



UNIVERSIDADE  
ESTADUAL DE LONDRINA

---

ALINE KORKI ARRABAL GARCIA

**IMPLANTAÇÃO DO MODELO DE MANEJO DA SEDE NA  
UNIDADE DE QUEIMADOS:  
ESTUDO DE INTERVENÇÃO NORTEADO PELO  
KNOWLEDGE TRANSLATION**

ALINE KORKE ARRABAL GARCIA

**IMPLANTAÇÃO DO MODELO DE MANEJO DA SEDE NA  
UNIDADE DE QUEIMADOS:  
ESTUDO DE INTERVENÇÃO NORTEADO PELO  
KNOWLEDGE TRANSLATION**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual de Londrina

Orientadora: Profa. Dra. Lígia Fahl Fonseca

Londrina  
2021

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

G216 Garcia, Aline Korke Arrabal.  
Implantação do Modelo de Manejo da Sede na unidade de queimados: estudo de intervenção norteado pelo Knowledge Translation / Aline Korke Arrabal Garcia. - Londrina, 2021.  
202 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, 2021.  
Inclui bibliografia.

1. Sede pré-operatória - Tese. 2. Paciente queimado - Tese. 3. Paciente queimado cirúrgico - Tese. 4. Knowledge Translation - 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

ALINE KORKI ARRABAL GARCIA

**IMPLANTAÇÃO DO MODELO DE MANEJO DA SEDE NA  
UNIDADE DE QUEIMADOS:  
ESTUDO DE INTERVENÇÃO NORTEADO PELO  
KNOWLEDGE TRANSLATION**

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

**BANCA EXAMINADORA**

---

Orientadora: Profa. Dra. Lígia Fahl Fonseca  
Universidade Estadual de Londrina – UEL

---

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

---

Profa. Dra. Cibele Cristina Tramontini  
Universidade Estadual de Londrina – UEL

---

Profa. Dra. Lídia Aparecida Rossi  
Universidade de São Paulo (Ribeirão Preto) –  
USP

---

Profa. Dra. Thaíla Castral do Amaral  
Universidade Federal de Goiás – UFG

Londrina, 4 de outubro de 2021

## DEDICO ESSA TESE

A Deus, porque os planos Dele para a minha vida são muito maiores que os meus.

A minha família, que são minhas raízes, minha força, o colo quentinho que eu preciso para os momentos difíceis e a minha alegria para os momentos felizes. Vocês fazem tudo ser leve e possível. Amo vocês além dessa vida.

Aos pacientes queimados do Centro de Tratamento de Queimados do Hospital Universitário, que me fizeram valorizar ainda mais as pequenas conquistas e ressignificaram as palavras superação e resiliência.

## AGRADECIMENTOS ESPECIAIS

Aos meus pais Dora e Roberto, vocês me ensinaram o que era o certo e o errado, dando exemplos de retidão de caráter, força, generosidade, empatia, amor ao próximo e a ter fé em Deus. Me oportunizaram chegar até aqui, me ofertando estudo de qualidade e motivando a correr atrás dos meus sonhos. Sempre foram meu colo quentinho, meu abraço apertado, a representação do cuidado, minhas raízes para que eu pudesse voar, tendo a certeza que teria para onde voltar. Não tenho palavras para expressar a importância dos exemplos e ensinamentos que me transmitiram e transmitem. Como Deus foi bom quando me presenteou com vocês. É um privilégio ter vocês para chamar de mãe e pai. Amo-os incondicionalmente.

As minhas irmãs Ana e Fer, que são as melhores amigas que eu poderia ter. Vocês são minhas irmãs de sangue e de alma. Me ensinam todos os dias como é possível o nosso coração bater fora do peito. Vocês cuidam da caçulinha de vocês como se fossem mães, me conhecem mais do que eu mesma e vibram por cada conquista. Quero estar com vocês em minhas próximas e próximas vidas. Amo-as profundamente.

Ao Marcelo, meu noivo, amigo, confidente, parceiro de sonhos, companheiro para os bons e maus momentos e que sempre me incentiva a buscar minha realização pessoal e profissional. Sempre paciente, me acolhe e me ensina que depois de uma tormenta vem a calmaria. Você é o meu oposto e meu equilíbrio. Te amo.

Ao meu sobrinho Joca por ser a alegria e o barulho da família. Você reflete minha infância e a importância da curiosidade e inquietação com o desconhecido. Você brilha por onde passa pequeno, a titia te ama.

Ao meu avô Stéfano Korki (*in memoriam*) que me ensinou a importância do perdão ao próximo. Amo você, vovô Stevo.

Ao meu avô Dr. Luís Garcia Garcia (*in memoriam*) que sempre foi a base da família e agora em outro plano, ainda se faz presente em minha vida, deixando como ensinamento a importância do conhecimento científico, o valor da sabedoria, da empatia e do cuidado com seus pacientes. Sempre atencioso e generoso com todos a sua volta. Você é meu maior exemplo de vida. Amo você, vovô Babynho.

A minha avó Therezinha Vagetti Korki, que é meu exemplo de fé, de avó zelosa e força da família Korki. Estarei sempre amando e cuidando da senhora. Te amo Dona Thereza.

A minha avó Yolanda Arrabal Garcia, que sempre foi minha segunda mãe, marcando minha infância com muito carinho. Agradeço pelas tardes crochecendo picolés para que eu pudesse entregar aos profissionais e pacientes. Estarei sempre junto, amando e cuidando de você. Te amo vovó Landa.

Aos meus cunhados Daniel e Tiago, que são irmãos, se fazendo presentes, deixando os dias mais alegres e vibrando pelas minhas conquistas. Amo vocês.

Ao Grupo de Estudo e Pesquisa da Sede, que pertencço há 10 anos de quem sentirei saudades. A presença de cada um de vocês foi essencial em cada etapa da minha trajetória profissional. Agradeço especialmente a Lígia Fahl, Marília Conchon, Isadora Pierotti, Leonel Nascimento, Carla Brandão, Thammy Nakaya, Robertha Pickina, Renan Passetti, Roberto Bueno, Moisés Santos, Renata Arruda, entre tantos outros nomes. Vocês são ponto fora da curva.

A toda equipe do centro de tratamento de queimados e seus pacientes, mas em especial a Enfermeira Gestora Elisângela Flauzino e Dr. Reynaldo Kuwahara, por me acolherem com tanto carinho e colaborarem comigo em todos os momentos. Vocês são especiais.

A minha amiga Marília Ferrari Conchon que sempre foi um espelho para mim como profissional e pessoa, elevando a categoria da nossa profissão. Além de contribuir substancialmente para o desenvolvimento desta pesquisa, me apoiou incondicionalmente em cada obstáculo encontrado no caminho. É um privilégio te ter como amiga. Amo você.

A minha amiga Isadora Pierotti, que compartilhou angústias e superações ao longo dos nossos doutoramentos. Agradeço por ter você sempre perto, me ajudando a superar os desafios. Amo você.

A Evelin Pinhatti, que Deus me presenteou com sua amizade no mestrado e continuamos trilhando o caminho juntas na doutorado. Amo você minha amiga.

À UEL: a todos os docentes e trabalhadores que compartilharem seus conhecimentos e contribuíram com a minha formação. Carregarei sempre o orgulho em ser UEL!

As professoras Dr<sup>a</sup> Edilaine Giovanini Rossetto, Dr<sup>a</sup> Mauren Tereza Mendes Tacla, Dr<sup>a</sup> Sarah Hegetto, M<sup>a</sup> Gabriela Curan e M<sup>a</sup> Ligia Jung por disponibilizarem seu tempo e compartilharem seus conhecimentos sobre o arcabouço teórico escolhido para essa tese.

As professoras Dr<sup>a</sup> Edilaine Giovanini Rossetto, Dr<sup>a</sup> Cibele Tramontini, Dr<sup>a</sup> Lídia Aparecida Rossi, Dr<sup>a</sup> Thaíla Castral Amaral, Dr<sup>a</sup> Mauren Tereza Mendes Tacla e Dr<sup>a</sup> Rejane Kiyomi Furuya, por aceitarem contribuir com suas valiosas experiências.

A Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), que concedeu a bolsa de doutorado para que eu pudesse me dedicar exclusivamente para esta fase.

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPQ) por ter concedido um financiamento para esta pesquisa, possibilitando que mais estratégias fossem realizadas.

A minha incansável e generosa orientadora Lígia Fahl Fonseca. Há 10 anos Deus me presenteou colocando você no meu caminho. Você se mostrou mais que uma orientadora acadêmica. Você foi, é e sempre será a minha orientadora de vida. Agradeço por você ter estado comigo em momentos bons e ruins, sempre de mãos dadas. Agradeço por ser meu exemplo de competência

profissional, poucos tem esse privilégio. Você foi imprescindível em minha caminhada, me ensinando o valor da postura frente aos embates da vida. Aquela menininha que decidiu ser enfermeira com apenas treze anos, continua me inspirando todos os dias a ser uma profissional melhor e a não desistir da enfermagem. Você foi muito mais que uma orientadora. Amo você, Dona Lígia.

Esse texto fala muito sobre você.

"O Mestre na arte da vida faz pouca distinção entre o seu trabalho e o seu lazer, entre a sua mente e o seu corpo, entre a sua educação e a sua recreação, entre o seu amor e a sua religião. Ele dificilmente sabe distinguir um corpo do outro. Ele simplesmente persegue sua visão de excelência em tudo que faz, deixando para os outros a decisão de saber se está trabalhando ou se divertindo. Ele acha que está sempre fazendo as duas coisas simultaneamente."

Jacks Lawrence Pearsall, 1932.

*“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

GARCIA, Aline Korke Arrabal. **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.

## RESUMO

**Introdução:** O Modelo de Manejo da Sede perioperatória possibilita o tratamento desse desconforto em diferentes cenários cirúrgicos, incluindo o do paciente queimado. Incorporar esse cuidado de forma intencional, como um protocolo clínico, ainda é um desafio, pois a simples disseminação da evidência não faz com que ela seja aplicada. Dessa forma, o uso de intervenções baseado no Knowledge Translation norteia e instrumentaliza a incorporação da evidência científica na prática clínica.

**Objetivo:** Avaliar o uso de um arcabouço teórico baseado no *Knowledge Translation (KT)*, guiado pelo modelo conceitual *Integrated Promoting Action on Research Implementation in Health Services (i-PARIHS)* e operacionalizada pela intervenção *Evidence-Based Practice for Improving Quality (EPIQ)* em relação à adoção, cobertura, viabilidade, aceitabilidade e fidelidade do Modelo de Manejo da Sede pré-operatória em uma unidade de queimados.

**Método:** Quase-experimental de tempo série do tipo pré e pós-teste, sem grupo controle, norteado pelo referencial teórico *KT*, com uso do *i-PARIHS* como guia para implantação e operacionalizada pela intervenção *EPIQ*. Amostra foi constituída de 59 pacientes adultos e pediátricos hospitalizados na fase pré-implantação e 40 na pós-implantação, além de 36 profissionais de enfermagem. A coleta de dados ocorreu de agosto de 2019 a março de 2020 em uma unidade de queimados de um hospital universitário no sul do Brasil. As variáveis de resultado de implantação foram: adoção, fidelidade, cobertura, aceitabilidade e viabilidade do Modelo de Manejo da Sede pré-operatória em uma unidade de queimados. A implantação ocorreu em duas etapas preconizadas pela *EPIQ*: Preparação e Implantação e mudança, com sequência de passos pré-estabelecidos. Em cada parte do processo foram considerados os quatro elementos do *KT* (síntese de evidências, disseminação, troca, aplicação eticamente sólida do conhecimento) e os fatores que influenciam a implementação segundo o *i-PARIHS* (facilitação, inovação, destinatário e contexto). Para sua efetivação, quatro ciclos da ferramenta *PDSA* foram realizados. Considerando as barreiras e facilitadores identificados, utilizaram-se múltiplas estratégias combinadas de *Knowledge Translation*: cartazes, capacitações teóricas e práticas, individuais ou em grupo, vídeos, dinâmicas, músicas, desenvolvimento de logo para visibilidade da implantação, auditoria e *feedback*, protocolos clínicos didáticos e ilustrados, entre outros.

**Resultados:** Houve adoção da evidência pela equipe com variação de 0,0% de manejo da sede no momento pré-implantação, para 72,5% no pós-implantação, cobertura da capacitação da aplicação do modelo de manejo de 87,5% das enfermeiras e 87,9% dos técnicos de enfermagem. A evidência apresentou aceitabilidade e viabilidade pelos profissionais, e os ciclos de *PDSA* alcançaram as metas em três dos quatro pilares do Modelo, evidenciando fidelidade.

**Conclusão:** O arcabouço teórico sistematizou o caminho a ser percorrido, se mostrando adequado e inovador para a implantação do Modelo de Manejo da Sede pré-operatório na unidade de queimados. Espera-se que os resultados apresentados e discutidos

possam auxiliar futuras implantações do Modelo de Manejo da Sede em cenários distintos, com o intuito de embasar as práticas em evidências robustas

**Palavras-chave:** prática clínica baseada em evidências; sede; unidades de queimados; pesquisa médica translacional; melhoria de qualidade.

GARCIA, Aline Korke Arrabal. **Implementation of the Thirst Management Model in the burn unit:** an intervention study guided by Knowledge Translation. 2021. 202 p. Doctoral Dissertation (Graduate Program in Nursing) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2021.

## ABSTRACT

**Introduction:** The Perioperative Thirst Management Model allows the treatment of this discomfort in different surgical settings, including the burn patient's scenario. Incorporating this care intentionally, as a clinical protocol, is still a challenge, because the simple dissemination of evidence does not make it applied. Thus, the use of interventions based on Knowledge Translation enables the incorporation of scientific evidence into clinical practice. **Objective:** To evaluate the use of a theoretical framework based on Knowledge Translation, guided by the Integrated Promoting Action on Research Implementation in Health Services (i-PARIHS) conceptual model and operationalized by the Evidence-Based Practice for Improving Quality (EPIQ) intervention for the adoption, coverage, feasibility, acceptability, and fidelity of the Perioperative Thirst Management Model in a burn unit. **Method:** Quasi-experimental time series, pre and post-test, without control group, guided by the Knowledge Translation theoretical framework, using the Integrated Promoting Action on Research Implementation in Health Services as a guide for implementation and operationalized by the Evidence-Based Practice for Improving Quality intervention. The sample consisted of 59 adult and pediatric patients hospitalized in the pre-implantation phase and 40 in the post-implantation phase, besides 36 nursing professionals. Data collection occurred from August 2019 to March 2020 in a burn unit of a university hospital in southern Brazil. Implementation outcome variables were: adoption, coverage, acceptability, feasibility and fidelity of the Perioperative Thirst management Model in a burn unit. Implementation occurred in two stages recommended by EPIQ: Preparation and Implementation and change, with a sequence of pre-established steps. In each part of the process the four elements of KT were considered (synthesis of evidence, dissemination, exchange, ethically sound application of knowledge) and the factors that influence implementation according to i-PARIHS (facilitation, innovation, recipient and context). For its effectiveness, four cycles of the PDSA tool were carried out. Considering the identified barriers and facilitators, multiple combined strategies of Knowledge Translation were used: posters, theoretical and practical training, individual or in groups, videos, dynamics, music, development of a logo for visibility of the implementation, audit and feedback, didactic and illustrated clinical protocols, among others. **Results:** There was adoption of the evidence by the team with a variation from 0.0% of thirst management in the pre-implementation moment, to 72.5% in the post-implementation moment, training coverage of the application of the management model by 87.5% of nurses and 87.9% of nursing technicians. The evidence presented acceptability and feasibility by the professionals, and the PDSA cycles reached fidelity in achieving pre-established goals on three of the four pillars of the Model. **Conclusion:** The theoretical framework systematized the path to be followed, proving to be adequate and innovative for the implementation of the Perioperative Thirst Management Model in the burn unit. It is expected that the results presented and discussed may help future implementations of the Thirst Management Model in different scenarios, in order to uphold practices

based on robust evidence, keeping an intentional look to reduce the thirst of patients suffering with this discomfort.

**Key words:** evidence-based practice; thirst; burn units; translational medical research; quality improvement.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

<b>Figura 1</b>	–	Regra dos nove em crianças e adultos.....	35
<b>Figura 2</b>	–	Escala Verbal Numérica. ....	45
<b>Figura 3</b>	–	Escala de Faces. ....	45
<b>Figura 4</b>	–	Escala de Desconforto da Sede Perioperatória. ....	46
<b>Figura 5</b>	–	Protocolo de Segurança para o Manejo da Sede – PSMS .....	47
<b>Figura 6</b>	–	Protocolo de Segurança para o Manejo da Sede Pediátrica – PSMSP.....	48
<b>Figura 7</b>	–	Visão global das estratégias de implementação de evidência .....	65
<b>Figura 8</b>	–	O papel e o processo de facilitação.....	75
<b>Figura 9</b>	–	Modelo de ciclo rápido: questões fundamentais. ....	80
<b>Figura 10</b>	–	Modelo de ciclo rápido: <i>plan-do-study-act</i> . ....	81
<b>Figura 11</b>	–	Etapas de pesquisa para implantação do Modelo de Manejo da Sede pré-operatória na unidade de queimados.....	89
 <b>Artigo 2</b>			
<b>Figura 1</b>	–	Logo Projeto Paciente Sem Sede - PASS.....	115
<b>Figura 2</b>	–	Mosaico das artes relacionadas ao manejo da sede desenvolvidas para profissionais e pacientes.....	123
 <b>Artigo 3</b>			
<b>Figura 1</b>	–	Processo de coleta de dados e implantação do Modelo de Manejoda Sede na unidade de queimados .....	134
<b>Figura 2</b>	–	Fluxograma de participação dos pacientes queimados em pré- operatório nos momentos pré e pós-implantação .....	138

## LISTA DE TABELAS

### Artigo 3

- Tabela 1** – Variáveis demográficas e clínicas dos pacientes participantes da coleta de dados nos momentos pré e pós-implantação. Londrina, PR, Brasil, 2021 .....138
- Tabela 2** – Variação da utilização do Modelo de Manejo da Sede pré-operatório no paciente queimado nos momentos pré e pós-implantação – adoção da evidência. Londrina, PR, Brasil, 2021 .....139
- Tabela 3** – Caracterização dos profissionais capacitados durante a implantação do Modelo de Manejo da Sede na unidade de queimados. Londrina, PR, Brasil, 2021 .....139
- Tabela 4** – Aceitabilidade e viabilidade do Modelo de Manejo da Sede pré-operatória na unidade de queimados na perspectiva dos profissionais da enfermagem. Londrina, PR, Brasil, 2021 .....140

## LISTA DE QUADROS

<b>Quadro 1</b> – Resposta hemodinâmica à queimadura .....	37
<b>Quadro 2</b> – Mecanismos, vantagens, tempo de ação e desvantagens dos tipos de saciedade .....	50
 <b>Artigo 1</b>	
<b>Quadro 1</b> – Categorização das barreiras e facilitadores e estratégias de enfrentamento para os nós críticos identificados no grupo focal. Londrina, PR, Brasil,2019 (n=8) .....	99
 <b>Artigo 2</b>	
<b>Quadro 1</b> – Estratégias multifacetadas utilizadas durante o processo de implantação do Modelo de Manejo da Sede na unidade de queimados.....	119
 <b>Artigo 3</b>	
<b>Quadro 1</b> – Ciclos de PDSA (planejar, fazer, estudar, agir) realizados para fixação do conteúdo do Modelo de Manejo da Sede pré-operatória .....	135

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AAGBI	Association of Anaesthetists of Great Britain and Ireland	ACTH	Hormônio Adrenocorticotrópico
ASA	American Society of Anaesthesiologists		
APC	Aumento da Permeabilidade Capilar		
AVP	Arginina-vasopressina		
CPP	Conselho de Pesquisa Prática		
CTQ	Centro de Tratamento de Queimados	EBB PHASE	Fase de Refluxo ou Choque
EDESP	Escala de Desconforto da Sede Perioperatória	EF	Escala de Faces
EPIQ	Evidence-based Practice for Improving Quality/ Prática Baseada em Evidência para a Melhoria do Processo de Qualidade		
ESA	European Society of Anaesthesiology		
EVN	Escala Verbal Numérica		
GH	Hormônio do Crescimento		
GPS	Grupo de Pesquisa e Estudo da Sede		
i-PARIHS	Integrated Promoting Action on Research Implementation in Health Services		
KT	Knowledge Translation		
ML	Mililitro		
NNCG	Norwegian National Consensus Guideline		
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		
PDCA	Plan-Do-Check-Act		
PDSA	Plan- Do-Study-Act		
PGI2	Prostaciclina		
pH	Potencial Hidrogeniônico		
POI	Pós-operatório Imediato		
PSMS	Protocolo de Segurança do Manejo da Sede		
PSMSP	Protocolo de Segurança do Manejo da Sede Pediátrica		

SPSS	Statistical Package for Social Sciences
SRA	Sala de Recuperação Anestésica
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TRPM8	Transient Receptor Potential Melastatin 8
TSH	Hormônio Tiroestimulante
UEL	Universidade Estadual de Londrina

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA</b> .....	<b>22</b>
<b>2</b>	<b>PERGUNTAS DE PESQUISA</b> .....	<b>30</b>
<b>3</b>	<b>OBJETIVOS</b> .....	<b>32</b>
3.1	OBJETIVO GERAL.....	33
3.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	33
<b>4</b>	<b>FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA</b> .....	<b>34</b>
4.1	O PACIENTE QUEIMADO .....	35
4.1.1	Resposta Hemodinâmica À Queimadura .....	36
4.1.2	Reposição Volêmica À Queimadura .....	39
4.1.3	Resposta Metabólica À Queimadura .....	40
4.1.4	Jejum Pré-Anestésico No Paciente Queimado .....	42
4.2	MODELO DE MANEJO DA SEDE PRÉ-OPERATÓRIA .....	43
<b>5</b>	<b>REFERENCIAL TEÓRICO METODOLÓGICO</b> .....	<b>53</b>
5.1	PRÁTICA BASEADA EM EVIDÊNCIA .....	54
5.2	KNOWLEDGE TRANSLATION .....	57
5.2.1	Evidência no KT .....	60
5.2.2	Contexto/ Cenário no KT .....	60
5.2.3	Barreiras e Facilitadores no KT .....	62
5.2.4	Intervenções ou Estratégias no KT.....	63
5.2.5	Avaliação no KT .....	66
5.2.6	Sustentabilidade no KT .....	69
5.3	I-PARIHS - INTEGRATED PROMOTING ACTION ON RESEARCH IMPLEMENTATION IN HEALTH SERVICES / PROMOVENDO A AÇÃO INTEGRADA NA IMPLEMENTAÇÃO DA PESQUISA EM SERVIÇOS DE SAÚDE .....	70
5.3.1	Inovação (I).....	71
5.3.2	Destinatário (R) .....	72
5.3.3	Contexto (C) .....	72
5.3.4	Facilitação (F).....	72

5.4	EPIQ - EVIDENCE-BASED PRACTICE FOR IMPROVING QUALITY/ PRÁTICA BASEADA EM EVIDÊNCIA PARA A MELHORIA DO PROCESSO DE QUALIDADE) .....	76
5.5	PDSA.....	78
<b>6</b>	<b>MÉTODO</b> .....	<b>83</b>
6.1	TIPO DE ESTUDO .....	84
6.2	LOCAL DE ESTUDO .....	85
6.3	PARTICIPANTES DO ESTUDO.....	85
6.4	COLETA DE DADOS.....	86
6.5	DOCUMENTOS .....	89
6.6	INSTRUMENTOS.....	89
6.7	VARIÁVEIS DE RESULTADO DE IMPLANTAÇÃO.....	90
6.8	ANÁLISE DOS DADOS .....	91
6.9	ÉTICA EM PESQUISA .....	91
<b>7</b>	<b>RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	<b>92</b>
7.1	BARREIRAS E FACILITADORES NO MANEJO DA SEDE PRÉ-OPERATÓRIA DO PACIENTE QUEIMADO À LUZ DO KNOWLEDGE TRANSLATION .....	93
7.2	INTERVENÇÃO EVIDENCE-BASED PRACTICE FOR IMPROVING QUALITY NA IMPLANTAÇÃO DO MANEJO DA SEDE NO PACIENTE QUEIMADO CIRÚRGICO.....	110
7.3	IMPLANTAÇÃO DO MODELO DE MANEJO DA SEDE PRÉ-OPERATÓRIA NO QUEIMADO NORTEADO PELO KNOWLEDGE TRANSLATION.....	129
<b>8</b>	<b>CONCLUSÃO</b> .....	<b>151</b>
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>154</b>
	<b>APÊNDICES</b> .....	<b>168</b>
	APÊNDICE A – Termo de Confidencialidade e Sigilo.....	169
	APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (profissionais participantes do estudo).....	170

APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (pacientes participantes do estudo) .....	171
APÊNDICE D – Termo de Assentimento (pacientes crianças e adolescentes participantes do estudo).....	172
APÊNDICE E – Roteiro de caracterização dos profissionais.....	173
APÊNDICE F – Roteiro de coleta de dados da Implantação do Modelo de Manejo da Sede Perioperatória.....	174
APÊNDICE G – Roteiro de aceitabilidade e viabilidade do Modelo de Manejo da Sede pré-operatória na unidade de queimados na perspectiva do profissionais da enfermagem.....	177
APÊNDICE H – Ficha perioperatório modificada após inserção do Modelo de Manejo da Sede .....	178
APÊNDICE I – Checklist pré-cirúrgico.....	181
APÊNDICE J – Procedimento Operacional Padrão Modelo de Manejo da Sede Pré- operatória no adulto .....	182
APÊNDICE K – Procedimento Operacional Padrão Modelo de Manejo da Sede Pré- operatória na criança.....	186
APÊNDICE L – Protocolo Operacional Padrão Adulto Lúdico.....	190
APÊNDICE M – Logo do Projeto PASS (Paciente Sem Sede) .....	191
APÊNDICE N – Cartazes desenvolvidos para os profissionais. ....	192
APÊNDICE O – Cartazes desenvolvidos para os pacientes.....	193
<b>ANEXOS</b> .....	194
ANEXO A – Escala Verbal-Numérica (EVN) .....	195
ANEXO B – Escala de Faces (EF).....	196
ANEXO C – Protocolo de Segurança do Manejo da Sede (PSMS).....	197
ANEXO D – Protocolo de Segurança do Manejo da Sede Pediátrico (PSMSP).....	198
ANEXO E – Aprovação do comitê de ética e pesquisa .....	199

*"O começo de todas as ciências é o  
espanto de as coisas serem o que  
são".*

*Aristóteles*

# 1 INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

---

O paciente cirúrgico está exposto a uma confluência de fatores que podem desencadear sede intensa e estressante no período perioperatório. Destaca-se no pré-operatório o jejum absoluto por períodos excessivamente prolongados, a ansiedade e o medo devido à falta de conhecimento sobre o ato anestésico-cirúrgico, desencadeando reações hormonais com consequente diminuição da produção salivar e ressecamento da cavidade oral (AGUILAR-NASCIMENTO; PERRONE; PRADO, 2009; MEDEIROS; PENICHE, 2006).

