral hydration in pediatric patients following general anesthesia. **Medical Journal DY Patil Vidyapeeth**, v. 14, n. 2, p. 207-212, 2021. Disponível em: <https://www.mjdrdypv.org/article.asp?issn=2589-8302;year=2021;volume=14;issue=2;spage=207;epage=212;aui=Tandale>. Acesso em: 12 set. 2022.

TAYLOR, M.J. et al. Systematic review of the application of the plan-do-study-act method to improve quality in healthcare. **BMJ Quality & Safety**, v. 23, p. 290-8, 2014. Disponível em: <https://qualitysafety.bmj.com/content/qhc/23/4/290.full.pdf>. Acesso em: 13 set 2022.

THOMAS, M.; et al. Consensus statement on clear fluids fasting for elective pediatric general anesthesia. **Paediatric Anaesthesia**, v. 28, n5, p. 411-414, 2018. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/pan.13370>. Acesso em: 12 set. 2022.

TRICCO, A. C. et al. Sustainability of Knowledge Translation interventions in healthcare decisionmaking: a scoping review. *Implementation Science*. n.11, p.55, 2016. Disponível em: <https://implementationscience.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13012-016-0421-7>. Acesso em: 6 de agost. de 2021.

VERBALIS, J.G. Disorders of body water homeostasis. **Best Practice & Research Clinical Endocrinology & Metabolism**, v.17, n.4, p.471–503, 2003. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1521690X03000496?via%3Dihub>. Acesso em: 13 set. 2022.

VIEIRA, A.C.G., GASTALDO, D., HARRISON D. Como traduzir o conhecimento científico à prática? Conceitos, modelos e aplicação. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.73(5):e20190179, 2020. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0179>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/jhS3mWyxytbyBDjr86yDtpCK/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 01 out. 2022.

YAMADA, J. et al. Test of a Process Evaluation Checklist to improve neonatal pain practices. **Western Journal of Nursing Research**, v. 37, n. 5, 581-598, 2015. Disponível em: doi: 10.1177/0193945914524493.

YIN, X., et al. Early versus delayed postoperative oral hydration in children following general anesthesia: a prospective randomized Trial. **BMC Anesthesia**, v. 20, n. 174, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12871-020-01086-8>. Acesso em: 12 set. 2022.

YOON, S.Y.; MIN, H.S. The Effects of Cold Water Gargling on Thirst , Oral Cavity Condition , and Sore Throat in Orthopedics Surgery Patients. **Korean J Rehabil Nurs**, v. 14, n. 2, p. 136–144, 2011.

YOO, J.Y. et al. Clinical nurses' beliefs, knowledge, organizational readiness and level of implementation of evidence-based practice: The first step to creating an evidence-based practice culture. **PLoS One**, v. 14, n. 12:e0226742, 2019. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6932768/pdf/pone.0226742.pdf>. Acesso em: 16 set. 2022.

WHO. Knowledge Translation [Internet]. WHO. World Health Organization; 2017 [cited 2017 Mar 4]. Disponível em: http://www.who.int/ageing/projects/knowledge_translation/en/

WU, M.H., et al. The safety of early administration of oral fluid following general anesthesia in children undergoing tonsillectomy: a prospective randomized controlled trial. **BMC Anesthesiology**, v. 21, n. 13, 2021. Disponível em: <https://bmcanesthesiol.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12871-020-01230-4>. Acesso em: 12 set. 2022.

ZIMMERMAN, C.A. et al. Thirst neurons anticipate the homeostatic consequences of eating and drinking. **Nature**, v. 537, n. 7622, p. 680–684, 3 set., 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1038/nature18950>.

ZIMMERMAN, C.A.; LEIB, D.E.; KNIGHT, Z.A. Neural circuits underlying thirst and fluid homeostasis. **Nature Reviews Neuroscience**, v.18, n. 8, p. 459–469, 22 jun. 2017. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5955721/pdf/nihms965777.pdf>. Acesso em: 13 set. 2022.

APÊNDICES

APÊNDICE A

Roteiro de Coleta de Dados

Coleta de dados da Implantação do Modelo de Manejo da Sede



Caracterização do profissional observado			
1. Data: ____/____/____		2. Profissional:	3. Sexo: (1)Fem. (2)Masc
4. Turno observ.:(1)Manhã (2)Tarde (3)Noite par (4)Noite ímpar			
Caracterização paciente e variáveis clínicas			
5. Iniciais nome:	6. Idade:	7. ASA:	8. Sexo: (1)Fem. (2)Masc
9. Horário de chegada do paciente na SRA:			10. Horário de coleta:
11. Anestesia: (1)Geral balanceada (2)Raqui (3)Local (4) Geral + bloqueio (5)Peridural (6)Bloqueio (7)Sedação + bloqueio (8) Sedação			12. Tempo total anestesia (min):
13. Clínica: (1)Ortop (2)GO (3)CIPE (4)CAD (5)VASC (6)ORL (7)CCP (8)Neuro (9)CTOR (10)GASTRO (11)BUCO (12)URO (13) Plástica			14. Tempo total procedimento (min):
15. Procedimento: (1)Osteos. (2)Ces. (3)Curet. (4)Hister. (5) Apend. (6)Hern. (7)Post. (8)Orquid. (9)Laparot. (10)Inserção Duplo J. (11) Litotr. (12)Dilat. (13)Ret. aden. (14)Desbr. (15)Cor. hipos. (16)Biópsia (17) Tenom. (18)Cistosc. (19)Segment. (20)Turb. (21)Varizes (22)Hidroc. (23) Excer. (24)Enxerto (25)Colec. (26)Colpop. (27)Trat. refluxo (28)Tireoid. (29) Sept. (30)Ret. placa (31)Uretrot. (32) Revisão bolsa (33) Red. osso (34) Artrosc. (35)Dren. abscesso (36)Fasc. (37) CPRE (38)Uretroplastia (39)Varic.			16. Caráter atendimento: (1)Elet. (2)Urg.
Pilar I – Identificação			
17. O paciente referiu espontaneamente sede? (1) Sim (2) Não			18. Horário:
19. O profissional perguntou se o paciente está com sede? (0) Paciente dormindo (1) Sim (2) Não			20. Horário:
21. Profissional identificou algum sinal periférico de sede? (0) Paciente dormindo (1) Sim (2) Não			
22. Sinal periférico de sede: (0) Paciente dormindo (1) Boca seca (2) Lábios ressecados (3) Lábios esbranquiçados (4) Língua grossa (5) Saliva grossa (6) Falta de saliva (7) Garganta seca (8) Gosto ruim na boca (9) Vontade de beber água (10) Não avaliado (11) Boca colando			
23. Profissional registra identificação de sinal periférico de sede? (0) Paciente dormindo (1) Sim (2) Não (3) Paciente dormindo			
24. O paciente está com sede? (0) Paciente dormindo (1) Sim (2) Não (4) Não avaliado			
25. Profissional registra em documento os dados sobre a identificação da sede: (0) Paciente dormindo (1) Sim (2) Não (4) Não identifica e registra 0 (5) Não identifica e registra – (6) Identifica e registra 0 (7) Não identifica, registra a mesma anotação anterior (8) Chorosa (9) Não identifica registra N (10) Não identifica e registra dorme (paciente em condição de responder)			
26. O profissional aplicou o pilar I: (0) Paciente dormindo (1)Completo (2)Parcialmente Completo (3) Não aplicou			
Pilar II – Mensuração			