A sede é um sintoma plurifacetado presente na prática clínica, mas frequentemente subvalorizada, despercebida pela equipe de saúde, embora sempre conste nos relatos dos indivíduos que a vivenciam de forma veemente (GARCIA et al., 2017a; GARCIA et al., 2017b; PAVANI; FONSECA; CONCHON, 2016; CAMPANA et al., 2015). Esta é retratada como uma experiência individual e subjetiva, exatamente por ser influenciada por múltiplos fatores (CONCHON et al., 2015; NASCIMENTO et al., 2021).

Pode ser definida pela ânsia em beber água e com frequência apresenta sinais e sintomas específicos como boca, lábios e garganta seca, língua e saliva grossa, falta de saliva, dificuldade de deglutição, gosto ruim na boca e vontade de beber água (MARTINS et al., 2017; GEBREMEDHN; NAGARATNAM, 2014; LANDSTRÖM; REHN, FRISMAN, 2009).

Esses sinais e sintomas vêm ao encontro dos achados de um estudo de análise de conceito sobre a sede perioperatória. O estudo traz boca seca, amarga e áspera, constante deglutição de saliva, lábios ressecados e esbranquiçados, língua e saliva grossa, halitose, cavidade oral friável, comportamento de busca de água, gosto ruim na boca, queimação na garganta e vontade de beber água como características definidoras (NASCIMENTO et al., 2021).

Culturalmente, o cuidado pré-operatório incluía a permanência do paciente em jejum absoluto por períodos de oito a 12 horas, como forma de prevenir o aumento do volume do conteúdo gástrico e consequente, risco de broncoaspiração. Essa prática era adotada quando as técnicas anestésicas ainda eram rudimentares. No entanto, vê-se atualmente que a premissa de jejum prolongado é infundada, podendo causar malefícios ao paciente (AGUILAR-NASCIMENTO; PERRONE; PRADO, 2009).

Considera-se que o volume da produção do suco gástrico normalmente é de  $0,6 \text{ ml.kg}^{-1}.\text{h}^{-1}$ , mas pode chegar até a  $500 \text{ ml.kg}^{-1}.\text{h}^{-1}$  com o jejum

e a fome. Observa-se a diminuição do pH gástrico com o jejum prolongado no pré-operatório. Além disso, a ansiedade estimula a produção do ácido clorídrico, o que explica o aumento do volume e acidez gástrica após o jejum delongado (MORO, 2004).

No entanto, se o paciente receber líquidos duas a três horas antes da cirurgia, ocorrerá a diluição das secreções ácidas e diminuição da produção gástrica, alcalinizando o pH, reduzindo os níveis de ansiedade e fome. Verificou-se também que a redução do volume gástrico nesses pacientes ocorre devido a estimulação da motilidade gastrointestinal, causada pela entrada de líquido frio ou pela distensão física do estômago (MORO, 2004).

O jejum pré-operatório prolongado tem sido questionado por diversas sociedades como a *American Society of Anaesthesiologists (ASA)*, *Norwegian National Consensus Guideline (NNCG)*, *Association of Anaesthetists of Great Britain and Ireland (AAGBI)* e a *European Society of Anaesthesiology (ESA)*. Sendo assim, as associações elaboraram guidelines, como o *Perioperative fasting in adults and children: guidelines from de European Society of Anaesthesiology*, criado pela ESA, que auxilia o manejo do jejum pré-operatório e as principais recomendações para se evitar complicações nesse período. Este guia prático recomenda a ingestão de líquidos claros (água, chá, café e sucos sem polpa, todos sem álcool e com pouco açúcar), para todas as idades, em pacientes saudáveis e que não tenham maior risco de aspiração, duas horas ou mais antes da operação (SMITH et al., 2011; ASA, 2017).

Apesar destas evidências científicas robustas, a adesão a estes protocolos pelas instituições de saúde é diminuta (FRANCISCO; BATISTA; PENA, 2015; GUNAWARDHANA, 2012; ASA, 2017), aumentando de forma exponencial os desconfortos sentidos pelos pacientes cirúrgicos (SILVA; ARONI; FONSECA, 2016; CAMPANA et al., 2015).

Estudo identificou que no pré-operatório, o paciente em jejum desenvolve mecanismos para lidar com a sede, como ingerir mais água do que o necessário para deglutir comprimidos, bochechos com água, e até mesmo burlar a vigilância ingerindo líquido às escondidas (SILVA; FONSECA; ARONI, 2016).

A conduta da equipe por sua vez, é reforçar insistentemente a impossibilidade de ingestão de qualquer quantidade de líquidos, não havendo adesão de protocolos para reduzir a sede neste período (GARCIA et al., 2017a; PAVANI; FONSECA; CONCHON, 2016). Dessa forma, o jejum prolongado e a própria sede no

paciente cirúrgico, se configuram como um mecanismo de elevação do estresse já instalado (CONCHON et al., 2015).

No paciente cirúrgico geral em POI, a sede tem sido relatada como um sintoma de alta frequência, intensidade, complexidade e está diretamente ligado ao estado de desconforto do paciente em sua experiência cirúrgica (PIEROTTI et al., 2018; NASCIMENTO et al., 2019; NASCIMENTO et al., 2021). É motivadora de sofrimento, estresse, sentimentos de morte (GOIS et al., 2012; SILVA; ARONI, FONSECA, 2016), acometendo pacientes de todas as faixas etárias (CONCHON et al., 2015; CAMPANA et al., 2015; CONCHON; FONSECA; GALVÃO, 2021), submetidos aos mais diversos procedimentos anestésico cirúrgicos (CONCHON; FONSECA, 2018; DESSOTTE et al., 2016; PIEROTTI et al., 2018).

No paciente cirúrgico queimado, todos esses fatores se agravam. Isso ocorre, porque além dos fatores descritos acima, aos quais um paciente cirúrgico comum é submetido, o trauma térmico ativa a liberação de histamina, provocando aumento da permeabilidade capilar, que por sua vez, permite a passagem do filtrado plasmático para o interstício dos tecidos afetados. Isso provoca importante edema e consequentemente, severa hipovolemia (LIMA JUNIOR; NOVAES; PICCOLO, 2008).

Outro ponto a ser considerado, é que o gerenciamento de lesões por queimadura pode incluir múltiplas intervenções, cada uma das quais requerendo um período de jejum pré-anestésico. Ainda que haja escassez de investigação sobre o impacto do jejum no bem-estar em pacientes com queimaduras, há evidências de que esses pacientes fiquem por longos períodos em jejum (CORK et al., 2019; TOGO; LOPES, 2020). Isso tende a minar as estratégias para fornecer alimentação correta ao paciente queimado durante esse período (WINCKWORTH et al., 2015).

Portanto, existe grande chance do paciente queimado vivenciar impacto negativo em seu bem-estar, semelhante ao do paciente de cirurgia geral eletiva com tempo de jejum acima do recomendado (CORK et al., 2019; TOGO; LOPES, 2020). Dentre os desconfortos que o paciente cirúrgico experimenta durante o período de jejum estão a fome, mal-estar, ansiedade, náuseas e principalmente a sede (CORK et al., 2019; PIEROTTI et al., 2018).

Embora a sede seja um desconforto de alta relevância identificado na prática clínica dessa população, não se encontram pesquisas científicas sobre essa temática no paciente queimado, evidenciando a lacuna na literatura (TOGO; LOPES, 2020).

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

A motivação para buscar e consumir água surge da integração e transferência desses sinais para locais específicos do cérebro, e sua conversão a decisões e ações por meio de mecanismos que ainda não são totalmente compreendidos (ARMSTRONG; KAVOURAS, 2019).

Uma vez que as alterações osmóticas são detectadas por núcleos específicos na lâmina terminal, a sensação premente de busca por água será deflagrada, visando alcançar o equilíbrio hidroeletrólítico e à saciedade (ARMSTRONG; KAVOURAS, 2019).

Fisiologicamente existem dois tipos de saciedade da sede: pré e pós-absortiva. A saciedade pós-absortiva ocorre após a completa absorção dos líquidos ingeridos, até que ocorra o equilíbrio hidroeletrólítico. E apresenta redução da sede dentro de 12,5 a 25 minutos após o início da ingestão hídrica, sendo necessário grande volume para alcançar esse efeito (ECCLES et al., 2013; VERBALIS, 2003; LEIPER, 2005).

Já a saciedade pré-absortiva é relacionada aos mecanismos antecipatórios, tais como a ativação dos receptores térmicos e osmolares orofaríngeos, assim como estímulos de presença de líquido na cavidade oral e a deglutição. A diminuição da sede se dá dentro de 2,5 a 5 minutos após o início do consumo de líquidos. Estes mecanismos antecipatórios inibem a liberação do hormônio arginina-vasopressina (AVP) que é um dos principais envolvidos no equilíbrio hidroeletrólítico (VERBALIS, 2003; SAKER et al., 2014; LEIPER, 2005; ECCLES, 2013; ZIMMERMAM et al., 2016; NAKAYA et al., 2021).

Estratégias que atuam em mecanismos antecipatórios e na saciedade pré-absortiva se apresentam como solução alternativa para o paciente com restrição hídrica, devido ao jejum pré-anestésico (NAKAYA et al., 2021). Dessa forma, pequeno volume de líquido é suficiente para que o indivíduo atinja a saciedade pré-absortiva, aliviando seu desconforto, sem a necessidade de correção plasmática da osmolaridade (NAKAYA et al., 2021).

Um dos mecanismos antecipatórios se dá por meio da ativação dos termorreceptores orofaríngeos denominados *Transient Receptor Potential Melastatin 8* (TRPM8). Estes são ativados por substâncias mentoladas e temperatura fria que acionam vias neurais aferentes projetadas até o córtex somatossensorial, orbitofrontal e sistema límbico, gerando 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 et al., 2020; ARONI; NASCIMENTO; FONSECA, 2012; CONCHON; FONSECA, 2018; CHO; KIM; PARK, 2010; GARCIA et al., 2016; GARCIA et al., 2018; GARCIA et al., 2019; MOON; LEE; JEONG, 2015; NAKAYA et al., 2021; SERATO et al., 2019; YOON; MIN, 2011).

Diante desse contexto, na última década a sede perioperatória tem sido objeto de inquietação de enfermeiros pesquisadores. A partir da necessidade encontrada na prática perioperatória de aliviar a sede de pacientes cirúrgicos de forma segura foi criado o Grupo de Estudo e Pesquisa da Sede (GPS) na Universidade Estadual de Londrina (UEL).

Baseado em estudos encontrados na literatura e particularmente pela observação e experiência clínica com pacientes cirúrgicos que experienciam sede, o GPS desenvolveu o Modelo de Manejo da Sede (MMS) Perioperatória, que visa trazer evidências científicas de forma sistemática e prática. O modelo pode ser aplicado tanto no período pré quanto no POI. É integrado por quatro pilares, sendo eles a identificação da sede, mensuração, avaliação da segurança para o manejo e aplicação de estratégias de alívio (NASCIMENTO et al., 2020). Esse modelo será detalhado em um capítulo específico.

Considerando os recentes avanços científicos sobre a temática sede pré-operatória, reconhece-se cada vez mais que a simples divulgação dos resultados de pesquisas não implicam em sua utilização na prática junto aos pacientes. Nessa vertente, a Organização Mundial de Saúde (OMS) chama a atenção para a necessidade de "traduzir o conhecimento em ação para melhorar a saúde pública, fazendo a ponte entre o que é conhecido e o que é realmente feito" (WHO, 2005).

Neste sentido, o referencial teórico *Knowledge Translation (KT)* desenvolvido no Canadá, enfatiza modelos de articulação e intercâmbio entre a produção de evidências científicas e as práticas assistenciais (OLSON;

OUDSHOORN, 2019).

O *KT* parte da premissa que existe uma lacuna entre as evidências científicas e as práticas de saúde, e há um intenso movimento na pesquisa científica internacional direcionado ao estudo da transposição desta lacuna – a chamada ciência da implementação. Esta envolve a investigação e a intervenção sobre os principais nós críticos que impedem a implementação eficaz das intervenções cientificamente comprovadas para impacto na saúde pública por meio da identificação, compreensão e superação de barreiras (OLSON; OUDSHOORN, 2019; STURKE et al., 2014).

Partindo desses pressupostos, a pergunta de pesquisa deste estudo foi: a implantação do Modelo de Manejo da Sede pré-operatória sustentada pelo arcabouço teórico referencial Knowledge Translation, associado ao modelo *Integrated Promoting Action on Research Implementation in Health Services* (i-PARIHS) e intervenção *Evidence-Based Practice for Improving Quality* (EPIQ) apresenta adoção, cobertura, aceitabilidade, viabilidade e fidelidade na unidade de queimados?

Justifica-se a realização deste estudo devido ao MMS pré-operatória possibilitar o tratamento desse sintoma no paciente queimado, podendo melhorar a experiência cirúrgica dessa população, que apresenta intenso sofrimento devido a diversos fatores como a dor intensa e frequente pela queimadura, ansiedade devido ao desconhecido e pela autoimagem, distanciamento familiar, necessidade de múltiplos procedimentos anestésicos cirúrgicos com períodos prolongados de jejum, entre outros. No entanto, incorporar esse cuidado de forma intencional como um protocolo clínico, é ainda desafiador. A simples disseminação do conhecimento e capacitação de profissionais para o uso da evidência científica, não faz com que ela seja incorporada na prática clínica. Isso resulta em um cuidado baseado em evidências desatualizadas, perpetuando mitos e dogmas sobre o tratamento da sede no paciente cirúrgico. Considerando esses fatores, o uso de um arcabouço teórico para tradução e intercâmbio do conhecimento para a prática clínica potencializa a utilização dos avanços no manejo da sede, para que o paciente possa receber um tratamento efetivo, seguro e humano.

Dessa forma, o objetivo geral deste estudo foi avaliar o uso de um arcabouço teórico baseado no *Knowledge Translation (KT)*, guiado pelo modelo conceitual *Integrated Promoting Action on Research Implementation in Health Services* (i-PARIHS) e operacionalizada pela intervenção *Evidence-Based Practice for Improving Quality* (EPIQ) em relação à adoção, cobertura, viabilidade, aceitabilidade

e fidelidade do Modelo de Manejo da Sede pré-operatória em uma unidade de queimados.

2 PERGUNTAS DE PESQUISA

---

✓ A implantação do Modelo de Manejo da Sede pré-operatória sustentada pelo arcabouço teórico referencial Knowledge Translation associado ao modelo i-PARIHS e intervenção EPIQ apresenta adoção, cobertura, aceitabilidade, viabilidade e fidelidade na unidade de queimados?

3 OBJETIVOS

---

### 3.1 OBJETIVO GERAL

✓ Avaliar o uso de um arcabouço teórico baseado no *Knowledge Translation (KT)*, guiado pelo modelo conceitual *Integrated Promoting Action on Research Implementation in Health Services (i-PARIHS)* e operacionalizada pela intervenção *Evidence-Based Practice for Improving Quality (EPIQ)* em relação à adoção, cobertura, viabilidade, aceitabilidade e fidelidade do Modelo de Manejo da Sede pré-operatória em uma unidade de queimados.

### 3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

✓ Descrever e analisar as etapas percorridas para a elaboração e implantação do manejo da sede no pré-operatório do paciente queimado, fundamentado nos modelos *Knowledge Translation*, *Integrated Promoting Action on Research Implementation in Health Services (i-PARIHS)* e *Evidence-Based Practice for Improving Quality (EPIQ)*.

✓ Explorar a perspectiva dos profissionais de saúde sobre barreiras e facilitadores e as estratégias de enfrentamento para a implantação do Modelo de Manejo da Sede no pré-operatório do paciente queimado.

✓ Avaliar a adoção, cobertura, aceitabilidade, viabilidade e fidelidade da implantação do Modelo de Manejo da Sede no pré-operatório na unidade de queimados.

✓ Refletir sobre a utilização da estratégia *Evidence-based Practice for Improving Quality* durante um processo de implantação de evidência científica na prática.

## 4 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

---

#### 4.1 O PACIENTE QUEIMADO

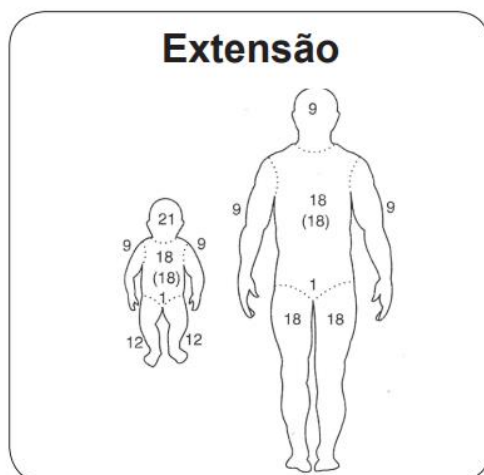
A assistência ao paciente queimado é complexa, intensiva e especializada. Isso ocorre devido as alterações que pode apresentar pelas repercussões do trauma a queimadura. Entre elas estão a hemodinâmica, metabólica, psicológica e a necessidade de múltiplas intervenções anestésicas-cirúrgicas. Todas essas alterações impactam sobre a prevalência, intensidade e desconforto causados pela sede.

As queimaduras são um problema mundial e podem ser definidas como uma injúria da pele ou de outros tecidos, causadas por aquecimento ou devido à radiação, radioatividade, eletricidade, fricção ou contato com produtos químicos (WHO, 2018).

Estima-se que no Brasil acontecem em torno de 1.000.000 de incidentes por queimaduras ao ano, sendo que 100.000 pacientes buscarão atendimento hospitalar e, destes, cerca de 2.500 pacientes irão a óbito direta ou indiretamente em função de suas lesões (BRASIL, 2017).

Para a classificação da queimadura, é necessário considerar a extensão da superfície corpórea queimada (SCQ), calculada em porcentagem da SCQ, profundidade da queimadura (primeiro, segundo ou terceiro grau) e idade do paciente. O cálculo da SCQ pode ser feito por meio da Regra dos Nove de Wallace, na qual considera a soma aritmética das áreas queimadas (Figura 1) (BRASIL, 2012).

**Figura 1** – Regra dos nove em crianças e adultos.



Fonte: GOMES, Dino R.; SERRA, Maria Cristina; PELLON, Marco A. Tratado de Queimaduras: um guia prático. São José, SC: Revinter, 1997

Para superfícies corporais de pouca extensão ou que atinjam apenas partes dos segmentos corporais, utiliza-se para o cálculo da área queimada o tamanho da palma da mão (incluindo os dedos) do paciente, o que é tido como o equivalente a 1% da SCQ. A avaliação da extensão da queimadura, em conjunto com a profundidade, a eventual lesão inalatória, o politrauma e outros fatores determinarão a gravidade do paciente (BRASIL, 2012).

Considerando a extensão da queimadura, podemos classificar o paciente em pequeno, médio e grande queimado. Um paciente pequeno ou leve queimado, apresenta uma extensão menor de 10% da superfície corporal atingida. O médio queimado apresenta 10 a 20%, enquanto o grande queimado, a superfície corporal queimada alcança mais de 20% (BRASIL, 2012).

O paciente vítima de queimaduras requer uma abordagem de tratamento multidisciplinar. Queimados maiores constituem grandes desafios tanto para o paciente, como para os membros da equipe que cuidam das vítimas de queimaduras. Isso se deve a suas sequelas indeléveis e a grande chance de morte (CANTINHO; SANTOS; SILVA, 2004).

O impacto na economia, sobre o trabalho e na própria vítima é grande, sendo que somente 37% dos pacientes voltarão ao mesmo trabalho e esta porcentagem sofre uma influência muito forte da área total queimada (YAO et al., 1995). Podemos identificar que a duração das alterações fisiopatológicas, magnitude e incidência são proporcionais à extensão da área queimada e repercussões hemodinâmicas (BRUNNER; SUDDARTH, 2019).

O grande queimado é considerado um paciente de alta complexidade, necessitando no primeiro momento de atenção à instabilidade hemodinâmica. Isso ocorre como resultado da perda da integridade capilar e subsequente deslocamento de líquidos, eletrólitos e proteínas do espaço intravascular para o intersticial, desencadeando instabilidade no sistema cardiovascular, pulmonar e outros mecanismos (BRUNNER; SUDDARTH, 2019).

#### 4.1.1 Resposta Hemodinâmica à Queimadura

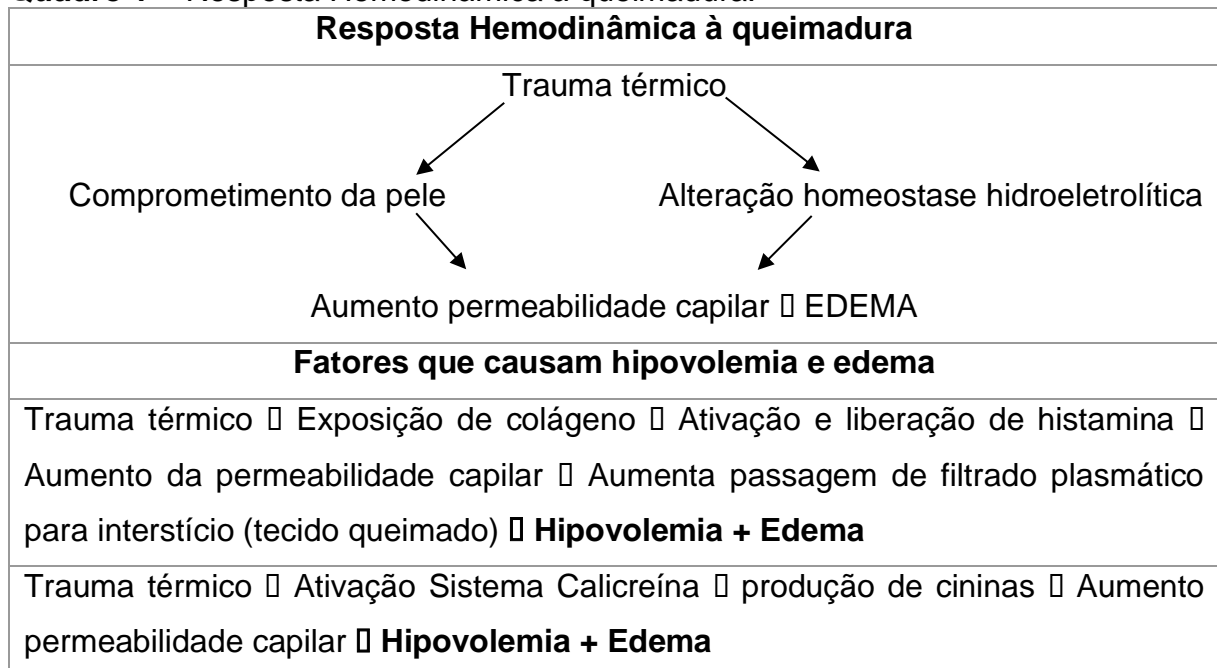
As queimaduras comprometem a integridade funcional da pele, quebrando a homeostase hidroeletrolítica e alterando o controle da temperatura interna, da flexibilidade e lubrificação da superfície corporal. O comprometimento da pele ocorre em virtude da extensão e profundidade das lesões (ROCHA, 2009).

Ocorrem eventos fisiopatológicos nas queimaduras: o aumento da permeabilidade e, conseqüentemente, o edema (ROCHA, 2009). Com o trauma térmico há exposição do colágeno no tecido afetado, acarretando ativação e liberação de histamina pelos mastócitos. Esta histamina desencadeia aumento da permeabilidade capilar (APC), que, por sua vez, permite a passagem de um filtrado plasmático para o interstício dos tecidos afetados. Isso provoca importante edema tecidual e significativa hipovolemia (LIMA JUNIOR; NOVAES; PICCOLO, 2008; ROCHA, 2009).

O sistema calicreína quando ativado produz cininas que colaboram mais ainda para o APC, isso agrava o edema tecidual e a hipovolemia. As cininas e a exposição do colágeno ativam o sistema fosfolipase-ácido araquidônico, liberando prostaglandinas e, dentre estas, está a prostaciclina (PGI<sub>2</sub>), que aumenta ainda mais a permeabilidade capilar (LIMA JUNIOR; NOVAES; PICCOLO, 2008).

Outra via ativada é a da tromboxana que, junto da plasmina e trombina circulante provoca um depósito nas paredes desses capilares. Esse depósito ocasiona aumento da pressão hidrostática de até 250%, o que contribui para o edema tecidual (LIMA JUNIOR; NOVAES; PICCOLO, 2008). Essas alterações estão representadas graficamente no quadro 1.

**Quadro 1 – Resposta Hemodinâmica à queimadura.**



Trauma térmico □ Cininas + exposição colágeno □ Ativa Sistema fosfolipase - ácido araquidônico □ Liberação prostaglandina + prostaciclina □ Aumento permeabilidade capilar □ <b>Hipovolemia + Edema</b>
---

Trauma térmico □ Tromboxano + plasmina + trombina circulante □ Aumento pressão hidrostática □ <b>Edema</b>
--

Fonte: Elaborado pela autora (2021).

Fazendo uma analogia: é como se os bombeiros do organismo ligassem suas mangueiras, inundando os tecidos, na tentativa de apagar o incêndio, provocando dessa forma, uma tremenda inundação dos compartimentos afetados (LIMA JUNIOR; NOVAES; PICCOLO, 2008).

Os capilares normais não permitem a passagem de uma simples molécula de albumina, com peso molecular de 60.000. No entanto, após o trauma térmico, a passagem de moléculas chega até 250.000. Este aumento é passageiro, durando em média 18 a 24 horas. Tem seu início alguns minutos após a queimadura, atingindo o pico máximo em oito horas e regredindo progressivamente até voltar ao normal (LIMA JUNIOR; NOVAES; PICCOLO, 2008).

No tecido normal, os poros capilares permitem a passagem das soluções cristaloides em ambos os sentidos, contribuindo para o perfeito equilíbrio com o interstício tecidual. Estes poros não permitem a passagem das soluções coloides, cujo peso molecular ultrapassa o diâmetro dos poros capilares (LIMA JUNIOR; NOVAES; PICCOLO, 2008).

No entanto, quando há o aumento da permeabilidade capilar decorrente da queimadura os poros também ficam aumentados. Isso permite a passagem não só das soluções cristaloides, mas também das soluções coloides. Conseqüentemente, há importante edema dos tecidos afetados, e a passagem dos coloides ainda acarreta um aumento da pressão colóide osmótica destes tecidos, agravando a retenção hídrica (LIMA JUNIOR; NOVAES; PICCOLO, 2008).

Após a metabolização das substâncias desencadeadoras do APC, o que ocorre em torno de 18 a 24 horas, o poro capilar retorna ao seu diâmetro original, aprisionando todo este colóide na área queimada e sustentando o edema tecidual (LIMA JUNIOR; NOVAES; PICCOLO, 2008).