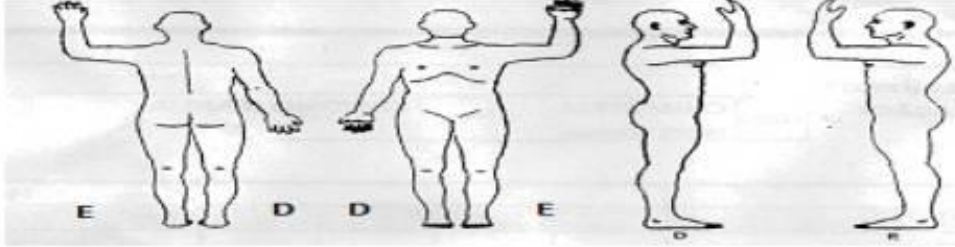
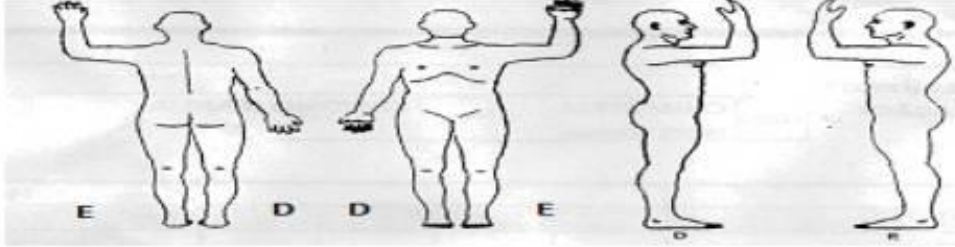
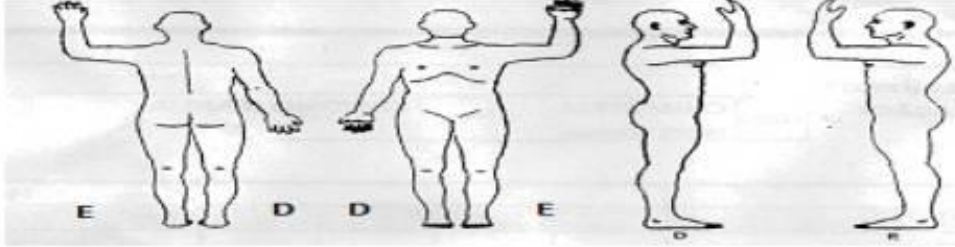
27. O profissional mensurou a intensidade da sede do adulto (de 0 - 10): (1) Sim (2) Não	27. O profissional mensurou a intensidade da sede da criança (0-4): (1) Sim (2) Não
28. O profissional explica ao paciente o que significa zero a 10 da Escala Visual Analógica (EVA): (1) Sim (2) Não (3) Não se aplica	28. O profissional explica a criança/responsável o que significa zero a 4 da Escala de Faces (EF): (1) Sim (2) Não
29. Profissional registra em documento os dados sobre mensuração da sede: (1) Sim (2) Não (3) Não se aplica (4) Não mensura e registra 0 (5) Não mensura e registra – (6) Não mensura, registra SIM (7) Mensura, anota 0 (8) Não mensura, anota intensidade anterior (9) Mensura: “e a sede, melhorou” Se sim, coloca uma intensidade inferior a anterior, mas não questiona o paciente de 0 a 10	
30. Intensidade da sede do paciente:	
31. Profissional mensurou o desconforto da sede do paciente: (1) Sim (2) Não	
32. Profissional registra em documento os dados sobre mensuração do desconforto: (1) Sim (2) Não (3) Não se aplica	
33. O profissional aplicou o pilar II: (1) Completo (2) Parcialmente Completo (3) Não aplicou	
Pilar III – Segurança	
ADULTO	CRIANÇA
Nível consciência: 34 a (1) Avaliou (2) Não avaliou 34 b (1) Aprovado (2) Reprovado (4) Não avaliou 34 c (1) Anotou (2) Não anotou	Nível consciência: 34 a (1) Avaliou (2) Não avaliou 34 b (1) Aprovado (2) Reprovado (4) Não avaliou 34 c (1) Anotou (2) Não anotou
(3) Não se aplica	Movimentação: 35 a (1) Avaliou (2) Não avaliou 35 b (1) Aprovado (2) Reprovado (4) Não avaliou 35 c (1) Anotou (2) Não anotou
Tosse: 36 a (1) Avaliou (2) Não avaliou (5) Reprovado Nível de consciência 36 b (1) Aprovado (2) Reprovado (4) Não avaliou (5) Reprovado Nível de consciência 36 c (1) Anotou (2) Não anotou (5) Reprovado Nível de consciência	Tosse: 36 a (1) Avaliou (2) Não avaliou 36 b (1) Aprovado (2) Reprovado (4) Não avaliou 36 c (1) Anotou (2) Não anotou
Deglutição: 37 a (1) Avaliou (2) Não avaliou (5) Reprovado Nível de consciência 37 b (1) Aprovado (2) Reprovado (4) Não avaliou (5) Reprovado Nível de consciência 37 c (1) Anotou (2) Não anotou (5) Reprovado Nível de consciência	Deglutição: 37 a (1) Avaliou (2) Não avaliou 37 b (1) Aprovado (2) Reprovado (4) Não avaliou 37 c (1) Anotou (2) Não anotou
(3) Não se aplica	Padrão Respiratório: 38a (1) Avaliou (2) Não avaliou 38 b (1) Aprovado (2) Reprovado (4) Não avaliou 38 c (1) Anotou (2) Não anotou
Náusea/vômito: 39 a (1) Avaliou (2) Não avaliou (5) Reprovado Nível de consciência 39 b (1) Aprovado (2) Reprovado (4) Não avaliou (5)	Náusea/vômito: 39 a (1) Avaliou (2) Não avaliou 39 b (1) Aprovado (2) Reprovado