Posterior a queimadura, sobrevém contração do compartimento intravascular e depleção das reservas energéticas, culminando com acidose

metabólica, evoluindo rapidamente para o choque hipovolêmico (LIMA JUNIOR; NOVAES; PICCOLO, 2008).

Na criança o aumento da permeabilidade capilar regride espontaneamente e progressivamente até 24 horas da injúria, tendo seu pico com três a seis horas de trauma, podendo durar até sete dias. Entre uma e três horas da queimadura, ocorre fuga significativa de fluidos plasmáticos para o interstício, proporcional a superfície corporal queimada (LIMA JUNIOR; NOVAES; PICCOLO, 2008).

O extravasamento de líquido para o espaço extracelular pode levar à diminuição de 50-70% de volume plasmático nas primeiras cinco horas do trauma em pacientes com mais de 40% de superfície corporal queimada. Essa fuga de líquido para o espaço intersticial leva a hipovolemia, aumento da resistência periférica e à diminuição da pré carga que, junto com o fator depressor do miocárdio, ocasionam diminuição do débito cardíaco, o qual se normaliza após 12 a 36 horas do trauma térmico. O sucesso da ressuscitação do queimado está em antecipar e prevenir o choque hipovolêmico (LIMA JUNIOR; NOVAES; PICCOLO, 2008).

#### 4.1.2 Reposição Volêmica à Queimadura

O paciente grande queimado, de forma bastante rápida, desenvolve graves alterações hemodinâmicas, portanto deve ser imediatamente iniciado sua terapêutica. O aumento da permeabilidade capilar promove uma inundação nos tecidos queimados, provocada pela fuga maciça de um filtrado plasmático. De maneira direta, há uma diminuição do volume circulante e, conseqüentemente, elevação do hematócrito à valores entre 45 e 55% nesta fase inicial. Além disso, ocorre aumento da viscosidade sanguínea e da resistência vascular periférica (LIMA JUNIOR; NOVAES; PICCOLO, 2008).

A passagem desse filtrado plasmático, rico em proteínas através dos poros capilares aumentados, provoca uma redução importante da pressão coloidosmótica plasmática e nova fuga de líquidos dos vasos do interstício dos tecidos não-queimados, resultando em hipovolemia severa (LIMA JUNIOR; NOVAES; PICCOLO, 2008).

O *burn shock* é simplesmente um grave choque hipovolêmico que se instala de forma rápida. Classicamente utiliza-se a infusão de ringer lactato ou soro fisiológico nas primeira 24 horas após o acidente, nos pacientes com queimaduras

acima de 20% e na maioria das crianças pequenas com lesões acima de 10% (LIMA JUNIOR; NOVAES; PICCOLO, 2008).

O choque hipovolêmico pode ser agravado nos dias subsequentes. Isso decorre da perda contínua de água através da superfície queimada. Essa perda pode atingir um volume de 120ml/m<sup>2</sup>/h e permanece enquanto não se completa a cicatrização (ROCHA, 2009).

A intensidade dessa perda está diretamente relacionada a profundidade da lesão e temperatura ambiente. Isso quer dizer que quanto maior a profundidade e a temperatura ambiente, maior a perda hídrica. Portanto, torna-se complexa a quantificação das perdas insensíveis, sendo de suma importância a monitorização do volume urinário para que a programação da hidratação diária seja realizada corretamente (ROCHA, 2009).

Dessa forma, infunde-se uma solução de ringer lactato no intuito de manter o paciente com um débito urinário entre 30 a 50ml/h. É esperado que um grande queimado precise de 10,12 ou até 16 litros nas primeiras 24 horas depois do acidente, para uma adequada ressuscitação. Nas primeiras 24 horas são utilizadas apenas soluções cristaloides, pois é o tempo necessário para normalizar a permeabilidade capilar. Após esse período, podemos iniciar a infusão de solução colóide (albumina) com o intuito de corrigir a pressão coloidosmótica no plasma, e resgatar todo o excesso de cristaloides remanescentes no interstício do tecido queimado e não queimado (LIMA JUNIOR; NOVAES; PICCOLO, 2008).

#### 4.1.3 Resposta Metabólica à Queimadura

A resposta metabólica a injúria ocorre pelo eixo hipotalâmico-hipofisário, com liberação de agentes como interleucinas, prostaglandinas, fator de necrose tumoral e leucotrienos (mediadores vasoativos) (LIMA JUNIOR; NOVAES; PICCOLO, 2008).

A fase inicial da lesão, dita fase de EBB PHASE - fase de “refluxo ou choque”, caracteriza-se pelo hipometabolismo, com redução do débito cardíaco, consumo de oxigênio e taxa metabólica basal. Ocorre imediatamente após a injúria, com a liberação dos hormônios catabólicos e dos mediadores vasoativos (LIMA JUNIOR; NOVAES; PICCOLO, 2008).

Em um período de 48-72 horas, a fase de refluxo cede lugar a fase de “fluxo ou hipermetabolismo”, aumentando a necessidade de substratos que precisam

ser obtidos do próprio paciente. Identifica-se nesta fase um catabolismo acentuado ou “autocanibalismo”, o que deverá ser tratado por meio do fornecimento de suporte nutricional adequado (LIMA JUNIOR; NOVAES; PICCOLO, 2008).

A resposta hipotalâmico-hipofisária caracteriza-se por uma descarga neuro-hormonal na qual os principais hormônios envolvidos são: AVP, hormônio do crescimento (GH), adrenocorticotrópico (ACTH) e, possivelmente, tireoestimulante (TSH). Enquanto a elevação de TSH e AVP pode ser transitória, o efeito fundamental da lesão térmica é representado por uma elevação acentuada e permanente do cortisol, GH, catecolaminas e glucagon (LIMA JUNIOR; NOVAES; PICCOLO, 2008; PRINS, 2009).

Durante os estágios iniciais, a secreção de insulina parece ser inibida ou estar diminuída em virtude da predominância dos efeitos alfa-adrenérgicos da adrenalina sobre seus efeitos beta adrenérgicos. O dispêndio calórico e o catabolismo proteico são maiores nas queimaduras do que em qualquer outro estresse fisiológico. Este dispêndio energético pode ser duas vezes superior ao valor normal previsto para o gasto em repouso, para apoiar a cicatrização das feridas, a circulação hiperdinâmica, o impulso respiratório e o fluxo proteico (LIMA JUNIOR; NOVAES; PICCOLO, 2008).

O estímulo primário para este hipermetabolismo continua obscuro, porém as catecolaminas constituem um “fator-chave”. Na vigência de um acentuado predomínio dos hormônios catabólicos, os substratos energéticos são mobilizados com ritmo duas a três vezes acima do normal (LIMA JUNIOR; NOVAES; PICCOLO, 2008).

O estoque de glicose sob a forma de glicogênio é rapidamente consumido, uma vez que o tecido de granulação depende predominantemente da glicose anaeróbica, como principal fonte de energia. O glicogênio hepático e muscular são consumidos em poucos dias após a lesão, havendo necessidade de um mecanismo para síntese de nova glicose (LIMA JUNIOR; NOVAES; PICCOLO, 2008).

Uma das alterações metabólicas fundamentais é o aumento no fornecimento de precursores glicogênicos, incluindo aminoácidos através do catabolismo proteico. Este é bastante acentuado nas primeiras semanas de evolução, com balanço nitrogenado negativo perdurando até a terceira semana em média, nas grandes queimaduras. Não há ganho efetivo de peso, até a cobertura de grande parte das lesões (LIMA JUNIOR; NOVAES; PICCOLO, 2008).

O tecido adiposo também é mobilizado, mediante a lipólise de triglicerídeos. Os ácidos graxos livres produzidos são úteis na gliconeogênese, a despeito da hiperglicemia persistente da hiperinsulinemia, que limita em parte a utilização deste substrato na produção de energia (LIMA JUNIOR; NOVAES; PICCOLO, 2008).

Assim, os objetivos do apoio nutricional no paciente com lesão térmica contribuem para minimizar as perdas proteicas durante estágios iniciais da lesão, assim como em ampliar a síntese de tecido magro durante o período convalescente. Sua provisão deve ser considerada uma das prioridades no tratamento do queimado (LIMA JUNIOR; NOVAES; PICCOLO, 2008).

#### 4.1.4 Jejum pré-anestésico no Paciente Queimado

O paciente queimado durante todo seu tratamento, em virtude da complexidade de seus cuidados, passará por diversos procedimentos nos quais serão necessários anestesia e/ou sedação. Dessa forma, o jejum pré-anestésico observado em repetidos eventos cirúrgicos, é inevitável (GIULIANI; MCARTHUR; GREENWOOD, 2015).

A gravidade desse quadro foi apontada por meta-análise com pacientes gravemente enfermos por queimaduras que apresentaram uma perda média de mais de 50% das calorias prescritas diariamente, quando são submetidos ao período de jejum pré-anestésico. Isso pode contribuir para piores desfechos clínicos (PHAM et al., 2020).

Estudo sobre a redução do período de jejum perioperatório em pacientes queimados, afirmou que os que jejuaram por duas horas antes da cirurgia receberam 28% das calorias diárias prescritas. Em contraposição, aquele que jejuaram por oito horas receberam apenas 6% das calorias diárias prescritas (PHAM et al., 2018). A prática clínica nos mostra que os pacientes queimados de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) que aguardam um procedimento anestésico-cirúrgico ficam em jejum por até 14 horas antes do reinício da dieta, e perdem até 50% das calorias diárias prescritas (PHAM et al., 2018).

Não é possível atribuir a causa dos desfechos clínicos ruins apenas às perdas nutricionais (RIMDEIKA et al., 2006). A literatura sugere que pacientes com queimaduras e subalimentados podem sofrer um impacto negativo, como por exemplo o aumento do tempo de internação hospitalar, risco elevado de infecção, perda de

massa muscular, aumento da mortalidade, retardo na cicatrização de feridas, tempo prolongado de ventilação (CORK et al., 2019; RIMDEIKA et al., 2006). Se o suporte adequado de nutrição a esse paciente não for iniciado precocemente, a subnutrição pode chegar a um nível letal em apenas três a quatro semanas (CORK et al., 2019).

Isso, porque pacientes com queimaduras extensas desenvolvem hipermetabolismo severo que excede o de qualquer outro tipo de trauma, além do aumento da taxa metabólica ser proporcional ao tamanho da queimadura. Dessa forma, pacientes com áreas de queimaduras mais extensas são candidatos a maior número de procedimentos anestésicos-cirúrgicos, ao mesmo tempo que necessitam de aporte calórico mais substancial (LIMA JUNIOR; NOVAES; PICCOLO, 2008). Criase um impasse entre os períodos frequentes de jejum necessário aos procedimentos anestésicos-cirúrgicos e as necessidades nutricionais.

Embora haja escassez de pesquisa sobre o impacto do jejum no bem-estar em pacientes com queimaduras, a prática clínica evidencia que esses pacientes jejuam por longos períodos. Dessa forma, experimentarão um impacto negativo no bem-estar, semelhante aos pacientes de cirurgias eletivas que permanecem em jejum por períodos prolongados. Estes pacientes, portanto, experimentam desconfortos como mal-estar, ansiedade, náuseas, fome e, particularmente, sede (CORK et al., 2019).

#### 4.2 Modelo de Manejo da Sede Pré-operatória

O MMS reúne evidências dentro de um formato de fácil aplicabilidade clínica que visa minorar a sede de pacientes hospitalizados que sofrem com esse sintoma. Pode ser aplicado em qualquer paciente cirúrgico que não esteja intubado ou traqueostomizado, incluindo o queimado, tanto no período pré-operatório, quanto no POI. O que difere são apenas as estratégias, que podem ser aplicadas em cada período (NASCIMENTO et al., 2020).

Este modelo de tratamento da sede já foi implantado em salas de recuperação anestésica e enfermarias cirúrgicas para pacientes em período pré-operatório. No entanto, essas implantações não foram embasadas pelo arcabouço teórico escolhido para a implantação neste estudo, seguindo o método tradicional de treinamento. O primeiro setor a receber o manejo da sede foi a sala de recuperação anestésica do Hospital Universitário de Londrina (GARCIA et al., 2015). Essa primeira implantação ocorreu ainda de forma segmentada, devido a construção do MMS ter

sido desenvolvida aos poucos, por pesquisadores acadêmicos e sua publicação oficial ter se dado em 2020 (NASCIMENTO et al., 2020).

Entretanto, há 8 anos, na experiência clínica diuturna com pacientes em recuperação anestésica, foi possível observar a redução da intensidade e desconforto da sede, além das repercussões positivas por meio dos relatos de pacientes (adultos e pediátricos) e equipe multiprofissional, que atuam no cuidado direto em sala de recuperação anestésica (SOBECC, 2021).

Não se identificou estudos relacionados com a implantação do manejo da sede na realidade do paciente queimado, no cenário mundial. Este fato justifica a realização desta pesquisa e reforça seu ineditismo.

O MMS é composto por quatro pilares: identificação, mensuração, avaliação da segurança e oferta de estratégia para minorar a sede (NASCIMENTO et al., 2020).

Na identificação da sede é preciso considerar alguns pontos importantes. O primeiro deles é o fato de que o paciente cirúrgico apresenta alto risco de sentir sede intensa. Isso se dá devido fatores como o jejum pré-anestésico, a fisiopatologia da queimadura, sangramento, uso de opioides e anticolinérgicos, ansiedade, entre outros que predispõem à sede (NASCIMENTO et al., 2020; PIEROTTI et al., 2018).

Outro ponto a ser considerado na identificação da sede, é que nem todos os pacientes que a vivenciam a verbalizam de forma espontânea. Isso ocorre parcialmente devido a confiança do paciente na equipe de que se aquele desconforto pudesse ser minorado, eles o fariam. Além disso, identifica-se entre os pacientes e equipe o mito de que a sede é um preço a ser pago para que o paciente passe pelo procedimento de forma segura (GARCIA et al., 2017b).

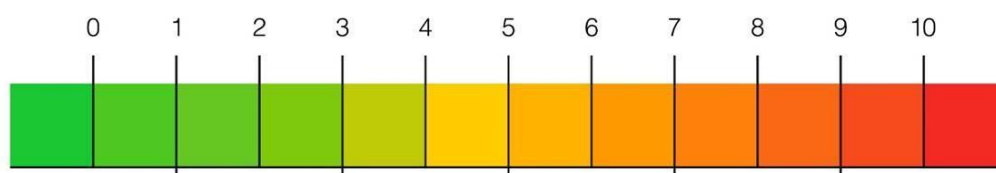
Considerando esses fatores, para que ocorra a identificação da sede, é necessário que se pergunte diretamente à única autoridade sobre o sintoma, o paciente, se ele está sentindo sede (NASCIMENTO et al., 2020). Adicionalmente, deve-se buscar sinais periféricos da sede, como por exemplo, a boca e garganta seca, lábios ressecados, língua e saliva grossa, gosto ruim na boca (NASCIMENTO et al., 2021; MARTINS et al., 2017).

O segundo pilar do MMS é a mensuração. A sede pode ser mensurada por imagens cerebrais, avaliação da osmolaridade sanguínea, níveis de AVP, entre outros hormônios. No entanto, essas maneiras apresentam baixa

aplicabilidade clínica para essa finalidade, por terem um alto custo associado (NASCIMENTO et al., 2020).

Todavia, a sede é um sintoma subjetivo, podendo ser avaliada por meio da percepção do indivíduo por apresentar correlação positiva com a osmolaridade sanguínea. Dessa forma, para avaliarmos a intensidade da sede do paciente cirúrgico, utiliza-se escalas, como por exemplo: Escala Verbal-Numérica (EVN) (GRIES et al., 2018) para adultos (**Figura 2**) e Escala de Faces (EF) (CLARO, 1993) para crianças (**Figura 3**).

**Figura 2 – Escala Verbal-Numérica**



Fonte: Google

**Figura 3 – Escala de Faces**



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.

As escalas utilizadas para avaliar a intensidade da sede são as mesmas utilizadas para avaliar a dor. A EVN apresenta variação de zero a dez, sendo que zero significa sem sede e dez a pior sede que o paciente já sentiu. Já a EF apresenta cinco faces diferentes, sendo que a primeira face significa sem sede e a última face, sede insuportável.

No entanto, a intensidade não é o único construto a ser medido no sintoma sede. O desconforto da sede também pode ser mensurado, e para que isso fosse possível, foi desenvolvida e validada uma Escala de Desconforto da Sede Perioperatória (EDESP) (**Figura 4**). Esta escala é composta por sete atributos e sua pontuação final varia de zero a 14 pontos (MARTINS et al., 2017).

**Figura 4 – Escala de Desconforto da Sede Perioperatória – EDESP.**

	Nada incomodado(a)	Um pouco incomodado(a)	Muito incomodado(a)
<b>Minha boca está seca</b>	0	1	2
<b>Meus lábios estão ressecados</b>	0	1	2
<b>Minha língua está grossa</b>	0	1	2
<b>Minha saliva está grossa</b>	0	1	2
<b>Minha garganta está seca</b>	0	1	2
<b>Sinto um gosto ruim na boca</b>	0	1	2
<b>Tenho vontade de beber água</b>	0	1	2

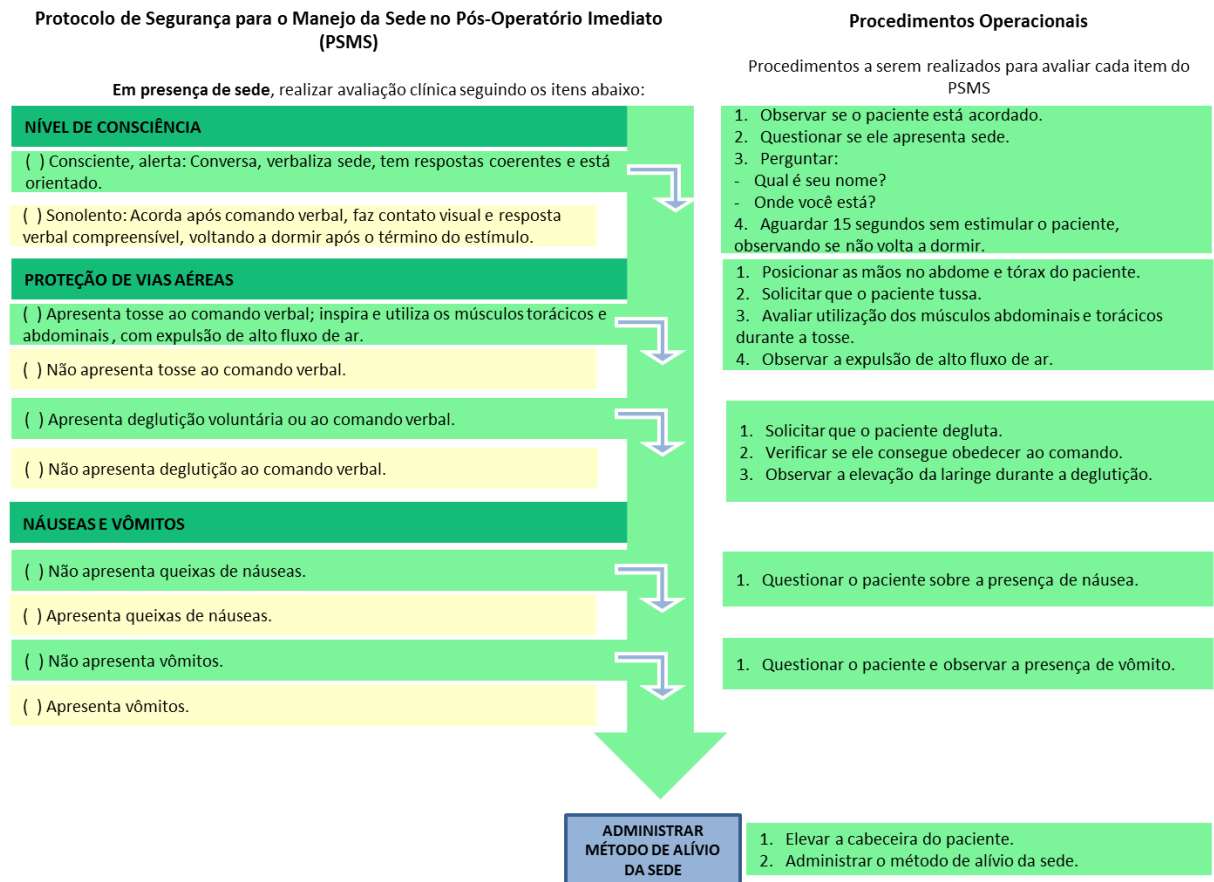
Fonte: MARTINS, P. R. et al. Developing and validating the Perioperative Thirst Discomfort Scale. Revista da Escola de Enfermagem da USP, v. 51, n. 0, 2017.

Durante um processo de implantação do MMS, os profissionais atuantes na instituição em questão puderam escolher se implantariam a mensuração apenas da intensidade da sede ou incluiriam a EDESP (MARTINS et al., 2017). Na implantação objeto deste estudo, a equipe optou por implantar apenas a intensidade da sede do paciente cirúrgico queimado.

Poder aliviar a sede do paciente ofertando uma estratégia de alívio exige que seja avaliado alguns critérios que garantam a segurança do paciente para evitar eventos adversos respiratórios. Devido este fato, o terceiro pilar do MMS se dá pela aplicação de protocolos que avaliam se o paciente está apto para receber a estratégia de alívio (NASCIMENTO et al., 2020).

Para isso, foi desenvolvido e validado o Protocolo de Segurança para o Manejo da Sede (PSMS) (**Figura 5**) (NASCIMENTO et al., 2014; NASCIMENTO et al., 2018) e o Protocolo de Segurança para o Manejo da Sede Pediátrica (PSMSP) (**Figura 6**) (PIEROTTI et al., 2020). Quando os protocolos foram desenvolvidos, o objetivo era sua utilização no pós-operatório imediato. No entanto, com a experiência da prática foi verificada sua aplicabilidade também no período pré-operatório.

**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. J PeriAnesthesia Nurs. 2018;33(4).

**Figura 6 - Protocolo de Segurança para o Manejo da Sede Pediátrico - 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><b>NÍVEL DE CONSCIÊNCIA</b></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> <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>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Observar se a criança está alerta, de olhos abertos.</li> <li>2. Perguntar à criança: Qual é seu nome? Qual a sua idade?</li> <li>3. Perguntar se tem sede e qual a sua intensidade, utilizando a escala de faces.</li> <li>4. Aguardar 60 segundos sem estimular a criança e observar se volta a dormir.</li> <li>5. Perguntar ao responsável: - Você acha que ele(a) está bem acordado(a)?</li> </ol>
<p><b>MOVIMENTAÇÃO</b></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"> <li>1. Solicitar à criança que movimente os membros superiores e inferiores.</li> <li>2. Observar se ela é capaz de manter a cabeça firme e alinhada ao tronco.</li> </ol>
<p><b>PROTEÇÃO DE VIAS AÉREAS</b></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"> <li>1. Colocar as mãos no abdome e no tórax da criança.</li> <li>2. Solicitar à criança que tussa forte.</li> <li>3. Solicitar à criança que engula.</li> <li>4. Posicionar o dedo indicador e médio sobre o hioide e cartilagem tireóidea para verificar a elevação laíngea durante a deglutição.</li> <li>5. Verificar se há extravasamento anormal de saliva pela boca.</li> </ol>
<p><b>PADRÃO RESPIRATÓRIO</b></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"> <li>1. Observar e anotar a frequência respiratória da criança.</li> <li>2. Verificar se há esforço respiratório.</li> </ol>
<p><b>NÁUSEA E VÔMITO</b></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"> <li>1. Perguntar e verificar se a criança está enjoada, com vontade de vomitar.</li> <li>2. Observar se há presença de vômito.</li> </ol>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Elevar a cabeceira da cama da criança, ou colocá-la sentada no leito ou colo do responsável.</li> <li>2. Administrar o método de alívio da sede.</li> </ol>	

Fonte: Pierotti I, Fonseca LF, Nascimento LA, Rossetto EG, Furuya RK. Elaboration, validation and reliability of the safety protocol for pediatric thirst management. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2020;28:e3321.

O PSMS avalia critérios como nível de consciência, presença de tosse e deglutição efetiva e ausência de náusea e vômito (NASCIMENTO et al., 2018). Já o PSMSP além dos mesmos critérios do adulto, incorpora a avaliação da movimentação intencional de membros e padrão respiratório. O protocolo da criança foi desenvolvido para a faixa etária entre três a 12 anos e foi validado para ser aplicado apenas por enfermeiros, enquanto o protocolo do adulto pode ser realizado por técnicos e enfermeiros (PIEROTTI et al., 2018).

Esses protocolos foram desenvolvidos em formato de fluxograma, no qual o paciente só passa para o próximo critério depois de ter sido aprovado no item anterior. Para que receba uma estratégia de alívio, precisa estar apto em todos os critérios, seguindo a sequência estabelecida (NASCIMENTO et al., 2018; PIEROTTI et al., 2018).

O quarto e último pilar é a oferta de uma estratégia de alívio da sede. Para reduzir a sede pré-operatória, o GPS avaliou duas estratégias (NASCIMENTO et al., 2020). O desafio desse pilar foi desenvolver estratégias seguras e efetivas para reduzir a sede nesse período. Para tanto, é necessário que se compreenda a fisiologia da saciedade pré e pós-absortiva da sede.

A saciedade pré-absortiva está relacionada aos mecanismos antecipatórios e inclui a ativação de receptores orofaríngeos (mecanorreceptores, osmoreceptores, quimiorreceptores e termorreceptores) estimulados pela presença da baixa temperatura ou substâncias mentoladas na cavidade oral (ECCLES et al., 2013; NASCIMENTO et al., 2020; ZIMMERMAN et al., 2016). Esses estímulos inibem a liberação da AVP, 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; NASCIMENTO et al., 2020; ZIMMERMAN et al., 2016). A saciedade pré-absortiva inicia-se dentro de 2 a 5 minutos após os estímulos (VERBALIS, 2003).

Já o mecanismo da sede pós-absortiva ocorre após a correção inicial de déficits osmolares e o restabelecimento de equilíbrio hidroeletrólítico. Requer volumes maiores e inicia-se de 12 a 25 minutos após a ingestão (ECCLES et al., 2013; NASCIMENTO et al., 2020; VERBALIS, 2003).

**Quadro 2** – Mecanismos, vantagens, tempo de ação e desvantagens dos tipos de saciedade.

	Saciedade pré-absortiva	Saciedade pós-absortiva
<b>Mecanismos</b>	Mecanismos antecipatórios: ativação de receptores orofaríngeos (mecano, osmo, quimio e termorreceptores) estimulados pelo frio ou mentol na cavidade oral.	Correção inicial de déficits osmolares e o restabelecimento de equilíbrio hidroeletrólítico.
<b>Vantagens</b>	- Estímulos inibem a liberação da vasopressina e angiotensina II – hormônios responsáveis pela sede. - Pequeno volume de líquido. - Rápido início da saciedade.	- Saciedade perdura por maior tempo.
<b>Tempo de início</b>	2 a 5 minutos após o estímulos	12 a 25 minutos após a ingestão.
<b>Desvantagem</b>	Tempo menor de sensação de saciedade.	- Necessário maiores volumes de líquido – risco ao paciente. - Início demorado da saciedade.

Fonte: Elaborado pela autoria (2021)

Dessa forma, o foco de atuação para reduzir a sede do paciente cirúrgico em período pré-anestésico é a saciedade pré-absortiva. Isso se dá pelo fato dela reduzir a sede rapidamente e com baixo volume. Sua importância está quando se observa que na prática clínica os pacientes permanecem por longos períodos de jejum com restrição hídrica absoluta, devido ao temor de eventos adversos respiratórios, como a broncoaspiração.

Portanto, os enfermeiros devem considerar a utilização de estratégias que ofereçam baixo volume de líquido, mas que ativem a saciedade pré-absortiva. Para que isso aconteça, é necessário associar esse baixo volume com a temperatura fria ou substância mentolada.

Isso pode ser alcançado por meio da estimulação de termorreceptores, denominados TRPM8, que estão presentes na cavidade orofaríngea (MCKEMY; NEUHAUSSER; JULIUS, 2002). São estimulados pela baixa temperatura ou substâncias mentoladas, que ativam vias neurais aferentes que se projetam para as áreas somatossensorial, orbitofrontal e córtex cingulado, gerando sensações de aliestesia e saciedade (ECCLES et al., 2013; MCKEMY; NEUHAUSSER; JULIUS, 2002; SAKER et al., 2014; ZIMMERMAN et al., 2016).

Estas ações fazem com que o frio e o mentol sejam alternativas efetivas para reduzir a sede. Dessa forma, pesquisadores do GPS estudaram diferentes métodos para desencadear mecanismos antecipatórios. E são essas estratégias que compõem o último pilar do MMS.

O primeiro estudo realizado no período pré-operatório foi um ensaio clínico randômico no qual comparou o uso da goma de mascar mentolada por 10 minutos com a manutenção do jejum (cuidado usual). O paciente recebeu a goma três horas antes da cirurgia, respeitando o período de duas horas de jejum absoluto após a estratégia (GARCIA et al., 2019).

Os pacientes que receberam a goma, puderam mastigá-la em ritmo natural e deglutir toda saliva produzida. Os resultados da pesquisa apontaram que a goma de mascar mentolada foi efetiva ( $p < 0,0001$ ) para reduzir tanto a intensidade quanto o desconforto da sede pré-operatório (GARCIA et al., 2019).

A goma de mascar mentolada se mostra efetiva por alguns fatores: presença do mentol em sua composição que ativa os termorreceptores presentes na cavidade orofaríngea e reduz secreção de AVP, conforme explicado acima. Presença do edulcorante xilitol, que tem ação endotérmica e quando em contato com a saliva, potencializa o efeito refrescante do mentol. Estimulação mecânica e química das glândulas salivares pelo movimento da mastigação e presença de um aromatizante, que neste caso, foi o mentol. Isso faz com que aumente o volume salivar, umidificando a cavidade oral e aumentando a deglutição, o que faz com que também reduza a secreção de AVP. Todos esses fatores se somam, ofertando ao paciente o alívio ou redução da intensidade e desconforto da sede (GARCIA et al., 2019).

No entanto, o uso da goma de mascar no período pré-anestésico ainda enfrenta barreiras. Muitos procedimentos já foram atrasados ou suspensos pelo uso da goma pelo paciente. Isso porque acreditam que mascar chicletes aumenta o risco do indivíduo broncoaspirar.

Todavia, revisão sistemática com meta-análise aponta que a goma de mascar aumenta o volume gástrico, no entanto, este aumento não é significativo para o risco de broncoaspiração. Além disso, esse aumento do volume gástrico atua na diluição do suco gástrico, deixando seu pH mais alcalino – fator de proteção para o risco de broncoaspiração (OUANES et al., 2015).

Para esta pesquisa, a goma de mascar mentolada não foi a estratégia de escolha para ser ofertada ao paciente. Isso se deu pelo fato da estratégia gerar um custo, que a instituição hospitalar não pode absorver nesse momento.

O segundo ensaio clínico randomizado no pré-operatório comparou um picolé mentolado de 30 ml com a manutenção do jejum (cuidado usual) para a redução da intensidade e desconforto da sede três horas antes do procedimento anestésico. Os resultados apontaram que houve redução significativa ( $p > 0,001$ ) para intensidade e desconforto da sede com o uso do picolé mentolado (ARONI et al., 2020).

O efeito positivo do picolé mentolado se dá pelo fato da estratégia utilizar a baixa temperatura e a substância mentolada. Isso faz com que mecanismos antecipatórios da saciedade pré-absortiva da sede sejam ativados (ARONI et al., 2020; NASCIMENTO et al., 2020).

A última estratégia que pode ser utilizada nesse período é o hidratante labial com ou sem mentol (GARCIA et al., 2018). Este pode ser usado em conjunto com a goma de mascar ou o picolé. Além de poder ser ofertado ao paciente em caso de reprovação no PSMS ou PSMSP, no pilar segurança.

Estudo que avaliou a agradabilidade do hidratante labial mentolado descreve que essa estratégia apresenta sabor gostoso, com intensidade de mentol agradável e hidratação dos lábios muito eficaz (GARCIA et al., 2018).

No entanto, na implantação do MMS no paciente queimado, foi escolhido utilizar o hidratante labial sem mentol, pelo fato de muitos pacientes apresentarem queimadura de face, o que em contato com substância mentolado pode causar desconforto.

Na população queimada, não se encontram estudos semelhantes. Entretanto, a prática clínica reforça esses achados e aponta para o agravamento da sede devido a fisiopatologia da queimadura e os sucessivos períodos de jejum devido aos múltiplos procedimentos aos quais essa população precisará ser submetida.

## 5 REFERENCIAL TEÓRICO METODOLÓGICO

---

## 5.1 PRÁTICA BASEADA EM EVIDÊNCIA

Vivencia-se uma era onde a tradução de evidências científicas em ações é imprescindível para a prestação de uma assistência com o maior nível de qualidade possível. Atualmente, a prática baseada em evidência (PBE) é uma forte vertente na área da saúde de países desenvolvidos, regendo a pesquisa, o ensino e a prática de cuidados (DANSKI et al., 2017). Dentre as iniciativas que impactaram o ensino, tem-se o exemplo da reformulação curricular dos cursos de graduação na Europa, tendo a PBE como uma das principais estratégias para a tomada de decisão, com vistas à formação de profissionais capazes de implementar esta prática (DANSKI et al., 2017).

A PBE é uma abordagem que possibilita a melhoria da qualidade da assistência à saúde. Esta envolve a definição de um problema, a busca e avaliação crítica das evidências disponíveis, a implementação das evidências na prática clínica e avaliação dos resultados obtidos. Pode ser definida como: “O uso consciente, explícito e sensato da teoria derivada da pesquisa na tomada de decisão sobre um cuidado individual ou em grupo de pacientes, considerando a necessidade e preferência individual” (INGERSOLL, 2000).

Entretanto, várias são as barreiras que dificultam esse processo, podendo ser divididas em individuais e organizacionais (SHIVNAN, 2011). As individuais são características próprias do profissional dentro do serviço, tais como a falta de conhecimento e habilidade. Já as organizacionais envolvem a administração, recursos, facilidades e a cultura do sistema (SHIVNAN, 2011).

A implementação da PBE na enfermagem é um processo difícil e desafiador, pois envolve a disseminação e a aplicação de um novo conhecimento científico à prática, bem como a avaliação deste conhecimento por todos os envolvidos (GALVÃO, SAWADA, 2003). Além disso, requer competências multifacetadas para integrar com sucesso as melhores evidências na prestação diária da assistência à saúde (SAUNDERS et al., 2019).

A implementação da PBE possibilita melhorar a qualidade do cuidado prestado pois, intensifica o julgamento clínico do profissional. Este deve saber como obter, interpretar e integrar as evidências oriundas de pesquisas com os dados do paciente e as observações clínicas (GALVÃO; SAWADA; MENDES, 2003).

Dessa forma, integra três pontos fundamentais: Melhor evidência; Habilidades clínicas; e Preferência do paciente (GALVÃO; SAWADA; MENDES, 2003; PEDROLO et al., 2009).

- Melhor Evidência – originada da pesquisa clínica, esta é focada no paciente com o objetivo de aprimorar as medidas diagnósticas, prognósticas, preventivas, de reabilitação e tratamento. Os achados das investigações clínicas substituem as condutas previamente aceitas por informações mais seguras, acuradas e eficazes. Dessa forma, os profissionais reconhecem a necessidade de evidências fortes e validadas (PEDROLO et al., 2009).

- Habilidade clínica – capacidade de usar conhecimentos clínicos e as experiências prévias na identificação do estado de saúde e diagnóstico, bem como os riscos individuais e os possíveis benefícios das intervenções propostas (PEDROLO et al., 2009).

- Preferência do paciente – considera valores, expectativas e preocupações para a prestação do cuidado. O profissional tem o papel de integrar o paciente em suas tomadas de decisões clínicas (PEDROLO et al., 2009).

As tomadas de decisões incluem o raciocínio clínico, exigindo a aplicação de pelo menos dois tipos de conhecimento – o explícito (evidência) e o tácito (saber acumulado). Um tipo de conhecimento não exclui o outro, dessa forma, a experiência clínica ou o conhecimento tácito reflete-se num julgamento diagnóstico eficiente (BROEIRO, 2015). 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).

Considerando o equilíbrio entre os dois saberes, para que haja uma mudança na prática, a evidência utilizada deve ser a mais robusta possível. Dessa forma, a sua seleção deve respeitar uma hierarquia (FINEOUT-OVERHOLT; STILLWELL, 2011):

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;

Nível 7 - Evidência obtida de autoridades e comitês de especialistas.

Apesar da disponibilidade de inúmeras evidências científicas e o fácil acesso a elas, existe ainda uma grande lacuna entre o “saber e o fazer”, na prática clínica. Essa lacuna, de acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), é um dos desafios mais complexos da saúde pública, pois, é necessário tornar o conhecimento disponível, contextualizado e realisticamente implementável (WHO, 2005).

Além disso, os profissionais da saúde são confrontados com um acúmulo rápido e volumoso de novas descobertas, tornando-se cada vez mais difícil seguir e integrar na prática esse conhecimento atual (HO et al., 2003).

Leva-se em média 17 anos para que uma pesquisa primária 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).

Há 30 anos se um profissional da saúde quisesse se manter atualizado, precisaria ler 17 artigos diariamente (STRAUS; TETROE; GRAHAM, 2009). Isso faz com que seja impossível para um profissional filtrar e determinar o que irá aplicar em sua prática. Como essas estatísticas mostram, existe uma grande lacuna entre a descoberta do conhecimento e a implementação na prática (OLSON; OUDSHOORN, 2019).

Dessa forma, a geração de novos conhecimentos não é a solução primária. Este conhecimento deve ser transferido para a linha de frente dos profissionais, de uma forma compreensível e utilizável (KAVANAGH et al., 2008).

A tradução e intercâmbio do conhecimento e a pesquisa/ciência de implementação é um campo emergente na ciência da saúde. Certamente não é uma nova ideia. O uso da pesquisa está na agenda da saúde faz bastante tempo, mas recebeu apenas maior notabilidade nas últimas duas décadas. É um campo de pesquisa com importância para todos os profissionais de saúde e com imensas implicações globais (WALLIN, 2009).

## 5.2 KNOWLEDGE TRANSLATION

Considerando a existência de uma lacuna entre a evidência científica e a prática clínica, é necessário a utilização de intervenções inovadoras para a transformação da realidade, pois essa atitude requer mudanças complexas de comportamento, cultura, valores, além da consideração de múltiplos fatores que podem facilitar ou dificultar sua implementação (GRAHAM et al., 2006; KITSON et al., 2008; RYCROFT-MALONE et al., 2002).

Estudiosos na temática afirmam que as metodologias verticais, como a simples disseminação do conhecimento no término de uma pesquisa ou simples capacitações, não garantem o uso do conhecimento primário pelos profissionais de saúde em sua prática (CIHR, 2016). Dessa forma, a implementação de intervenção na prática clínica deve ser orientada por modelos teóricos ou conceituais de "*Knowledge Translation*".

No presente estudo, optamos por traduzir o termo *Knowledge Translation* para a língua portuguesa como "tradução e intercâmbio do conhecimento" (VIEIRA; GASTALDO; HARRISON, 2020). No entanto, existem variados termos utilizados na literatura para se referir ao processo de aplicar o conhecimento na prática. Dentre eles: Knowledge Utilization, Knowledge Transfer, Evidence-based Practice and Innovation Diffusion, Implementation Research, Knowledge Translation (WALLIN, 2009).

O referencial teórico *KT* tem sido amplamente utilizado, enfatizando modelos de articulação e intercâmbio entre a produção de evidências científicas e as práticas assistenciais (LANDRY et al., 2006).

*KT* é uma intervenção dinâmica e interativa que tem por objetivo fazer do profissional o agente de mudança em seu processo de trabalho (STRAUS; TETROE; GRAHAM, 2009). Este profissional deve usar sua experiência e realidade local como componentes indispensáveis para a implementação de ações com elevada evidência científica (STEVENS et al., 2014 a/b).

Adicionalmente, a utilização do referencial teórico *KT* envolve o engajamento e integração daqueles que irão utilizar 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).

Segundo o *Canadian Institutes of Health Research* (CIHR, 2016), o *KT* conta com quatro pontos fundamentais: síntese, disseminação, troca e aplicação ética do conhecimento, detalhados a seguir.

➤ **Etapa de síntese:** há a contextualização e integração do maior corpo de conhecimento disponível sobre determinado tema (CIHR, 2012, 2016).

➤ **Etapa de disseminação:** cabe identificar o público adequado para receber tal conhecimento sintetizado, adaptar a mensagem e intermediá-la para o público (CIHR, 2012, 2016).

➤ **Etapa de troca:** ocorre resolução de problemas de forma colaborativa entre pesquisadores e as partes envolvidas na tomada de decisão, que podem ser gestores da área da saúde, profissionais da saúde ou o próprio paciente e seus familiares. É necessário o estabelecimento de ligação e intercâmbio entre ambos (pesquisadores e “usuários das evidências”), em um sistema de interações que pode 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, 2012, 2016).

➤ **Etapa de aplicação eticamente sólida do conhecimento:** objetiva-se nesta etapa aplicar o conhecimento para a melhoria da saúde de acordo com os princípios éticos, normas, valores sociais, legais e outros marcos regulatórios (CIHR, 2012, 2016).

Além desses quatro elementos essenciais, Lavis et al. (2003) elaboraram cinco questões que auxiliam o planejamento e processo de *KT* aos tomadores de decisões:

- 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?
- 5) Com que efeito o conhecimento de pesquisa deve ser transferido?

Considerando a questão, “**o que deve ser transferido**”, pleiteia-se que deva tratar-se de evidência científica robusta e concreta, e não resultados de estudos isolados. No entanto, se o estudo for de alta relevância e qualidade, deve ser considerado. Além disso, o processo de seleção da mensagem a ser transferida deve

considerar dois pontos. O primeiro é que nem todo conhecimento tem impacto, isto é, não tem aplicabilidade clínica para que os profissionais o incorporem, ou não apresentam resultados conclusivos. O segundo, é garantir que o ambiente esteja em condições adequadas para que a mensagem/conhecimento robusto seja apropriada para a tomada de decisão (LAVIS et al., 2003).

Quanto a questão “**a quem o conhecimento de pesquisa deve ser transferido**”, a mensagem selecionada deve considerar qual é o seu público-alvo e quais intervenções de *KT* que devem ser realizadas no ambiente. Mas para decidir qual será o público-alvo, três passos podem ser seguidos: o primeiro passo deve ser perguntar quem pode agir com base em conhecimento de pesquisa disponível; o segundo passo deve ser perguntar quem pode influenciar aqueles que podem agir; e o terceiro passo deve ser perguntando com qual (is) desses públicos-alvo podemos esperar mais sucesso e quais mensagens pertencem mais diretamente a cada um deles (LAVIS et al., 2003).

Já para a questão “**por quem o conhecimento deve ser transferido**”, esse mensageiro precisa ser apropriado para o público-alvo. A credibilidade é um fator imprescindível para o sucesso da tradução e intercâmbio do conhecimento, seja o mensageiro um indivíduo, grupo, organização. Quando o pesquisador tem habilidade e experiência para atuar como o mensageiro principal, sua credibilidade provavelmente o tornará o mensageiro ideal (LAVIS et al., 2003).

Em relação à “**como o conhecimento deve ser transferido**”, é necessário realizar o planejamento de todo o processo, garantindo, dessa forma, a melhor transferência do conhecimento científico (LAVIS et al., 2003). Para tanto, o referencial teórico *KT* deve nortear, tendo as barreiras e facilitadores como influenciadores na escolha das intervenções utilizadas durante todo o processo, para uma efetiva tradução e intercâmbio do conhecimento (GRIMSHAW et al., 2012). É preciso considerar que os processos passivos são ineficientes e que o engajamento interativo pode ser mais eficaz durante a disseminação do conhecimento (LAVIS et al., 2003).

Deve-se considerar a importância da identificação das barreiras para a tradução e intercâmbio do conhecimento. Para isso, deve ser levado em conta a gestão do conhecimento; barreiras estruturais, como a falta de incentivo; barreiras organizacionais, como habilidades, falta de instalação ou equipamentos; barreiras de grupo, como os padrões locais de cuidado; barreiras profissionais como atitude e

habilidades; barreiras de interação entre o profissional e o paciente, como a falha de comunicação e o processamento da informação (DAVIES; POWELL; RUSHMER, 2007).

Outro aspecto a ser considerado no planejamento da tradução e intercâmbio do conhecimento é a escolha da intervenção utilizada durante esse processo. Essa escolha deve ser pautada em sua eficácia e aplicabilidade para o público-alvo (GRIMSHAW et al., 2012).

A última questão é quanto ao **“efeito com que o conhecimento deve ser transferido”**. As medidas de avaliação de efeito devem ser adequadas ao público-alvo e o objetivo. Por exemplo, o pesquisador pode ter por objetivo a mudança de um comportamento, de acordo com a evidência disponível. Os formuladores de políticas públicas podem ter por objetivo promover o debate, já os profissionais de saúde podem objetivar a tomada de decisão (LAVIS et al., 2003).

Ao adotarmos o *KT* faz-se necessário nos aprofundarmos ainda mais a respeito deste referencial teórico. Dessa forma, precisamos considerar seis aspectos essenciais, os quais foram considerados para o desenvolvimento da presente pesquisa: evidência, contexto/cenário, barreiras e facilitadores, intervenções/estratégias de implementação, avaliação e sustentabilidade.

### **5.2.1 Evidência no *KT***

Devem ser considerados três elementos essenciais da evidência para o sucesso da tradução e intercâmbio do conhecimento: os resultados de pesquisas; a experiência clínica; e as preferências do paciente.

Reconhece-se assim, que são necessários diferentes tipos de evidências de pesquisa para responder a diferentes questões. Considera-se que a experiência clínica é o “saber-fazer”, que deve ser otimizado ao ser articulado criticamente com os resultados de pesquisas relevantes e com os valores e preferências dos pacientes (RYCROFT-MALONE, 2002).

### **5.2.2 Contexto/ Cenário no *KT***

As dificuldades de implementar evidências podem ser amplamente explicadas em termos de influências contextuais. Isso prova que uma intervenção funciona em um contexto, mas não necessariamente funcionará em outro contexto diferente.

Além disso, o *KT* é um processo que se desenrola com o tempo. Dessa forma, existem etapas que precisam ocorrer para que o *KT* seja totalmente realizado, como a criação de conhecimento (evidência) e a sintetização da evidência, que inclui a contextualização e integração do conhecimento (ENGBRETSSEN; SANDSET; ØDEMARK, 2017; OLSON; OUDSHOORN, 2019).

Contextualizar o conhecimento refere-se a considerar tanto o contexto em que a evidência é criada, quanto o contexto em que será aplicada. Por fim, garantir o conhecimento adequado para o contexto local é uma peça importante que ocorre durante todo o processo (ENGBRETSSEN; SANDSET; ØDEMARK, 2017; OLSON; OUDSHOORN, 2019).

No entanto, para que a implantação aconteça de forma efetiva, os profissionais de saúde devem ser receptivos à mudança, e se envolverem com o *KT*. Além disso, a própria unidade de saúde, que receberá a implantação deve estar aberta a mudar e precisa ter uma cultura que incentive a mudança (KHODDAM et al., 2014), pois, a evidência é inútil, a menos que o contexto seja receptivo e aberto a novas informações. Portanto, uma barreira para o *KT* é a não receptividade no ambiente, sendo esta, um atributo chave para um *KT* eficaz (ENGBRETSSEN; SANDSET; ØDEMARK, 2017; OLSON; OUDSHOORN, 2019)

Outros fatores a serem considerados no contexto são o econômico, social, político, fiscal, histórico ou mesmo o psicossocial (RYCROFT-MALONE, 2002). Além disso, se faz necessário reconhecer a necessidade de compreender os valores e crenças estabelecidas naquele local, pois sem esses fatores, a introdução e a sustentabilidade da mudança terão baixa probabilidade de sucesso (POLAND; KRUPA; McCALL, 2009).

Ressalta-se neste processo a importância da clareza dos papéis dos profissionais que atuam dentro daquele contexto, a valorização dos profissionais, avaliações de desempenho e o feedback da gestão (RYCROFT-MALONE, 2002).

Outro ponto essencial para o sucesso de uma implantação de evidências é analisar o cenário, para que consiga prever os nós críticos que irá enfrentar ao longo do caminho. Para isso, deve ser considerado o perfil dos profissionais que lá atuam, o que eles pensam da evidência a ser implantada, quais são as normas sociais e a cultura moral implícitas naquele contexto, suas hierarquias de poder, o ambiente físico, entre outras (POLAND; KRUPA; McCALL, 2009).

### 5.2.3 Barreiras e Facilitadores no KT

A razão pela qual muitas evidências científicas não estão inseridas na prática clínica, pode ser devido as inúmeras barreiras/resistências que são encontradas em diferentes níveis em um processo de implantação de novas práticas (BOSSE; BREUER; SPIES, 2006; DYSON et al., 2013; LÉGARÉ; ZHANG, 2013; WALLIN, 2009).

Uma abordagem defendida para aumentar o potencial de mudança bem-sucedida é a identificação de barreiras para mudar em determinado contexto, ou seja, "mapear o terreno" antes de se iniciar um projeto de implementação. Com base neste diagnóstico prévio, desenvolver o planejamento de estratégias de intervenção específicas para diminuir seu impacto (BOSSE; BREUER; SPIES, 2006; DYSON et al., 2013; LÉGARÉ; ZHANG, 2013; WALLIN, 2009).

No entanto, discute-se que, mesmo que sejam identificadas as barreiras, pouco se sabe como superá-las e quais intervenções são mais eficazes (BAKER et al., 2015).

Cada contexto oferece seu próprio conjunto de fatores que dificultam ou promovem a implementação de novos conhecimentos, e estas podem ser de cunho cultural, profissional, estrutural e financeiro. Podem ainda ser objetiva, como a falta de um equipamento específico, necessário para a implantação, ou subjetiva, como a descrença da equipe a determinada evidência (LÉGARÉ; ZHANG, 2013).

Deve ser ressaltado que a identificação de barreiras não tem o objetivo de desmotivar os pesquisadores e os agentes de mudança, mas sim guiar a escolha das melhores estratégias de implantação, fundamentadas no contexto alvo das ações. Se quisermos reduzir a resistência às alterações de atitudes, precisamos entender os fatores que contribuem para o problema, e dessa forma, combinar métodos, ferramentas e intervenções multifacetadas adaptadas às necessidades dos usuários das novas evidências (BOSSE; BREUER; SPIES, 2006).

Todavia, durante o mapeamento das barreiras, também são encontrados facilitadores para implantação de uma evidência científica. Entre esses, está o "indivíduo facilitador". Essa pessoa normalmente é externa à equipe de trabalho e tem por objetivo tornar mais simples a tradução e intercâmbio do conhecimento para a prática (KITSON; HARVEY; MCCORMACK, 1998). O facilitador frequentemente é um especialista na gestão de mudanças, sendo responsável por adaptar-se ao contexto local e incorporar auditorias, estabelecer metas a serem alcançadas e

estimular profissionais, para ajudar que a mudança aconteça (BASKERVILLE et al., 2012; KITSON; HARVEY; MCCORMACK, 1998).

Além disso, nesse processo de implantação, também nos deparamos com a figura do “líder de opinião”. Esta pessoa pertence à equipe de trabalho e é naturalmente capaz de influenciar as atitudes de seus pares, com um comportamento frequente e informal (KITSON; HARVEY; MCCORMACK, 1998).

Os líderes de opinião locais também podem funcionar como facilitadores, assim como facilitadores também podem ser líderes de opinião. A diferença entre os dois papéis parece ser que os facilitadores conscientemente utilizam uma série de habilidades interpessoais e de grupo para alcançar a mudança, enquanto líderes de opinião podem influenciar mais por causa do seu *status* no grupo e por sua competência técnica (KITSON; HARVEY; MCCORMACK, 1998).

A maioria das teorias na implementação de evidências nos cuidados de saúde enfatizam a importância de desenvolver um bom entendimento dos obstáculos ao desenvolvimento de uma intervenção eficaz. Um modelo conceitual importante que considera a avaliação de barreiras e facilitadores na transferência do conhecimento é o *Promoting Action on Research Implementation in Health Services/* Promovendo a Ação na Implementação da Pesquisa em Serviços de Saúde (*PARIHS*) (KITSON; HARVEY; MCCORMACK, 1998). Mais recentemente denominado de *Integrated Promoting Action on Research Implementation in Health Services /* Promovendo a Ação Integrada na Implementação da Pesquisa em Serviços de Saúde (*i-PARIHS*) (HARVEY; KITSON, 2016).

A intervenção multifacetada de KT escolhida para o estudo, também traz as barreiras e facilitadores como elemento essencial. Essa intervenção é denominada *Evidence-based Practice for Improving Quality/* Prática Baseada em Evidência para a Melhoria do Processo de Qualidade (*EPIQ*) (LEE et al., 2011), que serão melhor detalhados abaixo.

#### **5.2.4 Intervenções ou Estratégias de Implantação**

No *KT*, as intervenções e estratégias de implementação devem ser elaboradas para determinantes específicos da prática. Esta precisão necessária na seleção das intervenções faz com que o processo seja praticamente uma “arte”, devido à exclusividade de cada plano de ação delineado para contextos com

combinações únicas de fatores dificultadores e facilitadores. Neste sentido, a seleção de intervenções precisa ser sustentada pelo uso de métodos estruturados de escolha de objetivos, de identificação de barreiras à mudança e de estratégias específicas direcionadas a essas barreiras apontadas (WENSING; BOSCH; GROL, 2010).