Reprovado Nível de consciência 39 c (1)Anotou (2)Não anotou (5) Reprovado Nível de consciência	(4) Não avaliou 39 c(1)Anotou (2)Não anotou
40. O profissional aplicou o protocolo certo para a faixa etária do paciente: (1) Sim (2) Não (3) Não usou protocolo	
41. O profissional seguiu todas as etapas preconizadas pelo protocolo: (1) Sim (2) Não (3) Não usou protocolo	
42. O profissional continuou a avaliação mesmo com algum critério reprovado: (1) Sim (2) Não (3) Não usou protocolo	
43. O profissional registra em documento os dados sobre segurança da sede: (1) Sim (2) Não	
44. O profissional aplicou o pilar III: (1)Completo (2)Parcialmente Completo (3) Não aplicou	
Pilar IV – Estratégia	
45. Paciente reprovado no protocolo, o profissional ofertou hidratante labial: (1)Sim (2)Não (3) Não se aplica	
46. O profissional ofereceu alguma estratégia de alívio da sede: (1)Sim (2)Não	
47. Se sim, qual estratégia: (1)Picolé de gelo (2)Hidratante labial (3)Gelatina (4)Água (5)Outra: (6) Não se aplica	
48. O paciente aceitou alguma estratégia de alívio da sede: (1)Sim (2)Não (3)Não se aplica (4) Não se aplica	
49. Se sim, qual estratégia: (1) Picolé de gelo (2) Hidratante labial (3) Gelatina (4) Água (5)Outra: (6) Não se aplica	
50. O profissional elevou a cabeceira do paciente ao entregar o picolé de gelo: (1)Sim (2)Não (3) Já estava elevada (4) Não se aplica	
51. Paciente apresentou algum evento adverso após receber estratégia de alívio da sede: (1)Sim (2)Não (3) Não se aplica	
52. Profissional registra em documento os dados sobre estratégia da sede: (1)Sim (2)Não (3) Não se aplica	
53. O profissional aplicou o pilar IV: (1) Completo (2) Parcialmente Completo (3) Não aplicou	

APÊNDICE B

Impresso perioperatório após a realização da pesquisa






 UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA		Ficha de Avaliação Perioperatória - Centro Cirúrgico		 HOSPITAL UNIVERSITÁRIO	
Pré – operatório					
(Colar etiqueta aqui)			Data: ___/___/___ Hora: ___:___ Setor/leito: _____ Clínica: _____ Sexo: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M Sala: _____ Procedimento(s) previsto(s): _____		
Condições gerais: PA: ___ x ___ P: ___ SPO2: ___ FR: ___ T: ___ Peso: ___ Altura: ___ Glicemia capilar: ___ <input type="checkbox"/> Consciente <input type="checkbox"/> Inconsciente <input type="checkbox"/> Orientado <input type="checkbox"/> Desorientado <input type="checkbox"/> Ansioso <input type="checkbox"/> Calmo <input type="checkbox"/> Agitado <input type="checkbox"/> Outros: _____ Comorbidades: <input type="checkbox"/> Cardiopatia <input type="checkbox"/> DPOC <input type="checkbox"/> HAS <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> Tabagismo/tempo: _____ <input type="checkbox"/> Outros: _____ Alergias: _____ Outras Informações: _____					
Preparo Procedência: <input type="checkbox"/> Unidade de Internação <input type="checkbox"/> PS <input type="checkbox"/> UTI <input type="checkbox"/> Outros: _____ <input type="checkbox"/> Jejum <input type="checkbox"/> Presença de pulseira de identificação <input type="checkbox"/> Acesso venoso: _____ <input type="checkbox"/> Ausência de prótese dentária <input type="checkbox"/> Ausência de roupa íntima/adornos <input type="checkbox"/> CVD: _____ ml <input type="checkbox"/> Realizado tricotomia } () A () I <input type="checkbox"/> Medicação pré-anestésica administrada <input type="checkbox"/> Drenos: _____ <input type="checkbox"/> Realizado higiene oral } () A () I <input type="checkbox"/> Realizado banho } () A () I Legenda: A (Adequado) I (Inadequado)					
Check list pré-operatório					
Pré-aquecimento se temperatura menor que 36° C? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> NA			<input type="checkbox"/> Cobertor <input type="checkbox"/> Manta <input type="checkbox"/> Soro aquecido		
Realização de bochecho com antisséptico bucal? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> NA			Assinatura/carimbo		
Prontuário completo? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> NA					
Termo de consentimento assinado? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> NA					
O paciente sabe qual cirurgia será realizada? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> NA					
Local da cirurgia? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> NA					
Intraoperatório					
Entrada em SO: _____		PA: ___ x ___	P: _____	SPO ₂ : _____	FR: _____
Nível de consciência: <input type="checkbox"/> Consciente <input type="checkbox"/> Orientado <input type="checkbox"/> Desorientado <input type="checkbox"/> Sonolento <input type="checkbox"/> Obnubilado <input type="checkbox"/> Inconsciente <input type="checkbox"/> Sedado					
Escala de avaliação de risco para o desenvolvimento de lesões por posicionamento cirúrgico do paciente (ELPO)					
Tipo de posição cirúrgica	5 Litotômica	4 Prona	3 Trendelemburg	2 Lateral	1 Supina
Tempo de cirurgia	Acima de 6h	Acima de 4h até 6h	Acima de 2h até 4h	Acima de 1h até 2h	Até 1h
Tipo de anestesia	Geral + Regional	Geral	Regional	Sedação	Local
Superfície de Suporte	Sem uso superfície de suporte ou suporte rígido sem acolchoamento ou perneiras estreitas	Colchão de mesa cirúrgica de espuma + coxins feitos de campos de algodão	Colchão de mesa cirúrgica de espuma + coxins de espuma	Colchão de mesa cirúrgica de espuma + coxins de viscoelástico	Colchão de mesa cirúrgica de viscoelástico + coxins de viscoelástico
Posição dos Membros	Elevação dos joelhos >90° e abertura dos MMII > 90° ou abertura dos MMSS > 90°	Elevação dos joelhos >90° ou abertura dos MMII >90°	Elevação dos joelhos <90° e abertura dos MMII <90° ou pescoço sem alinhamento mento-esternal	Abertura dos MMSS <90°	Alinhamento corporal
Comorbidades	UP ou neuropatia previamente diagnosticada ou TVP	Obesidade ou desnutrição	Diabetes mellitus	Doença vascular	Sem comorbidades
Idade do Paciente	> 80 anos	Entre 70 e 79	Entre 60 e 69	Entre 40 e 59	Entre 18 e 39
Score:		Conduitas:			