Meta-análise revelou que a elaboração de intervenções de KT feitas “sob medida” para cenários específicos aumentou a eficácia da implantação, assim como houve efeito maior associado às intervenções adaptadas, sendo a adaptação nomeada como “a chave para melhorar o desempenho” (BASKERVILLE, 2012).

Outra meta-análise com 235 estudos desenvolvida a respeito das estratégias de divulgação e implementação de diretrizes identificou que as melhores estratégias foram campanhas, encontros e materiais educacionais, auditorias e *feedbacks*, lembretes, intervenções mediadas por pacientes e intervenções organizacionais (GRIMSHAW, et al., 2004).

O estudo ainda apontou que intervenções baseadas exclusivamente em reuniões educacionais ou em auditorias e *feedbacks* apresentaram um efeito pequeno ou modesto sobre os resultados. Aquelas intervenções baseadas na utilização de lembretes obtiveram efeito moderado, enquanto as intervenções direcionadas para o paciente tiveram efeito moderado à grande. Ainda não se estabeleceu uma clara relação entre o número de intervenções e tamanho do efeito na implementação de diretrizes (GRIMSHAW et al., 2004).

Outra revisão com um total de 178 estudos listou intervenções utilizadas para implantações e distribuiu dessas estratégias em cinco categorias: 1) Estratégias educacionais e de divulgação; 2) Estratégias de interação social; 3) Estratégias de apoio à tomada de decisão; 4) Estratégias organizacionais; e 5) Estratégias direcionadas aos pacientes (GROL; GRIMSHAW, 2003).

A revisão apontou as estratégias mais ou menos eficazes, conforme os achados de literatura (**Figura 7**) (GROL; GRIMSHAW, 2003).

**Figura 7 – Visão global das estratégias de implementação de evidência.**

<b>Visão global das estratégias de implementação de evidência</b>	
<b>Estratégias educacionais e de disseminação</b>	
Materiais educativos	Efeitos mistos
Cursos e conferências	Efeitos mistos
Diferentes estratégias de educação	Efeitos mistos
Visitas educacionais de sensibilização	Eficazes
Campanhas de mídia em massa	A maior parte eficaz
<b>Estratégias de interação social</b>	
Reuniões interativas com pequenos grupos	A maior parte eficaz
Feedback de performance	Efeitos mistos
Líderes de opinião	Efeitos mistos
Colaboração multiprofissional	Eficaz
<b>Estratégias de apoio à tomada de decisão</b>	
Lembretes	A maior parte eficaz
Sistema informatizado de tomada de decisão	A maior parte eficaz
<b>Estratégias organizacionais</b>	
Computadores para a prática	A maior parte eficaz
Substituições de tarefas	Efeitos mistos
Gestão da qualidade total/melhoria da qualidade	Efeitos limitados
Intervenções financeiras	Eficazes
<b>Estratégias direcionadas aos pacientes</b>	
Intervenções mediadas pelos pacientes	Efeitos mistos

**Fonte:** GROL, R.; GRIMSHAW, J. From Best evidence to Best practice: effective implementation of change in patients' care. *Lancet*. 362, 9391,1225-30. 2003.\*Traduzido para o português.

Podemos concluir que muitas intervenções distintas estão disponíveis para serem utilizadas. Podem ter como foco os profissionais de saúde, pacientes, equipe ou mesmo as organizações. Todas essas intervenções têm potencial para ajudar efetivamente a tradução e intercâmbio do conhecimento para a prática (GROL; GRIMSHAW, 2003).

Ademais, revisão sistemática recente sobre estratégias de implementação de evidências em países de baixa e média renda agrupou as estratégias abordadas em estudos em quatro categorias: organização de saúde; profissionais de saúde para tipos específicos de intervenções; profissionais de saúde para resolver problemas específicos; e destinatários de cuidados em saúde (PANTOJA et al., 2017).

Em síntese, as principais estratégias apresentadas foram: reuniões educacionais, capacitação de profissionais de saúde, divulgação educacional, facilitação da prática, formação de líderes de opinião locais, auditorias e feedback, intervenções personalizadas, educação do paciente, estratégias para melhorar a cultura organizacional, uso de meios de comunicação para apoio, lembretes aos pacientes, entre outras (PANTOJA et al., 2017).

Os autores concluem com a revisão que maioria das evidências disponíveis está focada em estratégias direcionadas a profissionais e a quem recebe os cuidados de saúde, além de estar relacionada a resultados baseados em processos. Já as evidências dos efeitos das estratégias direcionadas às organizações de saúde são escassos (PANTOJA et al., 2017).

#### **5.2.5 Avaliação no KT**

É necessário verificar ao longo do processo de implantação, se o conhecimento transferido é de fácil acesso, boa compreensão pelo público-alvo, utilizável e se produziu a mudança desejada. No entanto, as respostas a estas questões são complexas, e ainda não há consenso entre os pesquisadores sobre a melhor forma de avaliar os benefícios do uso do conhecimento (BAKER et al., 2015).

Esforços tradicionais de avaliação que incidem sobre a eficácia representam uma simplificação, tanto do ambiente quanto das próprias intervenções. Ou seja, o impacto de intervenções complexas não pode ser satisfatoriamente

mensurado por modelos avaliativos simples (SALTHER; KOTHARI, 2014; WENSING; GROL, 2019).

Isso ocorre pelo fato dos esforços de avaliações tradicionais serem influenciadas por medidas de eficácia das intervenções experimentais, realizadas sob condições controladas, o que é o oposto das intervenções complexas de *KT*. Assim, a avaliação tradicional busca fornecer uma estimativa da eficácia do programa por meio da mensuração de um ou mais resultados, e muitas vezes é estabelecida a priori. Focada apenas em resultados, gera conclusões avaliativas sem nenhuma explicação ou compreensão necessária sobre a maneira como os resultados registrados podem ter sido produzidos (SALTHER; KOTHARI, 2014; WENSING; GROL, 2019).

A pesquisa de implementação busca entender e trabalhar em condições do mundo real, ao invés de tentar controlar vieses ou remover sua influência como efeitos causais. Isso implica trabalhar com populações que serão afetadas por uma intervenção, ao invés de selecionar beneficiários que não podem representar a população-alvo (PETERS et al., 2014).

Dessa forma, sugere-se examinar não apenas o resultado, mas também as possíveis causas e fatores contextuais associados ao processo de mudança. Idealmente, este modo mais amplo de avaliação, combinado com as teorias da área, deve não só gerar *insights* em relação à eficácia do programa, mas também explicar possíveis mecanismos causais subjacentes com base em associações postuladas entre inserções de elementos no programa, fatores mediadores e resultados (SALTHER; KOTHARI, 2014).

O produto final de um programa de implantação pode ser avaliado por meio das variáveis de resultado de implementação. Essas variáveis servem como indicadores de sucesso, sendo elas: aceitabilidade, adoção, adequação, viabilidade, fidelidade, custo de implementação, cobertura e sustentabilidade (PETERS et al., 2014). Os conceitos envolvidos em cada um desses indicadores descrevem um panorama com um olhar que extrapola a simplicidade de uma avaliação tradicional:

- **Aceitabilidade:** A percepção entre as partes interessadas (por exemplo, consumidores, fornecedores, gerentes, formuladores de políticas) de que uma intervenção é agradável. Fatores relacionados à aceitabilidade (por exemplo, conforto, vantagem relativa, credibilidade) (PETERS et al., 2014).

- Adoção: A intenção, decisão inicial ou ação para tentar empregar uma nova intervenção. Captação, utilização, intenção de tentar (PETERS et al., 2014).
- Adequação: A adequação percebida ou relevância da intervenção em um ambiente específico ou para um público-alvo específico (por exemplo, provedor ou consumidor) ou problema. Relevância, ajuste percebido, compatibilidade, utilidade percebida ou adequação (PETERS et al., 2014).
- Viabilidade: Até que ponto uma intervenção pode ser realizada em um determinado ambiente ou organização. Praticidade, ajuste real, utilidade, experimentação (PETERS et al., 2014).
- Fidelidade: O grau em que uma intervenção foi implementada conforme foi projetada em um protocolo, plano ou política original. Adesão, entrega conforme pretendido, integridade, qualidade da entrega do programa, intensidade ou dosagem da entrega (PETERS et al., 2014).
- Custo de implementação: O custo incremental da estratégia de implementação (por exemplo, como os serviços são entregues em uma determinada configuração). O custo total de implementação também inclui o custo da própria intervenção, custo marginal, custo total (PETERS et al., 2014).
- Cobertura: O grau em que a população elegível para se beneficiar de uma intervenção, realmente a recebe. Alcance, acesso, disseminação do serviço ou cobertura efetiva (foco em quem precisa de uma intervenção e sua entrega com qualidade suficiente, combinando cobertura e fidelidade), penetração (foco no grau de integração de uma intervenção em um ambiente de serviço) (PETERS et al., 2014).
- Sustentabilidade: Até que ponto uma intervenção é mantida ou institucionalizada em um determinado ambiente. Manutenção, continuação, durabilidade, institucionalização, rotinização, integração, incorporação (PETERS et al., 2014).

Para que seja possível realizar uma implantação efetiva, se faz necessário envolvimento de pessoas; desenvolvimento de propostas de mudança baseada em evidências que seja viável e atraente; estudo das principais barreiras para alcançar a mudança; seleção de conjunto de estratégias que englobem profissionais, pacientes, equipe e instituição em diferentes níveis, considerando sempre seu orçamento e possibilidades (GROL; GRIMSHAW, 2003; WENSING; GROL, 2019).

Um método comum empregado pelos facilitadores para avaliar a implantação de uma melhoria são os ciclos de auditoria e *feedback*, como por exemplo o *PDSA (PLAN-DO-STUDY-ACT)*. Essa ferramenta de melhoria auxilia na abordagem de questões-chave, como o estabelecimento de metas claras, demonstrando o potencial de melhoria e fornecendo um feedback regular e testes de mudança em pequena escala (HARVEY et al., 2015; KITSON; HARVEY, 2016).

Essa ferramenta será abordada com maior profundidade mais abaixo.

### **5.2.6 Sustentabilidade no KT**

Sustentabilidade pode ser definida como o grau em que uma inovação continua sendo utilizada após o término dos esforços iniciais, para garantir que a adoção da evidência ocorreu (DAVIES; EDWARDS, 2013). Estudo traz tempo maior de um ano para que seja possível determinar a sustentabilidade da implantação da evidência em um cenário (TRICCO et al., 2016). Apesar de sua importância, o planejamento da sustentabilidade é reconhecido como um aspecto crítico da introdução de inovações na área da saúde, e deveria ser considerado durante as etapas anteriores do *KT*, quando as intervenções ainda estão sendo planejadas (DAVIES; EDWARDS, 2013).

Implementar projetos baseado no pensamento de tentativa e erro sem atenção ao uso evidências de apoio e/ou aperfeiçoamento dos processos de implementação, não favorece a sustentabilidade. O passo importante para garantir a sustentabilidade é investir na participação dos interessados no desenvolvimento na implementação de qualquer projeto de melhoria, desde o primeiro dia (CHAMBERS, 2015).

Analisando a sustentabilidade da transferência de conhecimento científico para a prática assistencial, foram apontados seis fatores relacionados a este processo: necessidades de saúde e benefícios esperados; efetividade de monitoramento do sistema de progresso; adaptabilidade e alinhamento do processo aprimorado; liderança; recursos humanos e de financiamento; apoio das partes interessadas (DAVIES; EDWARDS, 2013).

O alcance da sustentabilidade requer um planejamento tanto da difusão quanto da ampliação do uso do conhecimento nos sistemas de saúde (DAVIES; EDWARDS, 2013).

Estudiosos apontam que evidências adotadas e implementadas na prática muitas vezes não se sustentam após certo período (HAILEMARIAM et al., 2019). Isso pode acontecer principalmente em países de média e baixa renda devido as barreiras na adoção e disseminação das práticas baseadas em evidências. Além disso, a complexidade da intervenção adotada, a falta de familiaridade dos profissionais com o processo de implantação, recursos humanos limitados, falta de apoio no local da implantação e a alta rotatividade de profissionais nas instituições, se caracterizam como barreiras para a sustentabilidade (HAILEMARIAM et al., 2019; YAMEY, 2012).

### **5.3 Integrated Promoting Action on Research Implementation in Health Services (i-PARIHS)**

O modelo conceitual *i-PARIHS* foi usado para explicar como o *KT* é implementado na prática e como os indivíduos e os líderes pensam em evidências e moldam a cultura e o contexto em que trabalham. Esta estrutura baseia-se nas habilidades e capacidades dos facilitadores que podem trabalhar com indivíduos e equipes para ajudá-los a usar as melhores evidências disponíveis em sua prática (KITSON; HARVEY, 2016).

O principal argumento para a necessidade da utilização de um modelo conceitual é obter uma melhor compreensão dos diversos fatores em diferentes níveis de interação, e determinar em que medida uma intervenção de implementação resulta em mudança (WALLIN, 2009; GROL et al., 2007).

Na etapa de planejamento de qualquer intervenção, é fundamental identificar esses fatores e sua potencial interação e efeito. Além disso, a utilização de uma teoria pode ajudar a descrever esses fatores, estabelecendo hipóteses testáveis e discutindo os resultados do estudo (WALLIN, 2009).

As teorias podem ser divididas em teorias de impacto e de processo. As teorias de impacto descrevem como uma intervenção facilitará mudanças, e as teorias de processo podem ser usadas para planejar e organizar atividades de implementação (WALLIN, 2009; GROL et al., 2007).

Além disso, uma teoria bem desenvolvida é um pré-requisito para que seja feito progresso no campo do *KT*. Em contrapartida, uma revisão sistemática com meta-análise que avaliou estudos que utilizaram estratégias para implantações de evidências na prática, apontou que apenas 10% dos estudos forneceram uma

explicação teórica explícita justificada da intervenção utilizada (GRIMSHAW et al., 2004).

No *KT*, existem modelos conceituais robustos já utilizados na enfermagem, sendo um deles a *Promoting Action on Research Implementation in Health Services (PARIHS)*, que foi desenvolvida na década de 1990 (KITSON; HARVEY; MCCORNACK, 1998). Seus criadores enfatizavam a força da interação entre as evidências utilizadas, a capacidade do contexto em lidar com mudanças, e o tipo de facilitação necessária para garantir um processo de mudança bem-sucedida. Esses três elementos tinham igual importância na determinação do sucesso do uso de pesquisa (KITSON; HARVEY; MCCORNACK, 1998).

Nos últimos 20 anos essa estrutura foi refinada, dando origem em 2016 a uma nova versão revisada do modelo, tendo seu nome alterado para *Integrated Promoting Action on Research Implementation in Health Services*, que pode ser traduzido como Promoção Integrada na Implementação de Pesquisas em Serviços de Saúde (*i-PARIHS*) (HARVEY; KITSON, 2016).

Esse modelo conceitual visa representar a interação dinâmica entre os fatores que influenciam a implementação bem sucedida. Os elementos do novo modelo conceitual *i-PARIHS* são a facilitação, inovação (que deixou o elemento evidência mais abrangente), destinatário (elemento novo) e contexto (HARVEY; KITSON, 2016).

A definição de uma implantação bem-sucedida pelas criadoras do *i-PARIHS* é a aceitação e incorporação da inovação na prática, além de indivíduos, equipe e partes interessadas em possuir a inovação (HARVEY; KITSON, 2016).

A transferência do conhecimento terá maior sucesso na implementação (**SI**) quando apresentar os elementos essenciais do modelo *i-PARIHS*:

$$SI = F (I + R + C)$$

Legenda: SI (implantação sucedida); F (facilitação); I (inovação); R (destinatário); C (contexto).

### 5.3.1 - Inovação (I)

Constitui uma visão mais ampla do construto “evidência”, incluindo informações de pesquisa, juntamente com a experiência clínica dos profissionais de saúde, pacientes envolvidos e local onde se desenrola a implantação. Pode ser

definida como um elemento que precisa ser introduzido para gerar mudança e melhoria. Dessa forma, esse item se constitui como construto central dentro da modelo conceitual i-PARIHS, com foco no fornecimento e aplicação de evidências de pesquisas disponíveis (HARVEY; KITSON, 2016).

### **5.3.2 - Destinatário (R)**

O elemento Destinatário foi inserido como um novo construto do i-PARIHS. Foi adicionado em resposta às críticas recebidos do modelo PARIHS, no qual pesquisadores apontavam que o modelo anterior não prestava atenção suficiente nos atores envolvidos na implementação da inovação. Essa construção engloba as pessoas que são afetadas e influenciam a implementação em nível individual e coletivo (HARVEY; KITSON, 2016).

Dessa forma, é possível considerar o impacto que indivíduos e equipes têm em apoiar ou resistir a uma inovação, incluindo seus pontos de vista, crenças e práticas estabelecidas. Dentro deste construto, encontram-se pacientes, funcionários e gestores (HARVEY; KITSON, 2016).

Dado esse conjunto de circunstâncias, parte do papel do facilitador neste elemento envolve avaliar os limites reais e potenciais existentes e as maneiras pelas quais essas barreiras podem exercer influência durante a implementação (HARVEY; KITSON, 2016).

### **5.3.3 - Contexto (C)**

Continua sendo um construto essencial dentro do i-PARIHS, com foco mais amplo nas diferentes camadas do contexto, do micro até os níveis meso e macro, que pode atuar para ativar ou restringir a implementação (HARVEY; KITSON, 2016).

Dentro da nova estrutura é feita uma distinção entre as camadas interna e externa do contexto, onde o interno inclui o local imediato (enfermaria, unidade, departamento hospitalar e a organização em que a unidade ou equipe está incorporada). Já o contexto externo refere-se ao sistema de saúde mais amplo, no qual a organização baseia-se e reflete as políticas, regulamentações e infraestrutura política em torno do contexto local (HARVEY; KITSON, 2016).

### **5.3.4 - Facilitação (F)**

Apresenta-se como elemento ativo dentro do i-PARIHS, posicionando-se diferentemente aos outros elementos, pois avalia, alinha e integra as outras três construções. Isso requer do facilitador um conjunto de estratégias e ações adaptadas à inovação, destinatários e contexto (processo de facilitação) (HARVEY; KITSON, 2016; KITSON; HARVEY, 2016).

O facilitador não controla ou ordena o que precisa ser feito, mas ajuda os indivíduos em uma equipe de melhoria a trabalharem colaborativamente para chegar a um acordo sobre áreas de melhoria. Além disso, criam e mantêm mudanças na prestação dos cuidados em saúde. É essencial que o facilitador mantenha uma relação próxima de trabalho com líderes formais e informais (HARVEY; LYNCH, 2017).

A estrutura, portanto, identifica o sucesso ou não de uma implementação mediante a capacidade do facilitador e o processo de facilitação em permitir aos destinatários de um contexto específico a adoção e aplicação adequada da inovação. Dessa forma, o papel do facilitador é construir um programa de mudanças, juntamente com a equipe na qual trabalha, que atenda ao indivíduo e as necessidades de aprendizado da equipe. Além disso, o facilitador para cumprir seu papel de forma eficaz, precisa funcionar de maneira flexível e responsiva para adaptar sua abordagem para questões específicas, ambiente e pessoas envolvidas (HARVEY; KITSON, 2016; HARVEY; LYNCH, 2017; KITSON; HARVEY, 2016).

No entanto, evidências de estudos de efetividade da facilitação refletem o fato de que a facilitação em si é uma intervenção complexa, que envolve um ou mais indivíduos no papel de facilitador, aplicando uma combinação de melhorias e estratégias focadas na equipe para permitir e apoiar mudanças. Em alguns casos, os facilitadores são internos (indivíduos de dentro do contexto local) à implementação, em outros, são externos (indivíduos de fora da implementação, geralmente com capacitação especializada em facilitação de implementação, que desempenham um papel de orientação e apoio aos indivíduos e/ou equipes encarregadas da adoção de uma determinada inovação) (HARVEY; KITSON, 2016; HARVEY; LYNCH, 2017; KITSON; HARVEY, 2016).

Às vezes ocorre uma combinação de facilitadores internos e externos. Isso reforça que não existe uma única maneira de se utilizar as funções de facilitador. No entanto, existem benefícios claros em utilizar mecanismos que forneçam apoio e

orientação a facilitadores novos ou menos experientes (HARVEY; KITSON, 2016; KITSON; HARVEY, 2016).

As autoras da estrutura ainda destacam a importância de se posicionar indivíduos adequados nesses papéis, com determinado nível de habilidades, conhecimento, suporte e orientação. Destacam a necessidade de seleção e preparação para empregar o facilitador como ingrediente ativo em uma implantação bem-sucedida (HARVEY; KITSON, 2016; KITSON; HARVEY, 2016).

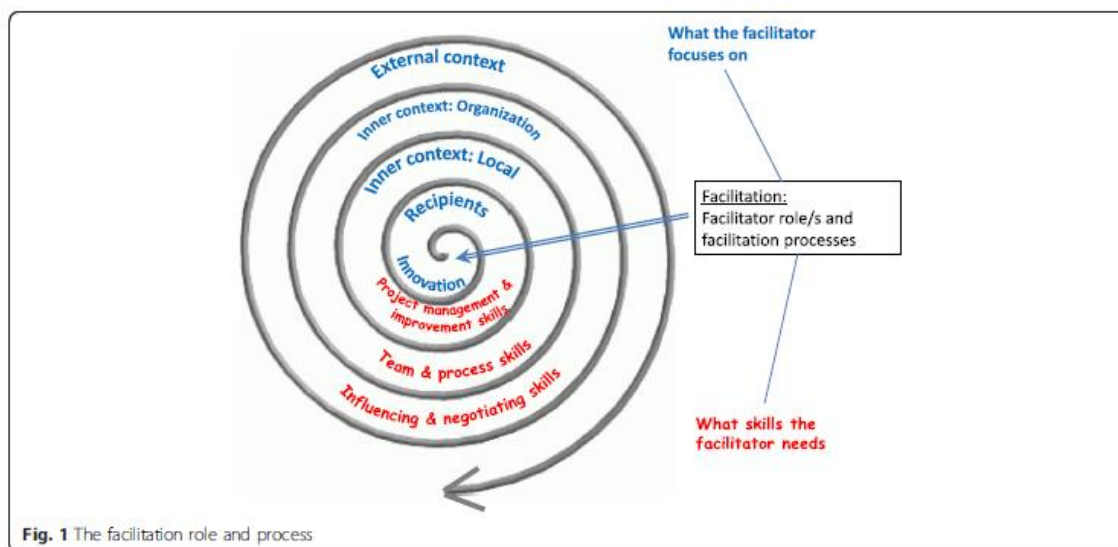
O facilitador precisa ter um bom entendimento da natureza da inovação que está sendo introduzida, os indivíduos e equipes que precisam aprovar a mudança (os destinatários) e ambiente em que trabalham (contexto) (HARVEY; KITSON, 2016; HARVEY; LYNCH, 2017; KITSON; HARVEY, 2016).

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).

Outro papel essencial do facilitador é empregar diferentes estratégias de facilitação, como por exemplo, ferramentas de melhoria da qualidade como Ciclo PDSA. Esta ferramenta auxilia em questões importantes, estabelecendo metas claras, demonstrando o 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). Mais adiante será melhor detalhada a ferramenta de melhoria *PDSA*.

A fim de entender o processo de facilitação e a natureza dinâmica da implementação, as autoras optaram por representar o modelo conceitual do *i-PARIHS* como um espiral contínuo, que começa com um foco na inovação e destinatários, passando para as diferentes camadas de contexto (contexto interno em nível local e organizacional, nível externo em sistemas e políticas mais amplas). A **Figura 8** apresenta este espiral (HARVEY; KITSON, 2016).

**Figura 8** – O papel e o processo de facilitação.



Fonte: HARVEY G; KITSON A. PARIHS revisited: from heuristic to integrated framework for the successful implementation of knowledge into practice. *Implementation Science*, 2016; 11(1):33-1-33-13.

Quanto mais longe na espiral o facilitador se move, maior o nível de experiência e habilidade que ele precisa. Dessa forma, embora facilitadores iniciantes possam ser capazes de apoiar programas de implementação (trabalhar com uma equipe local para planejar o projeto), é provável que precisem do apoio de um facilitador mais experiente para avaliar e negociar algumas das barreiras mais desafiadoras ou fatores contextuais que eles possam encontrar. Estudos identificam a importância de facilitadores trabalharem com uma rede de suporte, idealmente orientada e apoiada por colegas mais experientes (HARVEY; KITSON, 2016; HARVEY; KITSON; MUNN, 2012; HARVEY et al., 2015).

Em relação a experiência do facilitador, ele pode se encaixar em um dos três níveis: facilitador iniciante/ novato, que precisa trabalhar sob supervisão de um facilitador experiente; facilitador experiente, precisa trabalhar sob supervisão de um facilitador especialista; facilitador especialista, atua como guia e mentor de outros facilitadores (HARVEY; KITSON, 2016).

O *i-PARIHS* reforça que a implementação de pesquisas na prática de saúde é complexa, imprevisível e não linear. Portanto, requer uma abordagem flexível e responsiva para a implementação (HARVEY; KITSON, 2016; KITSON; HARVEY; MCCORNACK, 1998).

Nesta pesquisa, o *i-PARIHS* foi o modelo conceitual que guiou a implantação do Modelo de Manejo da Sede pré-operatória, para a operacionalização

da transferência de conhecimento da teoria para a prática, obtenção do maior sucesso na implantação e como estruturação lógica para que as ideias acontecessem.

#### **5.4 Evidence-Based Practice for Improving Quality (EPIQ)**

Considerando a efetividade de intervenções multifacetadas – conjunto de intervenções que pode ser utilizado para alcançar o objetivo da tradução e intercâmbio do conhecimento em um processo de implantação - para a implementação de ações de *KT* e, conseqüentemente, o uso da evidência na prática clínica, os Membros da Rede Canadense Neonatal desenvolveram uma estratégia de melhoria denominada *Evidence-based Practice for Improving Quality (EPIQ)*, traduzida como Prática Baseada em Evidência para a Melhoria do Processo de Qualidade (LEE et al., 2009).

*EPIQ* é uma intervenção de *KT*, multifacetada e interativa, com objetivo de implantar mudanças na prática e promover a melhoria da qualidade da prática em saúde (LEE et al., 2009).

Ao envolver os praticantes e incentivando-os a se apropriar de seus problemas e soluções locais, a *EPIQ* facilita a aceitação e maximiza o impacto da implantação da evidência na prática (LEE et al., 2009; LEE et al., 2015).

A *EPIQ* é baseada no modelo conceitual *PARIHS* (KITSON; HARVEY; MCCORNACK, 1998), e usa uma abordagem de métodos mistos que combinam evidências com o conhecimento do contexto local, para que ocorra uma mudança da cultura organizacional e do comportamento individual, para que as barreiras à mudança possam ser superadas e dessa forma, praticar uma mudança sustentada. Entretanto, funciona melhor quando é adotado em sua totalidade e não em partes (LEE, et al.,2009; LEE et al., 2011).