Anestesia		Início: _____ T: _____ °C	Término: _____																			
<input type="checkbox"/> Geral balanceada (V+I)	<input type="checkbox"/> TOT/TET N° ____ () Com cuff	<input type="checkbox"/> Peridural com cateter	<input type="checkbox"/> Sedação + local																			
<input type="checkbox"/> Geral venosa	() Sem cuff	<input type="checkbox"/> Peridural sem cateter	<input type="checkbox"/> Bloqueio + local																			
<input type="checkbox"/> Geral inalatória	<input type="checkbox"/> Aramado N° ____	<input type="checkbox"/> Bloqueio: _____	<input type="checkbox"/> Bloqueio + sedação																			
<input type="checkbox"/> Endo brônquica N° ____	<input type="checkbox"/> Sedação	<input type="checkbox"/> Bier membro: _____	<input type="checkbox"/> Outra: _____																			
<input type="checkbox"/> Máscara laríngea N° ____	<input type="checkbox"/> Raquianestesia	<input type="checkbox"/> Local: _____																				
Monitorização: <input type="checkbox"/> Oximetria <input type="checkbox"/> PANI <input type="checkbox"/> PAM <input type="checkbox"/> Arteriotomia <input type="checkbox"/> PVC <input type="checkbox"/> Cardioscopia <input type="checkbox"/> Capnografia <input type="checkbox"/> Outra: _____																						
AVP: <input type="checkbox"/> Cateter flexível sobre agulha: _____ <input type="checkbox"/> Flebotomia _____ <input type="checkbox"/> Outro: _____																						
AVC: <input type="checkbox"/> CCIP <input type="checkbox"/> Mono lúmen <input type="checkbox"/> Duplo lúmen <input type="checkbox"/> Triplo lúmen																						
Posicionamento cirúrgico: <input type="checkbox"/> Dorsal <input type="checkbox"/> Ventral <input type="checkbox"/> Trendelenburg <input type="checkbox"/> Ginecológico <input type="checkbox"/> Litotômico <input type="checkbox"/> Valdívea																						
<input type="checkbox"/> Semi-ginecológico <input type="checkbox"/> Ventral com flexão do joelho <input type="checkbox"/> Lateral D <input type="checkbox"/> Lateral E <input type="checkbox"/> Ortotraumático																						
<input type="checkbox"/> Proclive <input type="checkbox"/> Sentado <input type="checkbox"/> Rose <input type="checkbox"/> Semi-rose <input type="checkbox"/> Outro: _____																						
Dispositivo de conforto: <input type="checkbox"/> Cabeça <input type="checkbox"/> MSD <input type="checkbox"/> MSE <input type="checkbox"/> Ombro <input type="checkbox"/> Lombar <input type="checkbox"/> Dorso <input type="checkbox"/> Calcanhar <input type="checkbox"/> MID																						
<input type="checkbox"/> MIE <input type="checkbox"/> Tórax D <input type="checkbox"/> Tórax E <input type="checkbox"/> Outro: _____																						
Local da antisepsia: _____ <input type="checkbox"/> PVPI Degermante ____% <input type="checkbox"/> PVPI Tópico ____%																						
<input type="checkbox"/> Clorexidina Alcoólica ____%/Aquosa ____% <input type="checkbox"/> Clorexidina Degermante ____% <input type="checkbox"/> Outro: _____																						
Equipamentos e acessórios																						
<input type="checkbox"/> Aparelho de anestesia	<input type="checkbox"/> Bisturi elétrico	<input type="checkbox"/> Trole	<input type="checkbox"/> Laser	<input type="checkbox"/> Artroscópio																		
<input type="checkbox"/> Monitor multiparamétrico	<input type="checkbox"/> Berço aquecido	<input type="checkbox"/> Fonte de Luz	<input type="checkbox"/> Bomba CEC	<input type="checkbox"/> Manta térmica																		
<input type="checkbox"/> Bomba de infusão	<input type="checkbox"/> Arco em C	<input type="checkbox"/> Insuflador	<input type="checkbox"/> Garrote pneum.	<input type="checkbox"/> Cobertor																		
<input type="checkbox"/> Mesa elétrica	<input type="checkbox"/> Aspirador Rede	<input type="checkbox"/> Microcâmera	<input type="checkbox"/> Phaco	<input type="checkbox"/> Aquecedor fluido																		
<input type="checkbox"/> Cilindro _____ () CO2	<input type="checkbox"/> Microscópio	<input type="checkbox"/> Bisturi harmônico	<input type="checkbox"/> Broncoscópio	<input type="checkbox"/> Compressor pneumático																		
() N	<input type="checkbox"/> Aspirador elétrico	<input type="checkbox"/> Raio X	<input type="checkbox"/> Serra elétrica	<input type="checkbox"/> Outro: _____																		
<table style="width:100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 20%;"> <ul style="list-style-type: none"> ▲ Oxímetro <input type="checkbox"/> Manguito de PA ● Eletrodos <input checked="" type="checkbox"/> Placa dispersiva ■ Garrote Pneumático ☼ CVD *** Incisão Cirúrgica </td> <td style="width: 80%; text-align: center;">  </td> </tr> </table>					<ul style="list-style-type: none"> ▲ Oxímetro <input type="checkbox"/> Manguito de PA ● Eletrodos <input checked="" type="checkbox"/> Placa dispersiva ■ Garrote Pneumático ☼ CVD *** Incisão Cirúrgica 																	
<ul style="list-style-type: none"> ▲ Oxímetro <input type="checkbox"/> Manguito de PA ● Eletrodos <input checked="" type="checkbox"/> Placa dispersiva ■ Garrote Pneumático ☼ CVD *** Incisão Cirúrgica 																						
<table style="width:100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 20%;">★LP Local: _____</td> <td style="width: 20%;">() Pele saudável</td> <td style="width: 20%;">() Estágio 1</td> <td style="width: 20%;">() Estágio 2</td> <td style="width: 20%;">() Estágio 3</td> <td style="width: 20%;">() Estágio 4</td> </tr> <tr> <td>★LP Local: _____</td> <td>() Pele saudável</td> <td>() Estágio 1</td> <td>() Estágio 2</td> <td>() Estágio 3</td> <td>() Estágio 4</td> </tr> <tr> <td>★LP Local: _____</td> <td>() Pele saudável</td> <td>() Estágio 1</td> <td>() Estágio 2</td> <td>() Estágio 3</td> <td>() Estágio 4</td> </tr> </table>					★LP Local: _____	() Pele saudável	() Estágio 1	() Estágio 2	() Estágio 3	() Estágio 4	★LP Local: _____	() Pele saudável	() Estágio 1	() Estágio 2	() Estágio 3	() Estágio 4	★LP Local: _____	() Pele saudável	() Estágio 1	() Estágio 2	() Estágio 3	() Estágio 4
★LP Local: _____	() Pele saudável	() Estágio 1	() Estágio 2	() Estágio 3	() Estágio 4																	
★LP Local: _____	() Pele saudável	() Estágio 1	() Estágio 2	() Estágio 3	() Estágio 4																	
★LP Local: _____	() Pele saudável	() Estágio 1	() Estágio 2	() Estágio 3	() Estágio 4																	
Intraoperatório II – Time Out - antes da incisão																						
Residentes médicos presentes? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> NA			Assinatura Carimbo																			
Docente/cirurgião responsável presente? Horário: _____ <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> NA																						
Todos confirmam paciente, local e procedimento? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> NA																						
Todos os materiais e equipamentos estéreis estão disponíveis? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> NA																						
O pediatra está presente? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> NA																						
Administrado antibiótico? _____ <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> NA																						
Equipe cirúrgica																						
Início da Cirurgia: _____ T _____ °C Término da Cirurgia: _____ T _____ °C																						
Cirurgião(ã): _____																						
Assistentes: _____																						
Instrumentador: _____																						
Pediatras: _____																						
Anestesistas: _____																						
Cirurgia Realizada: _____																						