A *EPIQ* é uma estratégia de *KT* interativa e multifacetada de melhoria contínua da qualidade, que pode ser adaptada para atingir objetivos clínicos das unidades hospitalares, com base em dados locais e evidências. Envolve a colaboração de um pequeno grupo de destaque de profissionais locais que atuam como facilitadores e auxiliam na implementação da evidência decidindo quais estratégias serão utilizadas (LEE et al., 2009; STEVENS et al., 2014 a/b; STEVENS, 2009).

A intervenção *EPIQ* é composta por três pilares fundamentais para sua implementação nos serviços de saúde:

- Pilar I: uso da literatura publicada.
- Pilar II: uso de dados da prática referentes a unidade na qual a estratégia será implantada (auditorias), para auxiliar na tomada de decisão dos profissionais e embasar a necessidade da mudança dentro do serviço.
- Pilar III: compartilhamento das experiências em relação a mudança da prática e os resultados obtidos, a fim de sustentar a mudança implementada.

A *EPIQ* compreende duas etapas (CARVALHO, 2017; LEE et al., 2009; STEVENS et al., 2014 a/b; STEVENS, 2009):

### **Etapa de Preparação**

- Análise dos dados basais (coleta pré-implantação) – coleta de informações preliminares do perfil da unidade de estudo, normas, rotinas e práticas do processo de trabalho existentes, avaliação da cultura organizacional e principalmente a coleta dos dados basais que serão utilizados na pesquisa (auditoria).

- Formação, sensibilização e capacitação do Conselho de Pesquisa Prática (CPP) – identificação dos facilitadores na unidade foco do estudo. Estes tomarão as principais decisões relacionadas à mudança da prática. Este grupo deve ser multidisciplinar e ser composto por profissionais “chave” dentro da unidade. O CPP deverá ser capacitado pelos coordenadores do estudo (facilitador externo). Nesse momento será apresentado a proposta da pesquisa, incluindo o método utilizado, sensibilizá-los sobre o tema, discutir as estratégias que serão utilizadas, prazos e recursos.

- Revisão da literatura existente – examinar junto ao CPP as melhores evidências de pesquisa sobre o tema abordado, agregando simultaneamente às outras formas de evidências existentes (clínica, local e do paciente).

- Identificação dos potenciais de mudança e decisão da mudança de prática – apresentação ao CPP dos dados basais coletados e definição das mudanças de prática a serem implementadas. Identificar as barreiras e os facilitadores para a implementação da evidência, obtidas pela percepção dos profissionais, e que permitam mais claramente a identificação dos potenciais de mudança.

- Sensibilização e capacitação da equipe – sensibilizar a equipe da unidade de implantação quanto ao tema, além de capacitá-los para executar as novas práticas.

## Etapa de Implementação e Mudança

- Verificação do plano de mudança da prática – determinar e planejar os processos de intervenção e cronogramas para as metas estabelecidas.

- Implementação da mudança – implementar a mudança desenvolvendo as ações planejadas. Envolve a execução do processo com atividades simultâneas e complementares, envolvendo o CPP, equipe e pacientes. Avaliação por meio de auditoria e feedback das metas estipuladas pelo CPP junto ao facilitador externo (pesquisador), após a realização das estratégias de *KT*.

- Avaliação da mudança – avaliar as estratégias de *KT* para melhorar as práticas do cuidado, monitorando a mudança dos processos ao longo do tempo.

Ademais, o *Knowledge Translation*, o modelo conceitual *i-PARIHS* e a intervenção *EPIQ* nunca foram aplicadas na realidade do paciente cirúrgico ou do paciente cirúrgico queimado. Registros iniciais dessas estruturas compreendem estudos com neonatos e em pesquisas sobre dor pediátrica (CARVALHO, 2017; CURAN; ROSSETTO; CASTRAL, 2017; LEE et al., 2009; 2015; STEVENS et al., 2014a/b). No entanto, os autores da intervenção *EPIQ* afirmam que ela tem potencial para ser aplicada em outras áreas da saúde, contribuindo para um cuidado eficiente (LEE et al., 2009).

A intervenção *EPIQ* pode incluir uma ferramenta de melhoria contínua de qualidade, como por exemplo, o *PDSA*. Este é um modelo de ciclo rápido, que tem como princípio fundamental a iteração (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).

## 5.5 PDSA

O conceito da ferramenta de melhoria, conhecido atualmente pela sigla *PDCA*, foi originalmente desenvolvido na década de 30, pelo estatístico americano *Walter A. Shewhart*, como sendo um ciclo de controle estatístico do processo. Este pode ser repetido continuamente sobre qualquer processo ou problema. No entanto, apenas na década de 50 esta ferramenta foi popularizada, pelo especialista em qualidade *W. Edwards Deming* (DEMING, 1990).

A partir de uma necessidade de aprendizado e melhoria de um produto/processo, *Deming* desenvolveu o *PDSA*. Este complementa o *PDCA*, pois propõe que seja feito um processo de estudo em pequena escala com o objetivo de desenvolver o aprendizado e a geração de um novo conhecimento. Dessa forma, a alteração se dá pela troca do elemento **Check (Checar/Verificar)**, para o elemento **Study (Estudar)**.

Nesta pesquisa, a ferramenta de escolha foi o *PDSA*. As letras que a formam representam em seu idioma de origem *PLAN, DO, STUDY, ACT*, o que significa PLANEJAR, EXECUTAR, ESTUDAR e AGIR (DEMING, 1990).

Os usuários do *PDSA* seguem os quatro estágios prescritos na abordagem cíclica de aprendizado para adaptar as mudanças de melhoria. No estágio do "planejar", uma mudança destinada a melhoria é identificada. Na etapa "executar" a mudança é testada, a etapa "estudar" tem o objetivo de examinar o sucesso da mudança. O último estágio "agir" tem o foco em identificar adaptações e as próximas etapas para formar um novo ciclo (TAYLOR et al., 2014).

O ciclo *PDSA* é um passo-a-passo que incentiva o planejamento da mudança, incluindo a coleta de dados; execução ou implementação de pequenas mudanças; análise dos dados e dos resultados encontrados; e redefine as alterações com base no que foi aprendido (SHAH; WARRE; LEE, 2013).

Durante o processo, o foco está nos resultados provisórios do processo, e não nos resultados clínicos gerais, pois tem o objetivo de avançar gradualmente em direção a uma melhoria. Crucial para a condução deste processo é o uso da coleta extensiva de dados dos resultados e processos e da aprendizagem colaborativa. Os dados são a chave para a melhoria. No entanto, a ênfase está na motivação da mudança de comportamento e criação de uma cultura contínua de mudança entre os indivíduos e na organização (SHAH; WARRE; LEE, 2013).

Como em todos os métodos científicos, a documentação de cada etapa do ciclo *PDSA* é essencial. Apoiar a qualidade científica, a aprendizagem e permite reflexões para garantir que o conhecimento seja absorvido, a fim de apoiar a memória da organização e a transferência da aprendizagem para os outros (TAYLOR et al., 2014).

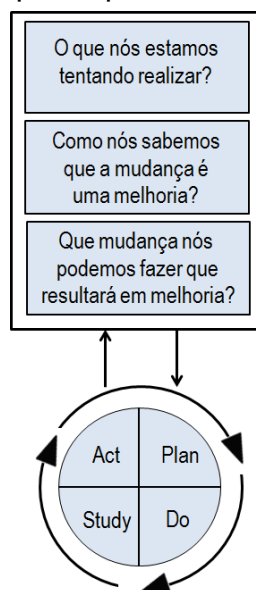
A filosofia da ferramenta de ciclo rápido é que a maneira mais eficaz de fazer mudanças nos processos e resultados dos cuidados de saúde é testar um número relativamente pequeno de mudanças em um processo, aprender com ele e

depois fazer mais mudanças, para que o efeito acumulativo ao longo do tempo possa ser de grandes mudanças e melhorias (MARCELLUS; HARRISON, 2012).

Isso permite uma avaliação rápida e fornece flexibilidade para adaptar a mudança de acordo com o feedback, para garantir que soluções adequadas à finalidade sejam desenvolvidas. Além disso, com o uso do *PDSA*, é possível avaliar o impacto de uma intervenção no resultado de interesse (TAYLOR et al., 2014).

O *PDSA* possui três questões fundamentais, que podem ser tratadas em qualquer ordem (**Figura 9**).

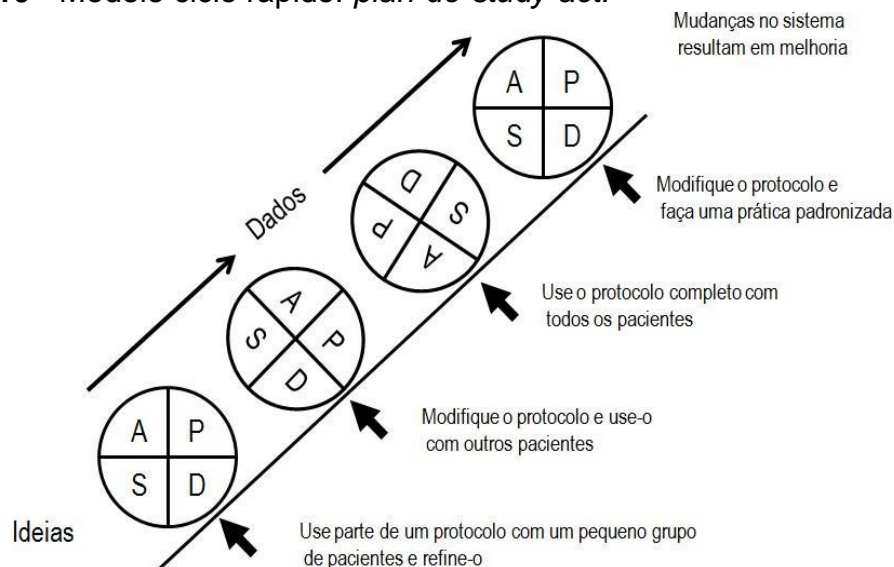
**Figura 9** – Modelo do ciclo rápido: questões fundamentais.



Fonte: Tradução livre de Marcellus e Harrison (2012).

Um ciclo *PDSA* para testar e implementar mudanças em configurações reais de trabalho (**Figura 10**).

**Figura 10** - Modelo ciclo rápido: *plan-do-study-act*.



Fonte: Tradução livre de Marcellus e Harrison (2012).

O Modelo Ciclo Rápido de Melhoria possui quatro etapas principais (MARCELLUS; HARRISON, 2012):

- Estabelecer objetivos - Melhorar requer estabelecer objetivos. O objetivo deve ser específico e mensurável. Também é necessário definir a população específica de pacientes que serão afetados.
- Estabelecer medidas e indicadores - As equipes usam medidas/indicadores quantitativo para determinar se uma mudança específica realmente levou a melhorias.
- Selecionar alterações - Todas as melhorias requerem mudanças, mas nem todas as mudanças resultam em melhorias. As organizações, portanto, devem identificar as mudanças que provavelmente resultarão em melhoria.
- Testar alterações - O ciclo *PDSA* é um atalho para testar uma mudança - planejando, tentando, observando os resultados e agindo sobre o que é aprendido. Este é o método científico usado para a aprendizagem orientada para a ação.

Em síntese a pesquisa adotou como referencial teórico o *KT* que é um arcabouço relevante para a implantação, engajando e integrando os profissionais como agentes de mudança para a transferência da evidência para a prática. O referencial conta com quatro pontos fundamentais: síntese, disseminação, troca e aplicação eticamente sólidas do conhecimento. Seis aspectos essenciais foram levados em consideração: evidência, contexto/cenário, barreiras e facilitadores, intervenções/estratégias de implantação, avaliação e sustentabilidade da implantação.

A pesquisa ainda foi guiada pelo modelo conceitual *i-PARIHS*, que visa representar a interação dinâmica entre os fatores que influenciam a implantação bem-sucedida, sendo eles a facilitação, inovação, destinatário e contexto. Para que fosse realizada de forma sistematizada a operacionalização da pesquisa, foi utilizada a intervenção de *KT*, denominada *EPIQ*. Essa intervenção estabeleceu as etapas e os passos do processo desde a criação e preparação do conselho facilitador interno da intervenção (CPP), à construção de estratégias, metas e formas de auditoria e

*feedback* para o alcance dos objetivos estabelecidos para uma implantação da evidência bem-sucedida.

## 6 MÉTODO

---

## 6.1 TIPO DE ESTUDO

A tese é um estudo com abordagem multimétodo, composta por três métodos distintos, que serão detalhados na seção Resultados.

O **estudo 1** (GARCIA et al., 2021) apresenta abordagem qualitativa, ancorado no referencial teórico *KT* (CIHR, 2016), utilizado prospectivamente no desenvolvimento dos grupos focais e análise dos dados. Utilizou-se a técnica de Análise de Conteúdo Temática de Bardin (BARDIN, 2016). Essa análise acontece em três fases: pré-análise, na qual se procede à escolha dos documentos, formulação de objetivos e preparação do material para análise; exploração do material, momento em que os dados brutos são transformados de forma organizada e agregados em unidades de registro; e tratamento dos resultados, etapa na qual é realizada a inferência e interpretação dos dados (BARDIN, 2016).

O **estudo 2** trata-se de um estudo reflexivo, pautado em aspectos da utilização da intervenção *EPIQ* no processo de implantação do MMS no período pré-operatório e na necessidade de relatar detalhadamente as etapas e passos que compõem a intervenção *EPIQ*, quando aplicada na prática.

O **estudo 3** trata-se de uma pesquisa quase-experimental do tipo pré e pós-teste com delineamento tempo-série, sem grupo controle, norteado pelo referencial teórico *KT*, além da utilização do modelo conceitual *i-PARIHS* e da intervenção *EPIQ*. O estudo apresenta dessa forma, caráter interventivo, prospectivo e longitudinal, com abordagem quantitativa e analítica.

A pesquisa quase-experimental assemelha-se aos experimentos por 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 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).

## 6.2 LOCAL DE ESTUDO

Todas as etapas dos três estudos foram realizadas em um hospital escola de grande porte no Paraná. Trata-se de uma instituição pública com 307 leitos, todos à disposição do Sistema Único de Saúde (SUS). Centro de referência para trauma, gravidez de alto risco, transplante de medula óssea e tratamento de queimados.

No centro de tratamento de queimados encontram-se pacientes adultos e pediátricos. Conta com duas salas cirúrgicas e uma sala utilizada para balneoterapia, no qual o paciente necessita de todos os cuidados pré-anestésicos, incluindo o jejum. Esta unidade realiza em média 210 procedimentos mensais.

## 6.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

A amostra do estudo foi não probabilística, determinada pelo tempo de coleta de dados, em três grupos que fizeram parte de todo o processo de implantação, com diferentes características e finalidades.

O primeiro grupo compôs o CPP. Para isso, foram elencados de forma intencional profissionais chave do setor, por representarem liderança formal ou informal dentro do setor ou estarem envolvidos no tema manejo da sede. Essa escolha foi realizada pela pesquisadora principal (facilitadora externa), por ter observado essa característica durante o mês de sua inserção no setor. Outra característica importante para a seleção do grupo, foi o vínculo trabalhista, optando preferencialmente pelos profissionais concursados, considerando a sustentabilidade da implantação do MMS.

A partir da escolha pela facilitadora externa, foi realizado um convite formal ao profissional para que compusesse o grupo gestor, do qual fizeram parte: enfermeira gestora da unidade, uma enfermeira assistencial, duas técnicas de enfermagem, um anestesiólogo, o cirurgião chefe da unidade e duas enfermeiras docentes e doutoras na temática sede. Esse grupo tinha como objetivo tomar as decisões de mudanças referentes ao MMS a serem implantadas no período pré-operatório.

Outro grupo que compôs a amostra foi constituído por todos os enfermeiros e técnicos de enfermagem do CTQ, de ambos os sexos, que atuavam no

cuidado direto ao paciente cirúrgico queimado, por serem responsáveis pela aplicação do MMS (NASCIMENTO et al., 2020). O critério de não inclusão foi o trabalhador estar de férias ou licença no momento de execução da pesquisa.

O terceiro grupo da amostra foram os pacientes queimados que se encontravam em período pré-operatório com possibilidade de receberem o manejo para tratamento da sede, de ambos os sexos, adultos e pediátricos (idade mínima de 3 anos). O critério de não inclusão foi o paciente intubado, traqueostomizado, em período pós extubação, ou internado em outro setor e ser direcionado ao CTQ apenas para o procedimento anestésico-cirúrgico.

#### 6.4 COLETA DE DADOS

Em todas as etapas e passos, os quatro elementos essenciais do referencial teórico *KT* foram considerados: síntese das melhores evidências; disseminação do conhecimento; troca; aplicação eticamente sólida do conhecimento. O mesmo ocorreu com os elementos preconizados pelo modelo conceitual *i-PARIHS* em cada parte do processo, considerando-os para que houvesse maior sucesso na implantação da evidência.

O projeto transcorreu em duas grandes etapas, que seguiram o preconizado pela intervenção *EPIQ*: **Etapa de preparação; Etapa de implantação e mudança** (LEE et al., 2009; STEVENS et al., 2014a/b).

Antes de iniciar a etapa de implantação, a pesquisadora realizou uma imersão na realidade do setor. Esse passo teve duração de um mês (julho de 2019) e para que a pesquisadora pudesse conhecer a equipe e as rotinas da unidade, a mesma auxiliou na prática outros profissionais, atendendo urgências junto a equipe, circulando salas operatórias, auxiliando na realização de curativos, a fim de ser reconhecida pela equipe multiprofissional. Em paralelo, a facilitadora externa registrou em um diário de campo suas percepções acerca das lideranças encontradas e do processo de trabalho no setor, que poderiam dar subsídio para posterior formação do CPP.

Dentro da **etapa de preparação** ocorreu a coleta de dados pré-implantação; formação, sensibilização e capacitação do CPP; revisão das evidências disponíveis; decisão pela mudança de prática; identificação das barreiras e facilitadores; sensibilização e capacitação da equipe.

- Teste Piloto – Realizado teste piloto com cinco pacientes com o objetivo de aprimorar o roteiro de coleta de dados desenvolvido pelos pesquisadores.

### **Etapa de Preparação:**

- Coleta e análise dos dados pré-implantação – Realizado a coleta de informações preliminares do perfil da unidade de estudo, das normas, rotinas e práticas do processo de trabalho existente e dos dados basais relevantes para a pesquisa.

- Estabelecimento do CPP – identificação dos facilitadores (profissionais de saúde) da unidade, que tomam decisões em conjunto e estabelecem metas para a mudança da prática.

- Revisão da evidência existente – examinar junto ao CPP as melhores evidências sobre o manejo da sede no paciente cirúrgico queimado no período pré-anestésico, considerando a literatura, a experiência clínica do profissional e a do paciente.

- Capacitação do CPP – capacitação do CPP pelos coordenadores do projeto sobre a proposta da pesquisa, sensibilização para o tema, apresentação dos dados pré-implantação; explicação do método da pesquisa, referencial teórico, modelo conceitual, intervenção de melhoria e ferramenta de melhoria que seria utilizada.

- Decisão pela mudança de prática – definição pelo CPP das mudanças que a serem implementadas na prática relacionadas ao manejo da sede no período pré-operatório.

- Identificação das barreiras e facilitadores - identificação e construção de um quadro com barreiras e facilitadores junto ao CPP, que podem influenciar na implementação da evidência. Discutir as barreiras identificadas e planejar estratégias de enfrentamento dos nós críticos, permitindo a identificação dos potenciais de mudança.

- Capacitação da equipe – sensibilização, apresentação dos dados da coleta pré-implantação relacionados ao manejo da sede e capacitação da equipe de enfermagem para a realização do MMS no período pré-operatório, considerando as decisões da mudança de prática definidas pelo CPP. Capacitação para toda a equipe do novo instrumento que continha o Modelo de Manejo da Sede.

**\*A primeira etapa (preparação) ocorreu nos meses de agosto, setembro, outubro e novembro de 2019.**

Já na **etapa de implantação e mudança**, os passos que ocorreram foram a verificação e implantação do plano de mudança de prática com o uso da ferramenta de melhoria *PDSA*; Implantação da mudança e fixação do conteúdo e a coleta de dados pós-implantação.

**Etapa de implementação e mudança:**

- Verificação e implantação do plano de mudança de prática – determinação e planejamento dos processos de intervenção e cronogramas para as metas estabelecidas (mudanças de prática). Para essa etapa foi utilizada a ferramenta de melhoria *PDSA*, que foi construída em conjunto com o CPP antes de iniciar o período de fixação de cada um dos quatro pilares que compõem do MMS. Cada ciclo teve duração de três semanas afim de atingir as metas propostas, por meio de estratégias multifacetadas de KT, previamente definidas pelo CPP. O objetivo foi envolver toda a equipe e alcançar a fixação do conteúdo da evidência e dessa forma, efetivar a implantação.

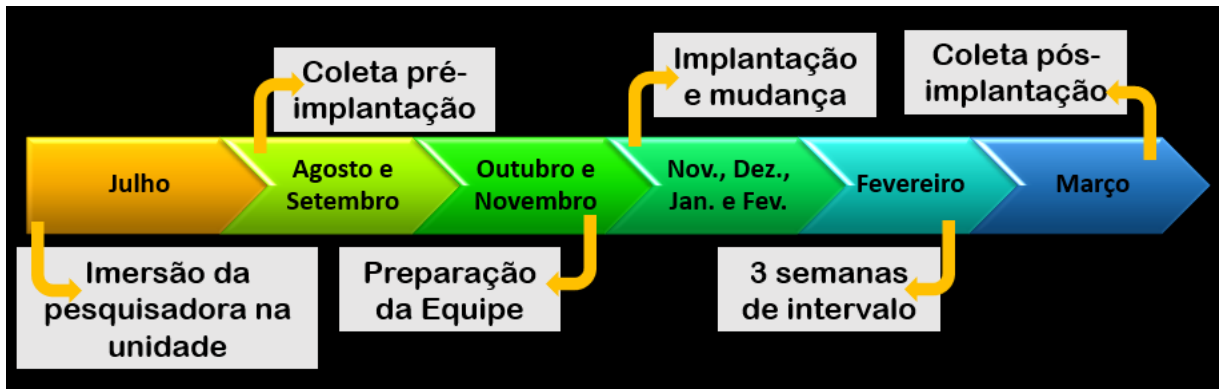
- Auditoria dos quatro ciclos de *PDSA* – avaliação das metas estabelecidas e atingidas em cada ciclo de *PDSA*, por meio de auditorias que duraram três dias em cada pilar.

Após o término desses passos, a facilitadora externa (pesquisadora) se distanciou de forma intencional da unidade de queimados por três semanas. Finalizando esse período, ela retornou para realização da coleta de dados pós-implantação.

Para que fosse possível constatar a efetividade da implantação, foi planejado a coleta pós-implantação conforme a coleta pré-implantação. No entanto, devido a pandemia de Covid-19 a coleta pós-implantação precisou ser interrompida após três semanas de início.

**\* A segunda etapa ocorreu nos meses de novembro e dezembro de 2019, janeiro, fevereiro e março de 2020.**

**Figura 11** – Etapas de pesquisa para implantação do Modelo de Manejo da Sede pré-operatória na unidade de queimados.



Fonte: Desenvolvida pela autora (2021)

## 6.5 DOCUMENTOS

- 1 – Termo de Sigilo e Confidencialidade (Apêndice A);
- 2 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) - profissionais participantes do estudo (Apêndice B);
- 3 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) - pacientes participantes do estudo (Apêndice C);
- 4 – Termo de Assentimento - pacientes participantes do estudo menores de idade (Apêndice D);

## 6.6 INSTRUMENTOS

- 1 – Roteiro de caracterização dos profissionais (Apêndice E);
- 2 – Roteiro de coleta de dados da Implantação do Modelo de Manejo da Sede pré-operatória (Apêndice F);
- 3 – Roteiro de aceitabilidade e viabilidade do Modelo de Manejo da Sede pré-operatória na unidade de queimados na perspectiva do profissionais da enfermagem (Apêndice G);
- 4 - Ficha de registro perioperatório modificada após inserção do Modelo de Manejo da Sede (Apêndice H);
- 5 - Escala Verbal-Numérica (EVN) (GRIES, et al., 2018) (Anexo A).

6 – Escala de Faces (EF) (CLARO, 1993) (Anexo B);

7 - Protocolo de Segurança para o Manejo da Sede (PSMS) (NASCIMENTO et al., 2018) (Anexo C);

8 – Protocolo de Segurança para o Manejo da Sede Pediátrica (PSMSP) (PIEROTTI et al., 2020) (Anexo D);

## 6.7 Variáveis de Resultado de Implantação

✓ **ADOÇÃO** - Adoção dos profissionais quanto ao uso do MMS pré-operatório no paciente queimado. Nesta pesquisa foi definida pela variação da utilização do MMS pela equipe de enfermagem, no pré-operatório do paciente queimado, nos momentos pré e pós-implantação (Apêndice F).

Observação: caso o paciente apresente sede (espontaneamente ou quando questionado), o profissional deve aplicar os quatro pilares do manejo, seguindo a ordem dos pilares, adequados para a idade. Caso o paciente não apresente sede, o profissional deve registrar a ausência do sintoma.

✓ **COBERTURA** - o alcance pela porcentagem de profissionais que receberam as capacitações referentes a utilização do MMS pré-operatório no paciente queimado.

✓ **ACEITABILIDADE** – percepção da equipe de enfermagem sobre a utilidade da evidência na prática clínica a ser incorporada na unidade de queimados e se as estratégias de alívio da sede são possíveis de serem utilizadas.

✓ **VIABILIDADE** – percepção da equipe de enfermagem sobre a possibilidade de utilização do MMS pré-operatório na unidade de queimados.

Observação: Viabilidade e Aceitabilidade foram mensuradas a partir do preenchimento de roteiro estruturado sobre a utilidade, possibilidade de uso e avaliação das estratégias de alívio do manejo da sede para sua prática clínica (Apêndice G).

✓ **FIDELIDADE** - mensurada pela alcance das metas estipuladas em cada um dos quatro ciclos PDSA (Apêndice F).

## 6.8 ANÁLISE DOS DADOS

Para o processamento e análise os dados foram estruturados em planilha no Excel 2010® e suas análises estatísticas realizadas com auxílio do software *Statistical Package for Social Science* – SPSS® (versão 20.0). Considerou-se o nível de significância para a pesquisa de 5% e intervalo de confiança com nível de 95%.

As variáveis categóricas foram analisadas por meio da frequência absoluta e relativas. As variáveis contínuas foram testadas para avaliação da normalidade pelo teste de Shapiro-Wilk, sendo que apresentaram distribuição não normal. Dessa forma, foram caracterizadas por meio da mediana e valores de primeiro e terceiro quartil (DANCEY; REIDY, 2013).

Para a comparação das variáveis da coleta de dados pré-intervenção e pós-intervenção, foi realizado o Teste de Mann-Whitney (variáveis contínuas), devido à não normalidade dos dados e Teste Chi-quadrado (variáveis categóricas) (DANCEY; REIDY, 2013).

## 6.9 ÉTICA EM PESQUISA

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 parecer 3.476.724, CAAE 13638519.1.0000.5231 (Anexo E).

Foi solicitada a assinatura do Termo de Sigilo e Confidencialidade perante a instituição onde foram coletados os dados dos prontuários (Apêndice A).

Os participantes do estudo assinaram o TCLE (profissionais e pacientes adultos) (Apêndice B e C, respectivamente) e o Termo de Assentimento (pacientes menores de idade) (Apêndice D), após o pesquisador 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.

## 7 RESULTADOS E DISCUSSÃO

---

## 7.1 Estudo 1 – Manuscrito aceito pela Revista REEUSP.

### **Barreiras e facilitadores no manejo da sede pré-operatória do paciente queimado à luz do *Knowledge Translation***

#### **RESUMO**

**Objetivo:** Explorar a percepção dos profissionais de saúde sobre barreiras e facilitadores e as estratégias de enfrentamento para a implantação do Modelo de Manejo da Sede no pré-operatório do paciente queimado. **Método:** Qualitativo, ancorado no referencial teórico *Knowledge Translation*. A técnica de grupo focal foi escolhida para coleta de dados, sendo formada por oito profissionais-chave, a fim de identificarem barreiras e facilitadores na implantação da evidência e apontarem estratégias de enfrentamento para os nós críticos encontrados. Utilizou-se a técnica de Análise de Conteúdo Temática para avaliar os dados. **Resultados:** Emergiram cinco categorias: Estrutura física, ambiente e insumos; Particularidades do paciente queimado; Recursos humanos; Atitude da equipe; Capacitação e educação da equipe. As estratégias de enfrentamento foram levantadas para cada barreira identificada. **Conclusão:** As principais barreiras identificadas encontraram-se nas categorias Recursos humanos e Atitude da equipe. Já os principais facilitadores foram Particularidades do paciente queimado e Capacitação e educação da equipe. A identificação permitiu o planejamento das estratégias de enfrentamento sobre nós críticos, proporcionando a sustentação das evidências científicas na prática clínica.

**DESCRITORES:** Enfermagem Baseada em Evidência; Pesquisa Médica Translacional; Enfermagem Perioperatória; Queimaduras; Sede.

#### **INTRODUÇÃO**

Uma enfermagem forte e inovadora se faz por meio da implantação de evidências científicas e mudanças na prática. No momento em que se discute e reflete a respeito da relevância da enfermagem no cenário mundial, a simples divulgação de resultados de pesquisas não garante sua utilização na prática clínica. Esta é uma constatação que redireciona o significado de se fazer pesquisa (STURKE, et al., 2014). Nessa vertente, a Organização Mundial de Saúde chama a atenção para

a necessidade de traduzir o conhecimento em ação para melhorar a saúde pública, fazendo a ponte entre o que é conhecido e o que é realmente feito (WHO, 2005).

Visando suprir recursos que instrumentalizem o enfrentamento desse problema, desenvolveu-se o referencial teórico *Knowledge Translation* (KT), que enfatiza modelos de articulação e intercâmbio entre a produção de evidências científicas e as práticas assistenciais (LANDRY, et al., 2006). O KT preconiza a utilização de seis elementos essenciais: uso de evidência científica, conhecimento do cenário/contexto, uso de intervenções multifacetadas, identificação de barreiras e facilitadores para implantação do uso da evidência, avaliação/auditorias e sustentabilidade da implantação (CIHR, 2016).

Destaca-se neste artigo a exploração do elemento essencial “identificação de barreiras e facilitadores” em um cenário inédito de implantação do Modelo de Manejo da Sede (MMS) no paciente cirúrgico queimado. A relevância de se explicitar as barreiras e facilitadores, dentro do referencial teórico KT, justifica-se por sua influência na escolha das estratégias de enfrentamento a serem utilizadas para a transferência do conhecimento (GRIMSHAW, et al., 2012). Para que essa identificação ocorra, deve-se reunir grupo seletivo de profissionais a fim de identificarem conjuntamente as principais barreiras e facilitadores e estabelecerem estratégias de enfrentamento para uma implantação bem-sucedida (LEE, et al., 2009).

Considerando que o KT permite realizar mudanças efetivas na prática clínica, ele se torna útil em cenários complexos e ainda pouco explorados, como na questão da sede do paciente cirúrgico queimado em período pré-anestésico. Embora pouco valorizada na prática clínica, a sede apresenta-se prevalente, intensa, desconfortante e ainda não faz parte dos protocolos de cuidado a este grupo de pacientes (NASCIMENTO, et al., 2019). Mesmo que existam evidências consistentes e robustas sobre a possibilidade da abreviação do tempo de jejum (TOGO; LOPES, 2020), elas ainda são pouco difundidas na prática cirúrgica.

No paciente cirúrgico queimado, a sede se agrava. Isso ocorre porque, além dos fatores que um paciente cirúrgico comum é submetido, o paciente queimado pode ter que realizar múltiplas intervenções para o gerenciamento de suas lesões: balneoterapias para banho e troca de curativos sob sedação, desbridamentos e enxertos, requerendo jejum para cada um desses procedimentos. Além disso, a própria queimadura desencadeia reações fisiológicas, provocando edema e, por consequência, hipovolemia (TOGO; LOPES, 2020). Paradoxalmente, não se

localizaram estudos abordando especificamente a sede do paciente queimado na literatura nacional e internacional (TOGO; LOPES, 2020).

Estudos recentes em fisiologia da sensação, acrescidos de evidências tanto para identificação como tratamento da sede, resultaram em um MMS perioperatória, inicialmente utilizado em Sala de Recuperação Anestésica (SRA) (NASCIMENTO, et al., 2020). Trata-se de um modelo fundamentado em quatro pilares: identificação da sede, mensuração, avaliação da segurança e oferta de estratégia de alívio da sede. Ressalta-se, que o modelo já foi implantado em instituições públicas e privadas no pré e pós-operatório imediato (POI), conferindo maior segurança e conforto ao paciente.

A necessidade de intervir na sede do paciente cirúrgico queimado motivou a utilização do MMS neste cenário, considerando sua ampla aplicabilidade clínica. Neste contexto, o uso do referencial teórico KT é aplicável e necessário para uma implantação efetiva, já que envolve a investigação e intervenção sobre os principais nós críticos, entendidos como barreiras que dificultam a implementação eficaz das evidências científicas (STURKE, et al., 2014).

Esta pesquisa, portanto, tem como objetivo explorar a percepção dos profissionais de saúde sobre barreiras e facilitadores e as estratégias de enfrentamento para a implantação do Modelo de Manejo da Sede no pré-operatório do paciente queimado.

## **MÉTODO**

### *Tipo de estudo*

Estudo descritivo, com abordagem qualitativa, ancorado no referencial teórico KT, que foi utilizado prospectivamente no desenvolvimento dos grupos focais e análise dos dados (CIHR, 2016).

### *Cenário*

A unidade que recebeu a implantação da evidência foi um Centro de Tratamento de Queimados (CTQ), referência no norte do Paraná, que conta com duas salas cirúrgicas e apresenta média mensal de 69 cirurgias e uma sala de balneoterapia que realiza em média 122 procedimentos mensais. O CTQ conta com 15 leitos de enfermaria e seis leitos de unidade de tratamento intensivo (UTI). Para a realização

de todas as atividades desse setor, a equipe é composta por oito enfermeiros e 33 técnicos de enfermagem, distribuídos nos turnos manhã, tarde e noite.

A implantação do MMS que visa identificar, mensurar, avaliar a segurança e aliviar a sede por meio de uma estratégia (NASCIMENTO, et al., 2020), ocorreu no período pré-operatório. Este período foi selecionado devido aos múltiplos e sequenciais procedimentos a que o paciente queimado é submetido, fazendo com que ele permaneça em jejum pré-anestésico com frequência e por períodos prolongados.

Anteriormente à fase de implantação, a pesquisadora realizou uma imersão na realidade do setor por um mês. Acompanhou a rotina da unidade, conhecendo o perfil dos trabalhadores e pacientes, bem como os procedimentos realizados, a fim de que os profissionais se familiarizassem com ela.

### *Crítérios de Seleção*

Compuseram a amostra oito profissionais de saúde, entre docentes e trabalhadores do CTQ: uma enfermeira assistencial (EA) e uma gestora (EG) da unidade, duas técnicas de enfermagem (TE1 e 2), um cirurgião chefe da unidade (C), um anesthesiologista (A) e duas docentes em enfermagem e doutoras na temática sede (D1 e 2). A amostra foi intencional e os critérios de inclusão foram determinados em virtude de suas experiências profissionais na temática sede ou assistência com paciente queimado e inserção representativa na unidade de escolha, de forma a atuarem como membros facilitadores na implantação.

A escolha pelo grupo focal para a coleta de dados deu-se pelo fato de proporcionar uma interação grupal para a produção de dados, acerca dos objetivos do estudo (NOGUEIRA-MARTINS; BOGUS, 2004).

### *Coleta de Dados*

Não foi realizado estudo piloto, por se entender que os profissionais que precisariam compor o grupo focal eram ímpares no setor. A coleta de dados foi feita em duas etapas descritas a seguir, que ocorreram após o aceite da participação, em outubro de 2019.

A primeira etapa foi composta por uma sessão com duração de aproximadamente uma hora e meia, realizada em uma sala de reunião confortável e privada dentro do CTQ, com a participação de todos os membros convidados. A

moderadora foi a pesquisadora principal, que é especialista e mestra em enfermagem perioperatória e sede. A pesquisadora principal e o auxiliar foram capacitados por meio de intervenção educativa sobre o referencial teórico, MMS e técnicas de coleta e registro de dados para a condução do grupo focal, totalizando oito horas.

Ainda na primeira sessão foi realizada uma apresentação dialogada, expondo o MMS pré-operatória e as evidências que o embasam. Subsequentemente, foram apresentados aos participantes os dados basais auditados no período pré-implantação. Os dados foram auditados pela pesquisadora principal durante dois meses, três dias da semana, nos diversos períodos de trabalho, por meio de observação direta e coleta em prontuário. Estes dados referem-se ao tempo de jejum pré-operatório para sólidos e líquidos, média de intensidade de sede no adulto e criança, sinais periféricos relacionados à sede que os pacientes apresentaram, porcentagem de pacientes que sentiram sede e não verbalizaram espontaneamente e porcentagem de profissionais que perguntaram ao paciente se estava com sede.

Após esse primeiro momento, os participantes foram estimulados a falarem sobre as possíveis barreiras e facilitadores que eles identificavam para a implantação do MMS. Posterior a esse espaço de reflexão e discussão, os convidados escreveram suas respostas em papéis adesivos. A partir delas, foi construído um quadro que reuniu todas as barreiras e facilitadores para a implantação dos quatro pilares do MMS.

Outro momento que ocorreu na primeira sessão foi uma discussão de forma livre das estratégias de enfrentamento que poderiam ser utilizadas para intervir sobre os nós críticos identificados. As estratégias foram registradas no diário de momento (PEZZOTO; L'ABBATE, 2011) da pesquisadora. Para isso, a pesquisadora contou com a ajuda de um pesquisador auxiliar previamente capacitado.

Na segunda etapa houve uma sessão de aproximadamente uma hora, na qual o objetivo foi apresentar aos participantes os quadros construídos para a validação das barreiras, facilitadores, nós críticos e estratégias de enfrentamento propostas pelo grupo.

#### *Análise e tratamento dos dados*

Optou-se por não realizar novos grupos focais após a pesquisadora identificar a repetição teórica dos dados, ou seja, não haveria fornecimento de novos elementos para aprofundar a teorização (FONTANELLA, et al., 2011). Não foi utilizado

software específico para o gerenciamento dos dados, apenas o Microsoft Word para síntese e construção dos resultados.

Para análise dos dados, utilizou-se a técnica de Análise de Conteúdo Temática de Bardin (BARDIN, 2016). Essa análise acontece em três fases: pré-análise, na qual se procede à escolha dos documentos, formulação de objetivos e preparação do material para análise; exploração do material, momento em que os dados brutos são transformados de forma organizada e agregados em unidades de registro; e tratamento dos resultados, etapa na qual é realizada a inferência e interpretação dos dados (BARDIN, 2016).

A fase de pré-análise aconteceu logo após a realização de cada sessão, onde a pesquisadora analisou de forma sistemática os dados. Na fase de exploração foram realizados possíveis agrupamentos, através da construção de quadros de barreiras, facilitadores e estratégias de enfrentamento dos nós críticos, que haviam sido discutidos na primeira sessão, para que fossem validados junto aos participantes. No tratamento dos resultados, foi realizada a interpretação dos dados obtidos e a validação das cinco categorias que emergiram: Estrutura física, ambiente e insumos; Particularidades do paciente queimado; Recursos humanos; Atitude da equipe; Capacitação e educação da equipe.

#### *Aspectos éticos*

A pesquisa atendeu a todas as normas preconizadas pela Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, sendo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em seres humanos, sob o CAAE 13638519.1.0000.5231 e parecer 3476724 do ano de 2019.

Os profissionais foram pessoalmente convidados a participar, sendo formalizado por convite impresso e via e-mail. Todos assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido após aceite.

## **RESULTADOS**

A idade média dos oito participantes era de 47 anos, sendo desse total seis mulheres. Dois eram docentes em enfermagem perioperatória e os demais profissionais atuantes no CTQ há cerca de oito anos, em média. Em relação à titulação dos profissionais, uma técnica de enfermagem apresentava nível médio; outra, graduação. Uma enfermeira e dois médicos eram pós-graduados, uma enfermeira era

mestra, e duas docentes eram doutoras. Dois tinham vínculo terceirizado com a instituição em estudo, e dois participantes tinham mais de um emprego.

Construiu-se um quadro (Quadro 1) com a categorização das principais barreiras e facilitadores identificados para a implantação do MMS, além das estratégias de enfrentamento dos nós críticos identificados durante o desenvolvimento dos grupos focais.

**Quadro 1 – Categorização das barreiras e facilitadores e estratégias de enfrentamento para os nós críticos identificados no grupo focal. Londrina, PR, Brasil, 2019. (n=8)**

<b>Categorias</b>	<b>Facilitadores</b>	<b>Barreiras</b>	<b>Estratégias de enfrentamento</b>
Estrutura física, ambiente e insumos	Presença de freezer no setor para acondicionar o picolé (A; C; EA; EG; D1; D2; TE1; TE2). Setor isolado permite que funcionários engajados colaborem com outros colegas (C; EG; TE 1). Viabilidade de padronizar insumos aplicados como estratégias de manejo da sede (EG; C; D1; D2).	Dificuldade de organização prévia por falta de horário definido (sequência) dos procedimentos anestésico-cirúrgicos (EA; EG; TE1; TE2).	Cirurgião chefe da unidade se encarregou de definir todos os dias os horários dos três primeiros pacientes (C).
Particularidades do paciente queimado	Profissionais do setor têm percepção da intensidade da	-	-

	sede do paciente queimado, o que gera sensibilização (C; EG; TE 2).		
Recursos humanos	Disponibilidade de um profissional técnico de enfermagem para confecção dos picolés (EG; TE1; TE2).	Falta de tempo para o profissional aplicar o manejo da sede por depender do número de pacientes sob sua responsabilidade (EA; TE1; TE2).	Ao término da capacitação, os servidores concluíram que conseguem realizar rapidamente o manejo da sede, durante o tempo em que estão prestando cuidados básicos (EA; TE1; TE2).
Atitude da equipe	Implantação de evidência científica benéfica ao paciente (A; C; EA; EG; D1; D2; TE1; TE2).	Resistência por parte de alguns anestesistas da equipe quanto à possibilidade de abreviação do jejum (A; C; EA; EG; D1; D2; TE1; TE2). Falta de interesse da equipe perioperatória em aprender e realizar o manejo da sede	Reunião com a direção do hospital e chefia da anestesiologia para apresentação do projeto, exposição das evidências sobre o benefício do manejo da sede, redução do jejum e apoio ao projeto (D1; D2; A; C; EG). Divulgação do projeto e seu objetivo por meio de estratégias personalizadas para o setor, que contemplasse

		pré-operatória (EA; EG; TE1; TE2).	profissionais e pacientes (D1; D2; EG). Exposição dos dados da coleta basal para sensibilização dos profissionais ao tema (D1; D2).
Capacitação e educação da equipe	Disposição da equipe de implantação do manejo da sede em capacitar toda a equipe que presta cuidados ao paciente (C; EG; D1; D2).	Falta de conhecimento da equipe sobre manejo da sede pré-operatória (A; C; EA; EG; D1; D2; TE1; TE2). Aplicação do protocolo para criança realizada apenas por enfermeiros, por ser mais complexa (EA; EG; TE1; TE2).	Capacitações na unidade nos períodos da manhã, tarde e noite, em diferentes horários, de forma a contemplar a maioria dos servidores (EA; EG; C; A; TE1; TE2; D1; D2). Capacitações dos profissionais para o uso da nova ficha perioperatória, que contempla o registo do manejo da sede (EA; EG; D1; D2). Capacitações individuais de todos os técnicos e enfermeiros sobre o manejo da sede (D1; D2; EG). Desenvolvimento e divulgação de vídeo didático sobre o Modelo de Manejo da Sede adulto e pediátrico (D1; D2).

Enfermeira Assistencial (EA); Enfermeira Gestora (EG); Técnica de Enfermagem (TE1 e TE2); Cirurgião (C); Anestesiista (A); Docentes (D1 e D2)

## **DISCUSSÃO**

A importância deste estudo reside na identificação de barreiras e facilitadores em uma instituição pública de saúde para a adoção de evidências científicas na prática clínica, assim como na análise das estratégias de enfrentamento adotadas para a implantação do MMS no pré-operatório do paciente queimado. Reconhecer barreiras e facilitadores, como elemento principal durante a etapa de planejamento da transferência do conhecimento, pode ser a chave para que efetivamente as recomendações, validadas por resultados de pesquisas, sejam adotadas na prestação de cuidados assistenciais (HARRISON, et al., 2010; LÉGARÉ; ZHANG, 2013; DYSON, et al., 2013). Isso é particularmente importante quando se busca transferir conhecimento sobre um tema inexplorado e possivelmente subvalorizado pelos profissionais assistenciais.

A relevância da construção do quadro com barreiras e facilitadores, percebidos pelos participantes do grupo focal para a implantação do MMS no pré-operatório, encontra-se na necessidade de se entender quais as fragilidades e potencialidades do setor. A compreensão desse contexto subsidiou as decisões, na elaboração das metas e estratégias efetivas, para a transferência do conhecimento a serem implementadas na prática clínica dessa unidade.

É imprescindível que se avalie barreiras e facilitadores do cenário em questão durante um processo de translação do conhecimento, com subsequente elaboração de estratégias personalizadas e embasamento teórico para abordar esses pontos. A adoção dessa abordagem pode influenciar positivamente a prática baseada em evidência (LÉGARÉ; ZHANG, 2013; DYSON, et al., 2013).

A definição de como o conhecimento deve ser transferido envolve o planejamento cuidadoso desse processo (DYSON, et al., 2013; LAVIS, et al., 2003). Para tal, devem ser considerados fatores que garantam a melhor forma de transferência desse conhecimento. Diferentes modelos de KT estão disponíveis na literatura (SUDSAWAD, 2007), sendo que barreiras e facilitadores são sempre considerados como influenciadores na escolha das intervenções a serem utilizadas na transferência desse conhecimento (GRIMSHOW, et al., 2009).

Na categoria Estrutura física, ambiente e insumos, os profissionais elencaram como barreira, a unidade não ter uma sequência de procedimentos e

horários definidos para as cirurgias e balneoterapias, o que dificulta estabelecer tempo individual de jejum de duas horas para líquidos claros sem resíduos (AGUILAR-NASCIMENTO, et al., 2017).

Na categoria Particularidades do paciente queimado, o grupo apontou o fato dessa população sentir muita sede, sensibilizando a equipe. Embora não tenha sido identificado na literatura estudo sobre prevalência ou percepção do paciente queimado quanto à sede, é possível observar na prática como este sintoma está presente nesta população (TOGO; LOPES, 2020). A dicotomia manifestada na prática clínica, entre a sede vivenciada pelo paciente queimado e a lacuna de pesquisas científicas sobre o tema na literatura, evidencia a relevância da realização deste estudo e sua contribuição para a área da enfermagem.

Já na categoria Recursos humanos, apontaram a falta de tempo em razão da sobrecarga de trabalho pelo número reduzido de servidores (BEZERRA, et al., 2019; HARVEY, et al., 2019; GAGLIARDI, et al., 2016). Todavia, essa é a barreira mais comumente identificada pelos profissionais da enfermagem para realizar o KT de forma efetiva, sobretudo nas áreas clínicas com intensa carga de trabalho (BEZERRA, et al., 2019; HARVEY, et al., 2019; GAGLIARDI, et al., 2016).

Embora não identificado a princípio pelo grupo como um facilitador, a participação efetiva de elementos da equipe com cargos de gestão potencializa a coordenação e integração dos diferentes mecanismos, que equilibram a aplicação e implementação, para apoiar e facilitar a equipe a praticar o uso da evidência (HARVEY, et al., 2019). Conclusão semelhante é apresentada em uma revisão do papel da liderança do enfermeiro na promoção e manutenção da prática baseada em evidência (PBE), que identifica o gerente da unidade como o precursor da PBE (BIANCHI, et al., 2018).

As barreiras relatadas nas categorias Atitude da equipe e Capacitação e educação da equipe vêm ao encontro de outros estudos que utilizaram o KT para a implantação de evidências na prática. Esses tópicos apontam a cultura organizacional, a crença dos profissionais, o pouco acesso à pesquisa, assim como a falta de sua apropriação, como fatores relacionados à dificuldade de aplicação do conhecimento na prática (STEVENS, et al., 2014; RITCHIE, et al., 2016; RAZEQ, 2016). Além disso, a falta de preparo educacional dos profissionais da saúde, para a implementação das evidências na prática, também é considerada uma barreira (HARVEY, et al., 2019).

A utilização efetiva da pesquisa primária depende do preparo técnico e da habilidade do profissional, de fatores organizacionais de suporte, do envolvimento contínuo dos usuários do conhecimento, das parcerias estabelecidas, do contexto da instituição na qual será implantada a evidência, além, é claro, da existência de facilitadores (WHO, 2005; BEZERRA, et al., 2019; GAGLIARDI, et al., 2016; TRICCO, et al., 2016).

Outra importante barreira apontada foi relacionada aos anestesiólogos, em razão da resistência em abreviar o jejum pré-operatório. Ainda nessa vertente, os profissionais relataram que, na realidade do CTQ, era frequente suspender ou adiar o procedimento anestésico-cirúrgico quando o paciente relatava ter mascado goma ou ingerido água no período pré-operatório – estratégias ofertadas ao paciente no período de jejum pré-anestésico durante o manejo da sede (NASCIMENTO, et al., 2020). Isso acontecia mesmo que o paciente já estivesse com duas horas de jejum absoluto entre a ingestão e o procedimento.

Como estratégias de KT para transpor essa barreira, fez-se uma reunião com a chefia do serviço de anestesiologia da instituição, quando o projeto “Paciente Sem Sede” (PASS), foi formalmente apresentado. Nesse encontro foram expostas evidências disponíveis na literatura sobre os benefícios da redução do tempo de jejum, além das estratégias possíveis de serem utilizadas no manejo da sede. Essa reunião foi esclarecedora para os anestesiólogos quanto ao objetivo e benefícios da implantação do MMS no setor, transformando esses profissionais de barreira em facilitadores e apoiadores da continuidade do projeto.

Com a intenção de obter o apoio formal da instituição, fez-se outra reunião para apresentação do projeto PASS, com convite à direção do hospital. Para divulgar o projeto, também houve entrevistas para a rádio e jornal da universidade e do hospital, além da distribuição no hospital de *banners*, cartazes, adesivos e ímãs com a logomarca do projeto.

As intervenções multifacetadas de KT, escolhidas para transpor as barreiras, levaram em consideração evidências que demonstram que intervenções são mais efetivas quando incluem encontros educacionais, associados com reuniões interativas e didáticas, além de auditoria e *feedback* (GRIMSHAW, et al., 2012; SAUNDERS, et al., 2019).

Diante das barreiras e dos facilitadores identificados nas categorias, foram estabelecidas em conjunto com os profissionais convidados, estratégias de KT

multifacetadas dentro de um cronograma de intervenção. Para tal, foram realizadas 55 capacitações dentro do CTQ, nos períodos da manhã, tarde e noite, em diferentes horários, de forma a contemplar os servidores (33 técnicos de enfermagem e oito enfermeiros). As capacitações abordaram essencialmente as principais evidências que permitem a abreviação do tempo de jejum, o passo a passo para a aplicação do MMS pré-operatória, além dos dados basais do setor relacionados à sede, para a sensibilização da equipe. Todos os profissionais também foram capacitados para a utilização da nova ficha perioperatória, que foi desenvolvida pela pesquisadora para contemplar o registo do MMS.

Em relação às barreiras encontradas nas categorias Recursos humanos, Atitude da equipe e Capacitação e educação da equipe, uma das dificuldades enfrentadas ao longo das capacitações foi o fato de os funcionários não comparecerem no setor para capacitações fora do horário de serviço. Dessa forma, foi necessário realizá-las durante seus respectivos horários de trabalho. Em alguns momentos, isso fez com que os profissionais tivessem a atenção diminuída pela preocupação com o serviço, pois a unidade já atua com um dimensionamento reduzido de técnicos de enfermagem e enfermeiros. Contextos como esse, que são direcionados para a realização de tarefas, com poucos recursos e estruturas ineficientes, são menos receptivos a mudança (STEVENS, et al., 2011).

Outro ponto que pode ter dificultado a capacitação, foi que as equipes da noite não priorizaram um tempo do plantão para receberem as capacitações. Por esse motivo, quando a pesquisadora se apresentava para o enfermeiro, naquele período na unidade, o profissional solicitava agilidade e uso do ambiente da própria unidade do CTQ para a realização da capacitação. Conseqüentemente, os servidores desprendiam a atenção a todo momento, pois trata-se de uma unidade com pacientes críticos, que necessitam de cuidados intensivos. Contudo, é importante destacar que, mesmo com essas dificuldades, foi possível realizar capacitações com esses funcionários, com estratégias variadas e em momentos alternados, já considerando uma das premissas do KT, que é conhecer o cenário onde se deseja realizar uma implantação (OELKE; LIMA; ACOSTA, 2015).