Cateter: <input type="checkbox"/> Vesical _____ <input type="checkbox"/> Blackmore <input type="checkbox"/> CNG _____ <input type="checkbox"/> CNE _____ <input type="checkbox"/> Outro: _____						
Diurese desprezada:						
Hora: _____ Volume: _____ ml Aspecto: <input type="checkbox"/> Amarelo claro <input type="checkbox"/> Amarelo Ouro <input type="checkbox"/> Colúrica <input type="checkbox"/> Hematúrica <input type="checkbox"/> Outro: _____						
Hora: _____ Volume: _____ ml Aspecto: <input type="checkbox"/> Amarelo claro <input type="checkbox"/> Amarelo Ouro <input type="checkbox"/> Colúrica <input type="checkbox"/> Hematúrica <input type="checkbox"/> Outro: _____						
Hora: _____ Volume: _____ ml Aspecto: <input type="checkbox"/> Amarelo claro <input type="checkbox"/> Amarelo Ouro <input type="checkbox"/> Colúrica <input type="checkbox"/> Hematúrica <input type="checkbox"/> Outro: _____						
Dreno e cânula <input type="checkbox"/> Penrose <input type="checkbox"/> Malecot <input type="checkbox"/> Sucção <input type="checkbox"/> Tórax <input type="checkbox"/> Tubular <input type="checkbox"/> Outro: _____						
Perda sanguínea: <input type="checkbox"/> Pequena (+) <input type="checkbox"/> Média (++) <input type="checkbox"/> Grande (++++)						
Hemoderivados: <input type="checkbox"/> Hemácias; vol _____ <input type="checkbox"/> Plasma; vol _____ <input type="checkbox"/> Plaqueta; vol _____ <input type="checkbox"/> Crio; vol _____ <input type="checkbox"/> Outro: _____						
Hemoderivados: <input type="checkbox"/> Hemácias; vol _____ <input type="checkbox"/> Plasma; vol _____ <input type="checkbox"/> Plaqueta; vol _____ <input type="checkbox"/> Crio; vol _____ <input type="checkbox"/> Outro: _____						
Balanco inicial de compressas, gazes e hemostáticos de vídeo						
Materiais		Disponibilizado		Total disponibilizado		
Compressa grande						
Compressa pequena						
Gazes						
"Bananinhas/Pipocas"						
Conferência de compressas, gazes e hemostáticos de vídeo						
Balanco final - Hora: _____						
Materiais		Mesa	Hamper	Total		
Compressa grande						
Compressa pequena						
Gazes						
"Bananinhas/Pipocas"						
Contagem: <input type="checkbox"/> Correta <input type="checkbox"/> Divergente: () Intencional/Hemostasia () Raio-X () Revisão da cavidade () Revisão da SO () Outro/relatar: _____						
Curativo: <input type="checkbox"/> Compressivo <input type="checkbox"/> Oclusivo <input type="checkbox"/> Aberto <input type="checkbox"/> Atadura <input type="checkbox"/> Gesso <input type="checkbox"/> Vácuo <input type="checkbox"/> Outro: _____						
Local: _____						
Tampão: <input type="checkbox"/> Nasal D <input type="checkbox"/> Nasal E <input type="checkbox"/> Vaginal <input type="checkbox"/> NA						
III – Saída do paciente – Sign Out						
Peças para exames patológicos foram identificados? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> NA					Assinatura/carimbo	
Quantidade de peças? <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> + de 5: _____						
Peça(s)? _____						

Via aérea? <input type="checkbox"/> Livre <input type="checkbox"/> Cateter O2 <input type="checkbox"/> Máscara alto fluxo <input type="checkbox"/> Entubado <input type="checkbox"/> Traqueostomia <input type="checkbox"/> Guedel					Assinatura/carimbo	
Laudo de órtese e prótese preenchido? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> NA						
Onde será a recuperação do paciente? <input type="checkbox"/> SO <input type="checkbox"/> SRA <input type="checkbox"/> UTI						
Outras observações:						
Saída da SO		PA: _____ X _____	P: _____	SPO ₂ : _____	FR: _____	Assinatura/ carimbo
Data:						
Horário:						

Sala de Recuperação Pós-anestésica

(Colar etiqueta aqui)	Admitido por: _____ Procedimento/anestesia: _____ Curativo: _____ Dreno: _____ CVD: _____ ml Aspecto: _____		
Pós-operatório imediato (POI)			
ABCDE pós trauma anestésico cirúrgico Legenda: Sim (S) Não (N) Não se aplica (NA)			
Horários			
A – Vias aéreas			
Pérvias			
Guedel			
B – Respiração			
FR			
Nebulização O2			
SPO2			
Inspirou profundamente			
C – Circulação			
P			
PA			
Coloração: Pálido (P) Corado (C) Cianótico (CN) (Ictérico) (I)			
Aspecto curativo: (Úmido ++++)(Limpo -)			
D – Neurológico			
Nível de consciência: Alerta (Al) Sonolento (Son) Torporoso (Tor) Agitado (Agit)			
Pupímetro			
Diâmetro pupila D/E			
Reatividade: (+/-) Prejudicada (P)			
Força muscular: Forte (FO) Fraca (FR) Ausente (A)			
Nível de bloqueio			
Índice de Bromage			
E- Controles			
Temperatura			
Cobertor/outros			
Aquecedor			
Intensidade da dor			
Intensidade da sede			
Náuseas/ vômito			
Assinatura			
Índice de Bromage			
			
Bromage 0 Sem bloq. motor	Bromage 1 Flexiona joelho e move o pé, mas não levanta a perna	Bromage 2 Move apenas os pés	Bromage 3 Não move pé ou joelho

Sala de Recuperação Pós-anestésica

Resumo de alta SRA									
POI de: _____		Passagem de plantão para: _____							
NC:	Dreno:	Plantão para UTI							
Vias aéreas:		Modalidade: <input type="checkbox"/> VCV <input type="checkbox"/> PCV <input type="checkbox"/> Outro:							
FR:	Curativo:	FIO2:	FR:	PEEP:	VC:				
SPO2:		Venturi: ____ % de O2 Neb contínua: ____ L/min							
Pulso:	Cateter:	Máscara alto fluxo: Catéter de O2: ____ L/min							
PA:		Pupilas: D: E: Fotorreação: D: E:							
Dor:	Anestesia:	DVA: Nora ____ ml/hr Adrena ____ ml/hr Nitro ____ ml/hr Dobuta ____ ml/hr Nipride ____ ml/hr Outra:							
T: °C	Dieta: <input type="checkbox"/> Jejum <input type="checkbox"/> Líquida <input type="checkbox"/> Pastosa <input type="checkbox"/> Geral <input type="checkbox"/> Outra: Horário:	Sedação: Mida ____ ml/hr Fenta ____ ml/h							
Náusea e vômito: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Nova prescrição médica: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> NA	Hemoderivados: <input type="checkbox"/> Hemácias; vol ____ <input type="checkbox"/> Plasma; vol ____ <input type="checkbox"/> Plaqueta; vol ____ <input type="checkbox"/> Crio; vol ____							
AVP:	Solicitação de raio x: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> Outro:							
AVC:									
Horário da alta da SRA:			Horário de saída da SRA:						
Destino do paciente: <input type="checkbox"/> Ambulatorial <input type="checkbox"/> Internado: Unidade: _____ leito: _____									
Encaminhado de: <input type="checkbox"/> Maca <input type="checkbox"/> Cama <input type="checkbox"/> Berço <input type="checkbox"/> Cadeira de rodas <input type="checkbox"/> Outro:			Transferido por: _____						
Avaliação LP: Local: () Sem lesão () Estágio 1 () Estágio 2 () Estágio 3 () Estágio 4									
Avaliação LP: Local: () Sem lesão () Estágio 1 () Estágio 2 () Estágio 3 () Estágio 4									
Avaliação LP: Local: () Sem lesão () Estágio 1 () Estágio 2 () Estágio 3 () Estágio 4									
Índice de Aldrete e Kroulik	Consciência	Respiração	SPO2	Circulação	Atividade	Total			
Horário de alta:									
Índice de Steward (criança)	Vias aéreas		Consciência	Movimentação	Total				
Horário de alta:									
Critérios para Alta Ambulatorial	SSVV estáveis (1 hora)	Depressão respiratória	Orientado em tempo e espaço	Ingere líquido V.O	Diurese espontânea	Deambulação adequada	Náusea e vômito	Dor	Sangramento
Horário de Alta:	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> NA
Enfermeiro (a):			Médico (a):			Técnico/auxiliar enfermagem:			

APÊNDICE C

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Profissionais)

Prezado Senhor (a),

Por meio deste termo, você está sendo convidado (a) a participar da pesquisa que se chama **“Implantação do modelo de manejo da sede perioperatória: estudo de intervenção norteado pelo Knowledge Translation”**, que será realizada no **“Hospital Universitário de Londrina”**.

Seu apoio e participação são muito importantes para a realização deste estudo, que tem como objetivo implantar e avaliar a efetividade da implantação do Modelo de Manejo da Sede Perioperatória, norteado pelo referencial teórico Knowledge Translation”.

Sua participação nesta pesquisa se dará por meio de respostas a questionários com questões objetivas. Na primeira fase, as questões referem-se à sua formação e atuação profissional; e na outra parte refere-se ao seu conhecimento acerca do manejo da sede perioperatória e as práticas utilizadas por você para realizar o alívio da sede do paciente cirúrgico. O tempo previsto de preenchimento desses questionários não excederá 15 minutos e será realizado em uma sala reservada.

Em outros momentos você participará de reuniões que serão realizadas pelo pesquisador com o objetivo de construir um conhecimento de forma conjunta sobre a temática sede perioperatória.

Você poderá aceitar ou não a participar da pesquisa e pode desistir a qualquer momento se assim desejar. Caso aceite participar da pesquisa, os dados coletados serão mantidos sob nossa responsabilidade e garantimos que seu nome não será divulgado em nenhum momento. Sua participação será completamente voluntária, não havendo custo nem riscos adicionais para você e nem pagamento pela sua participação.

Não haverá divulgação dos dados de forma pessoal às chefias desta instituição. Você terá garantia de receber respostas a qualquer pergunta sobre o trabalho em qualquer momento, não somente durante as reuniões. Quando terminarmos esta pesquisa, os resultados finais serão divulgados em revistas científicas e apresentados em eventos científicos. Os resultados deste estudo irão

contribuir para melhor assistência do paciente cirúrgico, em relação ao manejo da sede.

O benefício esperado será a Implantação de um Modelo de Manejo da Sede Perioperatória que irá beneficiar os pacientes cirúrgicos, além de padronizar o cuidado prestado pelos profissionais perioperatórios. Quanto aos riscos, a possibilidade dos participantes da pesquisa se sentirem sobrecarregados com o a agenda de reuniões. Caso isso ocorra, as mesmas serão espaçadas.

Após todos os esclarecimentos, caso você concorde em participar, por favor, assine duas vias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Uma via ficará com você e a outra com o pesquisador. Se tiver alguma dúvida ou necessite de maiores esclarecimentos poderá nos contatar (Lígia Fahl Fonseca, Rua Takabumi Murata, nº 555, casa 12, (43) 99982-6666 e ligiafahl@gmail.com, ou poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina, situado junto ao prédio do LABESC – Laboratório Escola, no Campus Universitário, telefone 3371-5455, e-mail: cep268@uel.br.

Londrina, __ de _____ de 2019.

Participante

Lígia Fahl Fonseca

APÊNDICE D

Termo de Confidencialidade e Sigilo

Eu Lígia Fahl Fonseca, brasileira, casada, enfermeira, inscrita no CPF sob o nº 365.043.519-53, abaixo firmado, assumo o compromisso de manter confidencialidade e sigilo sobre todas as informações técnicas e outras relacionadas ao projeto de pesquisa intitulado “**Implantação do Modelo de Manejo da Sede Perioperatória: estudo de intervenção norteado pelo Knowledge Translation**” a que tiver acesso nas dependências das unidades do Hospital Universitário de Londrina.

Por este termo de confidencialidade e sigilo comprometo-me:

1. A não utilizar as informações confidenciais a que tiver acesso, para gerar benefício próprio exclusivo e/ou unilateral, presente ou futuro, ou para o uso de terceiros;
2. A não efetuar nenhuma gravação ou cópia da documentação confidencial a que tiver acesso;
3. A não apropriar-me de material confidencial e/ou sigiloso da tecnologia que venha a ser disponível;
4. A não repassar o conhecimento das informações confidenciais, responsabilizando-me por todas as pessoas que vierem a ter acesso às informações, por meu intermédio, e obrigando-me, assim, a ressarcir a ocorrência de qualquer dano e / ou prejuízo oriundo de uma eventual quebra de sigilo das informações fornecidas.

Neste Termo, as seguintes expressões serão assim definidas:

Informação Confidencial significará toda informação revelada através da apresentação da tecnologia, a respeito de, ou, associada com a Avaliação, sob a forma escrita, verbal ou por quaisquer outros meios.

Informação Confidencial inclui, mas não se limita, às informações presentes em prontuários que serão utilizados na pesquisa.

Avaliação significará todas e quaisquer discussões, conversações ou negociações entre, ou com as partes, de alguma forma relacionada ou associada com a apresentação do item, acima mencionado.

Pelo não cumprimento do presente Termo de Confidencialidade e Sigilo, fica o abaixo assinado ciente de todas as sanções judiciais que poderão advir.

Ass. 

Lígia Fahl Fonseca

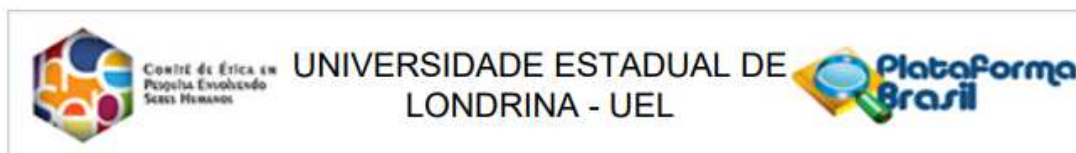
Cel.: (43) 99982-6666

ligiafahl@gmail.com

ANEXOS

ANEXO A

Parecer do Comitê de Ética e Pesquisa



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: Implantação do modelo de manejo da sede pós-operatória: estudo de intervenção norteado pelo Knowledge Translation

Pesquisador: Lígia Fahl Fonseca

Área Temática:

Versão: 6

CAAE: 13638519.1.0000.5231

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.951.468

Apresentação do Projeto:

O presente protocolo trata da terceira emenda ao projeto.

Segundo a pesquisadora, "a presente pesquisa será realizada no pós-operatório imediato e, adicionalmente à participação dos trabalhadores da instituição em questão como descrito anteriormente, faz-se necessário a participação dos pacientes nesse processo de avaliação da implantação do modelo de manejo da sede. A participação dos pacientes será por meio de observação da pesquisadora, dados obtidos do prontuário e eventual questionamento relacionado às ações da equipe de saúde referente ao manejo da sede. Desta maneira, é necessária a inclusão dos termos de consentimentos conforme a Resolução 466/2012."

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Avaliar a efetividade da Implantação do Modelo de Manejo da Sede no pós-operatório imediato, norteado pelo marco conceitual Knowledge Translation.

Objetivo Secundário:

- Descrever as fases de preparação e implantação do Modelo de Manejo da Sede, no pós-operatório imediato na sala de recuperação anestésica.

- Identificar barreiras e facilitadores percebidos pelos participantes do estudo para implantar o Modelo de Manejo da Sede, no pós-operatório imediato na sala de recuperação anestésica.

Endereço: LABESC - Sala 14

Bairro: Campus Universitário

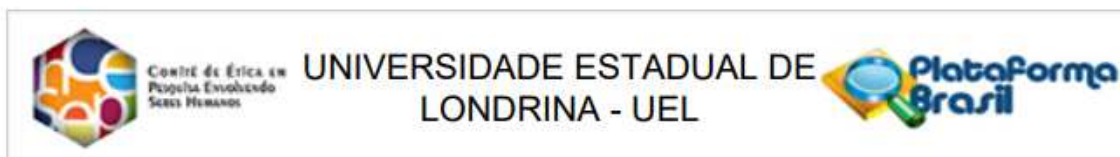
CEP: 86.057-970

UF: PR

Município: LONDRINA

Telefone: (43)3371-5455

E-mail: cep268@uel.br



Continuação do Parecer: 3.951.468

-Comparar as taxas de intensidade e desconforto da sede antes e após a implantação do modelo de manejo da sede, no pós-operatório imediato em sala de recuperação anestésica.

-Comparar as taxas de identificação, mensuração, avaliação da segurança e oferta de estratégias de alívio da sede antes e após implantação do Modelo de Manejo da Sede, no pós-operatório imediato em sala de recuperação anestésica.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: Estão relacionados à eventual constrangimento pelo fato de que os colaboradores e pacientes serão observados durante a recuperação anestésica. Diante disso, a observação será realizada por pesquisadora treinada e que adotará postura ética e profissional, no entanto, se necessário, a observação será interrompida. Adicionalmente o paciente pode não gostar de alguma estratégia oferecida para reduzir a sede. Neste caso, poderá em qualquer momento se recusar a receber. O paciente não receberá nenhuma estratégia de alívio da sede diferente da que rotineiramente são utilizadas neste setor.

Benefícios: Melhorar a prática realizada durante a recuperação da anestesia com a implantação de um modelo efetivo de manejo da sede; padronização das ações da equipe de saúde; prática fundamentada nas melhores evidências.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Não há.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresentou TCLE para adultos e para responsável por menor de idade, e também o Termo de Assentimento.

Recomendações:

Entende-se a importância da presente pesquisa e seus ajustes na forma das emendas. Apenas chamamos a atenção para o fato de que essas alterações no projeto não podem ser mudanças muito substanciais, o que pode caracterizar um novo projeto, e não mera mudança no mesmo. Alterações como acrescentar número de amostras, adicionar mais um hospital como participante, etc, são mudanças aceitas normalmente. Alterações como mudança de título, objetivos ou metodologias totalmente diferentes da proposta inicial podem ser enxergadas como outro projeto.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem objeções éticas.

Considerações Finais a critério do CEP:

Endereço: LABESC - Sala 14
Bairro: Campus Universitário **CEP:** 86.057-970
UF: PR **Município:** LONDRINA
Telefone: (43)3371-5455 **E-mail:** cep268@uel.br



Centro de Ética em
Pesquisa Envolvendo
Seres Humanos

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE
LONDRINA - UEL



Continuação do Parecer: 3.951.468

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_1518882_E3.pdf	01/03/2020 20:53:02		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Termo_de_Assentimento.doc	01/03/2020 20:45:23	Ligia Fahl Fonseca	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Responsavel_crianca.doc	01/03/2020 20:44:59	Ligia Fahl Fonseca	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Adultos.doc	01/03/2020 20:44:40	Ligia Fahl Fonseca	Aceito
Outros	CARTA_EMENDA_PROJETO.doc	25/07/2019 10:40:33	Ligia Fahl Fonseca	Aceito
Outros	termoSigilo_assinado.doc	15/06/2019 15:57:30	Ligia Fahl Fonseca	Aceito
Outros	Termino_financiamento_cnpq.jpeg	04/06/2019 16:59:45	Ligia Fahl Fonseca	Aceito
Folha de Rosto	Folha_Rosto.pdf	04/06/2019 16:56:58	Ligia Fahl Fonseca	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Doutorado_01_04_2019_2versa oplataforma.docx	04/06/2019 16:56:01	Ligia Fahl Fonseca	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_profissionais.doc	03/06/2019 09:36:44	Ligia Fahl Fonseca	Aceito
Parecer Anterior	Parecer_Ligia_Fahl_Fonseca.pdf	09/05/2019 09:29:12	Ligia Fahl Fonseca	Aceito
Orçamento	orcamento.doc	01/04/2019 10:32:14	Ligia Fahl Fonseca	Aceito
Cronograma	Cronograma.doc	01/04/2019 10:13:42	Ligia Fahl Fonseca	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: LABESC - Sala 14

Bairro: Campus Universitário

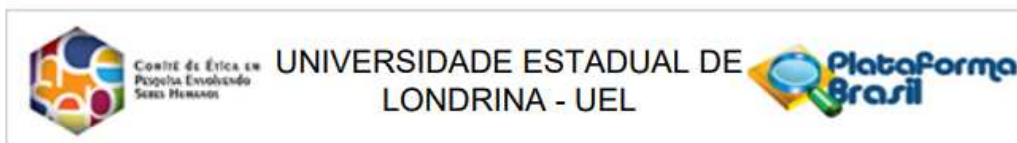
UF: PR

Município: LONDRINA

CEP: 86.057-970

Telefone: (43)3371-5455

E-mail: cep268@uel.br



Continuação do Parecer: 3.951.468

LONDRINA, 02 de Abril de 2020

Assinado por:
Adriana Lourenço Soares Russo
(Coordenador(a))

Endereço: LABESC - Sala 14

Bairro: Campus Universitário

UF: PR

Município: LONDRINA

Telefone: (43)3371-5455

CEP: 86.057-970

E-mail: cep268@uel.br