Aos servidores que tiveram sua atenção reduzida nas capacitações, o conhecimento inicial foi transmitido juntamente com as ações seguintes do projeto de implantação, por meio de diversas atividades de KT. Isso incluiu a presença do grupo de pesquisa, com estratégias que variaram desde a participação dos “doutores

da alegria” local a cantar músicas com os funcionários e pacientes. Além disso, a pesquisadora, com o auxílio de membros do grupo de pesquisa, esteve presente em diversos momentos e em horários alternados dentro do setor, para realizar a capacitação individual do profissional, estimular a aplicação do MMS no período pré-operatório e sanar dúvidas. Também foi possível desenvolver um vídeo explicativo do modelo, tanto para o paciente adulto quanto para o pediátrico.

O referencial teórico KT mostrou-se um arcabouço relevante para a implantação pioneira do MMS na prática clínica do paciente queimado. Esse processo permitiu a análise e transposição das barreiras, assim como a potencialização de facilitadores. Além disso, essa interface possibilitou maior autonomia e empoderamento do enfermeiro na condução do cuidado humanizado ao paciente queimado com sede.

Como limitador desse estudo, aponta-se a multidisciplinaridade da composição do grupo focal, que pode ter influenciado na liberdade de expressão de alguns participantes.

## **CONCLUSÃO**

Ao utilizar o referencial teórico KT, foi possível explorar, com a realização dos grupos focais, as principais barreiras, os facilitadores e suas estratégias de enfrentamento para a implantação efetiva do MMS pré-operatória no paciente queimado. As principais barreiras identificadas foram em relação aos tópicos Recursos humanos e Atitude da equipe. Já os principais facilitadores concentraram-se nos itens Particularidades do paciente queimado e Capacitação e educação da equipe. Essa identificação foi essencial para sustentar a resolução de todos os nós críticos, por meio de estratégias personalizadas e efetivas, permitindo o adequado planejamento da implantação da evidência na prática clínica, de forma que puderam ser realmente adotadas como protocolos assistenciais na unidade estudada.

**Financiamento:** Bolsa Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES); Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPQ – processo 425262/2018-9).

## **REFERÊNCIAS**

BARDIN, L. Análise de conteúdo. 6 ed. **Lisboa**: Edições 70; 2016. 280 p.

BEZERRA, L.C.A. et al. Knowledge Translation in qualification of Health Surveillance management: contribution of postgraduate evaluative studies. **Physis.**, v.29, n.1, p.:e290112, 2019. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S01033312019290112>>. Acesso em 13 de maio de 2021.

BIANCHI M., et al. A review of the role of nurse leadership in promoting and sustaining evidence-based practice. **J Nurs Manag.** v.26, n.8, p.918-932, 2018. Disponível em: <<https://doi.org/10.1111/jonm.12638>>. Acesso em: 14 de maio de 2021.

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.

DE-AGUILAR-NASCIMENTO JE. et al. ACERTO guidelines of perioperative nutritional interventions period in elective general surgery. **Rev. Col. Bras. Cir.**, v.44, n.6, p.633-48, 2017. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/010069912017006003>>. Acesso em: 13 de maio de 2021.

DYSON, J. et.al. Development of a theory-based instrument to identify barriers and levers to best hand hygiene practice among healthcare practitioners. **Implementation Science**, v.8, n. 111, 2013. Disponível em: <<https://implementationscience.biomedcentral.com/articles/10.1186/1748-5908-8-111>>. Acesso em: 13 de maio de 2021.

FONTANELLA B.J.B. et al. Sampling in qualitative research: a proposal for procedures to detect theoretical saturation. **Cad. Saúde Pública.**, v.27, n.2, p.389-394, 2011. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0102-311X2011000200020>>. Acesso em: 13 de maio de 2021.

GAGLIARDI, A.R. et al. Integrated knowledge translation (IKT) in health care: a scoping review. **Implement Sci.**, v.11, n.38, p.1-12, 2016. Disponível em: <<https://doi.org/10.1186/s13012-016-0399-1>>. Acesso em: 13 de maio de 2021.

GRIMSHAW, J.M. et al. Knowledge translation of research findings. **Implementation Science**, v.7, p.50, 2012. Disponível em: <<http://www.implementationscience.com/content/7/1/50>>. Acesso em: 13 de maio de 2021.

HARVEY, G. et al. Leadership for evidence-based practice – Enforcing or enabling implementation? **Collegian.**, v.27, n.1, p.57-62, 2019. Disponível em: <<https://doi.org/10.1016/j.colegn.2019.04.004>>. Acesso em: 14 de maio de 2021.

HARRISON MB. et al. Adapting clinical practice guidelines to local context and assessing barriers to their use. **CMAJ.**, v.182, n.2, p.78-84, 2010. Disponível em: <<https://doi.org/10.1503/cmaj.081232>>. Acesso em: 14 de maio de 2021.

LANDRY, R. et.al. The knowledge-value chain: a conceptual framework for knowledge translation in health. **Bull World Health Organ**, Genebra, v. 84, n.8, p.597-602, Aug, 2006. Disponível em:

<<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2627427/>>. Acesso em: 13 de maio de 2021.

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. Disponível em: <<https://doi.org/10.1111/1468-0009.t01-1-00052>>. Acesso em: 13 de maio de 2021.

LÉGARÉ, F.; ZHANG, P. Barriers and facilitators: Strategies for identification and measurement. In: STRAUSS, S.E.; TETROE, J.; GRAHAM, I.D. **Knowledge Translation in Health Care Moving from Evidence to Practice**. 2ª Ed., UK: 2013. Cap. 3.3a. Disponível em: <https://www.ebcp.com.br/simple/upfiles/livros/KT/Ch3.3a%20Barriers%20and%20Facilitators.pdf>>. Acesso em: 13 de maio de 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: 13 de maio de 2021.

NASCIMENTO, L.A. et al. Prevalence, intensity and discomfort of thirst in surgical patients in the immediate post-operative period. **Rev. SOBECC**, São Paulo, v.24, n.2, p.85-90, abr./jun. 2019. Disponível em: <<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1006169>>. Acesso em: 13 de maio de 2021.

NASCIMENTO, L.A et al. Advances in the Management of Perioperative Patients' Thirst. **AORN Journal**. February, Vol. 111, No. 2, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1002/aorn.12931>>. Acesso em: 13 de maio de 2021.

NOGUEIRA-MARTINS, M.C.F.; BOGUS, C.M. Considerações sobre a metodologia qualitativa como recurso para o estudo das ações de humanização em saúde. **Saúde e Sociedade**. v.13, n.3, p.44-57, 2004. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0104-12902004000300006>>. Acesso em: 14 de maio de 2021.

OELKE, N.D.; LIMA, M.A.D.S.; ACOSTA, A.M. Knowledge translation: translating research into policy and practice. **Rev. Gaúcha Enferm.**, v.36, n.3, p.113-7, 2015. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2015.03.55036>>. Acesso em: 14 de maio de 2021.

PEZZATO, L.M.; L'ABBATE, S. O uso de diários como ferramenta de intervenção da Análise Institucional: Potencializando reflexões no cotidiano da Saúde Bucal Coletiva. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, v.21, n.4, p.1297-1314, 2011. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-3312011000400008>.

RAZEQ, N.M.A. Barriers that Impede the provision of pain care to neonates by nurses in Jordan. **J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.**, v.45, n.3, p.371-7, 2016. Disponível em: <<https://doi.org/10.1016/j.jogn.2016.01.007>>. Acesso em: 14 de maio de 2021.

RITCHIE, L.M.P. et al. Low-and middle-income countries face many common barriers to implementation of maternal health evidence products. **J Clin Epidemiol.**, v.76, p.229-37, 2016. Disponível em: <<https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2016.02.017>>. Acesso em: 14 de maio de 2021.

SAUNDERS, H. et al. Practicing Healthcare Professionals' Evidence-Based Practice Competencies: An Overview of Systematic Reviews. **Worldviews on Evidence-Based Nursing**, v.16, n.3, p. 176–185, 2019. Disponível em: <<https://doi.org/10.1111/wvn.12363>>. Acesso em: 13 de maio de 2021.

STEVENS B, et al. The Influence of Context on Pain Practices in the NICU: Perceptions of Health Care Professionals. *Qual Health Res.*, v.21, n.6, p.757-70, 2011. Disponível em: <<https://doi.org/10.1177/1049732311400628>>. Acesso em: 14 de maio de 2021.

STEVENS, B. J. et al. Implementation of multidimensional knowledge translation strategies to improve procedural pain in hospitalized children. **Implementation Science**, v.9, p.120, 2014a. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4263210/>>. Acesso em: 13 de maio de 2021.

STURKE, R. et.al. A Multi-Disciplinary Approach to Implementation Science: The NIH-PEPFAR PMTCT Implementation Science Alliance. **JAIDS**, 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](https://journals.lww.com/jaids/fulltext/2014/11011/a_multi_disciplinary_approach_to_implementation.11.aspx)>. Acesso em: 13 de maio de 2021.

SUDSAWAD, P. Knowledge Translation: Introduction to Models, Strategies, and Measures. Austin, TX: **Southwest Educational Development Laboratory, National Center for the Dissemination of Disability Research**, 2007. Disponível em: <[https://ktdrr.org/ktlibrary/articles\\_pubs/ktmodels/](https://ktdrr.org/ktlibrary/articles_pubs/ktmodels/)>. Acesso em: 14 de maio de 2021.

TOGO, H.Y.A.; LOPES, E.C. Preoperative fasting reduction in burned patients: A systematic review, **Burns Open**. 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1016/j.burnso.2020.06.004>>. Acesso em: 13 de maio de 2021.

TRICCO, A.C. et al. Barriers and facilitators to uptake of systematic reviews by policy makers and health care managers: a scoping review. **Implement Sci.**, v.11, n.4, p.1-20, 2016. Disponível em:< <https://doi.org/10.1186/s13012-016-0370-1>>. Acesso em> 14 de maio de 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Bridging the “Know–Do” Gap Meeting on Knowledge Translation in Global Health. Geneva, Switzerland: **World Health Organization**, 2005. Disponível em: <<https://www.who.int/bulletin/volumes/83/10/editorial21005html/en/>>. Acesso em: 13 de maio de 2021.

## 7.2 Estudo 2

### **O processo de implantação do manejo da sede no paciente queimado cirúrgico embasado no Knowledge Translation**

#### **RESUMO**

A sede se mostra presente e intensa na realidade do paciente cirúrgico queimado, em período pré-anestésico. Incorporar o manejo da sede de forma intencional, como um protocolo clínico, é desafiador, já que a simples disseminação de conhecimento e capacitação de profissionais não garantem que o manejo seja incorporado à prática, resultando em lacuna entre o saber e o fazer. Dessa forma, é essencial a implantação, por meio de intervenções inovadoras, de evidências que promovam mudança na prática clínica e incorporação de cuidados atualizados. Este estudo tem como objetivo refletir criticamente sobre o caminho percorrido para a implantação do Modelo de Manejo da Sede com o uso da intervenção de Knowledge Translation *Evidence-based Practice for Improving Quality* (Prática Baseada em Evidência para a Melhoria do Processo de Qualidade) na unidade de queimados. A implantação ocorreu em duas etapas: Preparação e Implantação e mudança, ambas demandando uma sequência de passos. A implementação foi realizada em quatro ciclos da ferramenta de melhoria PDSA. Todos tiveram o mesmo indicador coletado (adoção da utilização do MMS pelo profissional no paciente queimado, em período pré-operatório), com metas crescentes a serem alcançadas. Considerando as barreiras identificadas, usaram-se múltiplas estratégias combinadas de *Knowledge Translation*: cartazes, capacitações teóricas e práticas, individuais ou em grupo, vídeos, dinâmicas, músicas, desenvolvimento de logo para visibilidade da implantação, auditoria e *feedback*, protocolos clínicos didáticos e ilustrados. A descrição de todo o processo de implantação com o uso da intervenção *Evidence-based Practice for Improving Quality*, apontando fragilidades e fortalezas, mostra-se útil, necessária e inovadora. Este estudo pode auxiliar futuras implantações de evidências que escolham utilizar intervenções multifacetadas.

**DESCRITORES:** Prática Clínica Baseada em Evidências; Sede; Unidades de Queimados; Pesquisa Médica Translacional; Melhoria de Qualidade.

#### **INTRODUÇÃO**

Embora haja escassez de investigação científica sobre quais desconfortos o paciente queimado vivencia e o impacto deles em seu bem-estar durante o período pré-anestésico, na prática clínica eles são percebidos de forma intensa. Entre os diversos desconfortos identificados durante a hospitalização, está a sede (CORK et al., 2019; TOGO; LOPES, 2020).

A sede pode ser desencadeada por fatores distintos presentes na internação de muitos pacientes queimados. A fisiopatologia da queimadura, por exemplo, pode acarretar desequilíbrio hidroeletrolítico, grande perda de líquido pelas

lesões, uso de opioides para controle da dor, medo e ansiedade pela antecipação da experiência dolorosa após o procedimento, além dos longos períodos de jejum pré-anestésico com restrição hídrica (CORK et al., 2019; TOGO; LOPES, 2020). Todos esses fatores confluem para sede intensa e frequente no período pré-anestésico.

Para amenizar a sede nesse período, um grupo de pesquisadores desenvolveu o Modelo de Manejo da Sede (MMS) perioperatória. Composto por quatro pilares (identificação, mensuração, segurança e oferta de estratégia), este modelo pode ser utilizado no período pré e pós-operatório imediato (POI), ofertando alívio, conforto e satisfação ao paciente cirúrgico. Seu desenvolvimento foi baseado em evidências científicas sólidas, na experiência clínica dos profissionais e segundo a percepção do paciente cirúrgico, que experimenta esse sintoma (NASCIMENTO et al., 2020).

A efetiva implementação de novas evidências na prática clínica pode, no entanto, ser desafiadora. Evidência forte sozinha não é suficiente para mudar a prática, por isso o campo da ciência de implementação busca fornecer abordagens, estruturas e teorias que auxiliem na implantação bem-sucedida (HUNTER, 2020).

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

O referencial teórico KT é uma intervenção dinâmica e interativa que visa transpor a lacuna entre a evidência científica e a prática clínica. A translação é necessária, pois a simples disseminação do conhecimento ao término de uma pesquisa não garante que ele será usado pelos profissionais de saúde em sua prática (CIHR, 2016). Dessa forma, a implementação deve ser orientada por modelos teóricos de KT.

Considerando a efetividade de intervenções multifacetadas para o KT, desenvolveu-se no Canadá uma intervenção denominada *Evidence-based Practice for Improving Quality (EPIQ)*, que se pode traduzir por Prática Baseada em Evidência para a Melhoria do Processo de Qualidade. Tem como objetivo fundamentar a implementação da evidência na prática por meio de uma abordagem multidimensional

que visa à qualidade do cuidado, mudança organizacional e sustentação da evidência (LEE et al., 2009; LEE et al., 2011).

Essa intervenção de KT foi inicialmente implementada em unidades de cuidados intensivos neonatais e combina três pontos: uso das melhores evidências científicas publicadas (para afirmar a eficácia da evidência a ser implementada); uso de dados de resultados de auditorias locais referentes à mudança a ser realizada (para apoiar a necessidade de mudança); compartilhamento de experiências relacionadas à mudança da prática e aos resultados alcançados (para estimular a mudança e sustentar a evidência implantada) (CAO, JIANG, ZHOU, 2019; LEE et al., 2009; STEVENS et al., 2014).

Um ponto a considerar para a escolha da intervenção EPIQ dentre tantas outras se dá pelo fato de que, ao envolver os praticantes, incentivando-os a se apropriar de seus problemas e soluções locais, ela facilita a aceitação e maximiza o impacto de uma implantação (LEE et al., 2015). Isso ocorre pelo fato de a experiência do profissional e a realidade local serem valorizadas como componentes indispensáveis para uma implementação (STEVENS et al., 2014). Adicionalmente, as conquistas da EPIQ são amplas e contínuas, sendo o segredo para o sucesso, mesmo que aplicadas por curto período (BRINDLE, 2020).

Este estudo justifica-se pela importância da intervenção EPIQ nos processos de implantações e pela inexistência de estudos que detalham sua utilização para melhorar o processo de qualidade e gerar mudanças na assistência à saúde em países em desenvolvimento, como o Brasil. A lacuna de como essa estrutura pode ser utilizada na prática faz com que pesquisadores tenham dificuldade em sua aplicação. Outrossim, a intervenção EPIQ nunca foi descrita no cenário do paciente queimado ou do queimado cirúrgico, nem mesmo para a implantação do MMS no período perioperatório.

Assim o estudo apresentado é uma reflexão crítica do caminho percorrido para a implantação do MMS com o uso da intervenção KT denominada EPIQ na unidade de queimados.

## **CENÁRIO**

A unidade que recebeu a implantação da evidência foi um Centro de Tratamento de Queimados (CTQ), referência no norte do Paraná, que conta com duas salas cirúrgicas, para uma média mensal de 69 cirurgias, e uma sala de balneoterapia,

que realiza, em média, 122 procedimentos mensais. A unidade tem 15 leitos de enfermaria e 6 leitos de unidade de tratamento intensivo (UTI). A equipe que realiza todas as atividades desse setor é composta por 8 enfermeiros e 33 técnicos de enfermagem, distribuídos nos turnos da manhã, tarde e noite.

A pesquisa atendeu a todas as normas preconizadas pela Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, sendo aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa em seres humanos, sob o CAAE 13638519.1.0000.5231. Todos os profissionais e pacientes envolvidos no processo de implantação assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido; quando os pacientes eram menores de idade, os pais ou responsáveis assinaram o termo de assentimento. A pesquisadora assinou o Termo de Sigilo e Confidencialidade por coletar dados dos prontuários.

Em julho de 2019, antes de iniciar as etapas preconizadas pela EPIQ, a pesquisadora e também facilitadora externa para a implantação priorizou a construção de uma relação de confiança e respeito com os profissionais, vivenciando o cotidiano da unidade de queimados e participando dos processos de cuidado. A facilitadora registrou em um diário de campo suas percepções acerca das lideranças e do processo de trabalho no setor, o que poderia dar subsídio para posterior formação do Conselho de Pesquisa e Prática (CPP).

## **INTERVENÇÃO MULTIFACETADA DE KT**

A implantação transcorreu em duas grandes etapas, seguindo o recomendado pela intervenção EPIQ: Etapa de preparação e Etapa de Implantação e mudança (CARVALHO, 2017; LEE et al., 2009; STEVENS et al., 2014).

Dentro da etapa de preparação ocorreu a coleta de dados pré-implantação; formação, sensibilização e capacitação do CPP; revisão das evidências disponíveis; decisão pela mudança de prática; identificação das barreiras e facilitadores; sensibilização e capacitação da equipe (CARVALHO, 2017; LEE et al., 2009; STEVENS et al., 2014).

Já na etapa de implantação e mudança, os passos foram a fixação do conteúdo trabalhado em cada um dos quatro pilares de maneira individual; verificação e implantação do plano de mudança de prática com o uso da ferramenta de melhoria PDSA (*plan; do; study; act*) —, que pode ser traduzida por: planejar; fazer; estudar; agir —; e a coleta de dados pós-implantação (CARVALHO, 2017; LEE et al., 2009; STEVENS et al., 2014).

## ETAPA PREPARAÇÃO

A coleta de dados pré-implantação ocorreu por dois meses (agosto e setembro de 2019) com o objetivo de reunir dados da unidade relacionados ao sintoma sede no paciente cirúrgico queimado, em período pré-operatório. Naquela ocasião, os dados clínicos e demográficos foram coletados no prontuário do paciente. No entanto, como não havia registros sistematizados sobre a sede, foi necessário abordar o paciente em período pré-operatório para coletar os dados pré-implantação.

Os dados coletados tanto na coleta pré quanto na pós-implantação foram os mesmos. A diferença foi que os dados específicos referentes à sede na coleta pós-implantação também poderiam ser localizados no prontuário do paciente, pois, durante a implementação, foi desenvolvido instrumento específico para o registro do MMS. Os dados eram: demográficos (sexo e idade), clínicos (local de internação, dias de internação, número de procedimentos, porcentagem da superfície corporal com queimadura, tempo de jejum de sólidos, tempo de jejum de líquidos), e também referentes ao manejo da sede no período pré-operatório (número de pacientes com sede, intensidade de sede, utilização do MMS pelo profissional no paciente queimado em período pré-operatório).

Em outubro de 2019, os profissionais-chave do setor foram formalmente convidados para compor o CPP. A finalidade do conselho era promover a atuação desses profissionais como facilitadores internos e tomadores de decisões na unidade durante o processo de implantação. A composição se definiu por uma equipe multiprofissional: a enfermeira gestora da unidade e uma enfermeira assistencial, duas técnicas de enfermagem, o cirurgião-chefe da unidade, um anestesiológista e duas docentes de enfermagem doutoras na temática sede (facilitadoras externas).

Após a formação do CPP, seus integrantes foram capacitados pelos coordenadores da implantação por um mês, em dois encontros formativos com duração de uma hora e meia o primeiro e uma hora o segundo, realizados em sala reservada dentro do CTQ. Para isso, a facilitadora externa desenvolveu material didático com diferentes estratégias de apresentação: exposição oral dialogada, grupos focais para identificação de barreiras e facilitadores para a implantação (GARCIA et al., 2021), dinâmicas interativas, sensibilização quanto ao uso de estratégias tradicionais de alívio da sede e as que seriam oferecidas ao paciente queimado. Os membros do CPP conheceram a proposta da implantação, incluindo o método,

referencial teórico, intervenção e ferramenta de melhoria que seriam utilizadas. Os profissionais foram sensibilizados quanto ao sintoma sede, além de discutir sobre intervenções, prazos e recursos.

Em concomitância, a fim de aumentar a identificação e visibilidade da implantação, os pesquisadores do Grupo de Estudo e Pesquisa da Sede (GPS) criaram o projeto Paciente Sem Sede (PASS) (Figura 1) já com logo para identidade visual. O PASS foi apresentado ao CPP, aos profissionais do CTQ e, em apresentação formal, à diretoria da instituição, com o objetivo de solicitar apoio nos diferentes níveis de gestão. Para ação inicial de visibilidade ao projeto, foram impressos e distribuídos no CTQ *banners*, cartazes, adesivos, além do envelopamento do *freezer* com a logo do projeto.

**Figura 1** – Logo projeto Paciente Sem Sede – PASS.



Fonte: Elaborada pela autora (2021)

Considerando a premissa do KT de sintetizar as evidências disponíveis sobre o tema (CIHR, 2016), a pesquisadora fez revisão de literatura, a fim de localizar estratégias de alívio utilizadas especificamente para o tratamento da sede no paciente queimado. Todavia a busca foi infrutífera.

Dessa forma, as evidências existentes a respeito do paciente cirúrgico geral foram agregadas à experiência clínica dos profissionais participantes do CPP e à dos pacientes queimados, cujos dados sobre o manejo da sede tinham sido coletados no momento pré-implantação.

Durante a capacitação do CPP, os dados pré-implantação foram expostos ao grupo, para que todos entendessem a situação do setor quanto à temática da implantação. Esses dados revelaram que não ocorria nenhuma ação de identificação, mensuração e avaliação de segurança; conseqüentemente a sede do paciente queimado não era tratada.

O próximo passo foi a identificação de barreiras e facilitadores pelo CPP para a implantação do MMS e estratégias de enfrentamento dos nós críticos

(GARCIA et al., 2021). O mapeamento de cenário é fundamental para conseguir prever fatores contextuais que podem influenciar positiva ou negativamente na implementação. Isso incluiu olhar para fatores como cultura organizacional e receptividade a novas ideias e mudanças; tomar conhecimento a respeito de experiência anterior de melhoria na unidade; se os líderes eram solidários; quanta autoridade as pessoas tinham para tomar decisões e apresentar ideias e se haveria recursos disponíveis para apoiar a introdução de melhorias propostas. Com base nesse diagnóstico prévio se deve desenvolver o planejamento das estratégias de intervenção para reduzir seu impacto (HARVEY; LYNCH, 2017).

Não obstante sejam identificadas as barreiras, pouco se sabe como superá-las e quais intervenções são mais eficazes (BAKER et al., 2015). Além disso, cada contexto oferece seu próprio conjunto de fatores que vão dificultar ou promover a implantação de novos conhecimentos. Podem ser fatores de cunho objetivo, como a falta de um equipamento, ou subjetivo, como a descrença da equipe em determinada evidência (LÉGARÉ; ZHANG, 2013). A descrença e a falta de valorização do sintoma sede no paciente queimado foram identificadas em parte dos membros da equipe multidisciplinar, durante a implantação do manejo da sede. Esse comportamento reforça a importância de sensibilizar os profissionais sobre a evidência que será implantada no setor, antes mesmo de capacitá-los (LÉGARÉ; ZHANG, 2013).

Dessa forma, foi importante apresentar os dados pré-implantação a toda a equipe, com o objetivo de que todos reconhecessem a problemática sede dentro de suas experiências profissionais. Isso lhes permitiu avaliar seu próprio cenário de atuação e olhar com intencionalidade a perspectiva do paciente em jejum com sede.

Uma importante barreira identificada foi a resistência dos anestesiólogos em aceitar que os pacientes recebessem líquidos claros e sem resíduos (picolé de gelo) durante o período de jejum, contrariando as recomendações de suas associações de classe (ASA, 2017).

Na tentativa de transpor essa barreira, realizou-se um encontro com a chefia da anestesia da instituição para apresentar formalmente o projeto PASS, com o objetivo de envolver essa categoria profissional e solicitar apoio ao projeto, com consequente declaração favorável. Um facilitador dessa atitude pode ser o fato de já conhecerem a aplicação do MMS no POI, no centro cirúrgico geral da instituição.

Após esse encontro, a pesquisadora realizou diversas interações individuais com os anesthesiologists, visando abordar suas restrições e os benefícios do projeto PASS ao paciente queimado, além de esclarecer dúvidas e objeções. Com essa estratégia, estabeleceu-se melhor comunicação entre esses profissionais e a pesquisadora, reduzindo oposições.

O passo seguinte foi a definição pelo CPP das mudanças de prática a serem implementadas no setor. Isso ocorreu ao final do último encontro formativo, após o grupo conhecer as evidências relacionadas ao tratamento da sede no período pré-operatório. Optou-se por introduzir o MMS (NASCIMENTO et al., 2020) especificamente para pacientes em jejum no período pré-anestésico, até três horas antes do procedimento, e reestruturar o instrumento de registro perioperatório, inserindo ali o MMS.

Para a realização do MMS, o profissional deveria seguir os quatro pilares. No pilar identificação, perguntar ao paciente sobre a presença de sede; no pilar mensuração da intensidade, utilizar Escala Verbal-Numérica (EVN) (GRIES; BERRY; HARRINGTON et al., 2018) para adultos e Escala de Faces (EF) (CLARO, 1993) para crianças; para avaliar a segurança do manejo, seria utilizado o Protocolo de Segurança do Manejo da Sede (PSMS) no adulto (NASCIMENTO et al., 2018) e o Protocolo de Segurança do Manejo da Sede Pediátrica (PSMSP) na criança (PIEROTTI et al., 2020); para o pilar estratégia de alívio da sede, foram escolhidos o picolé de gelo (ARONI et al., 2020; CONCHON; FONSECA, 2018) e o hidratante labial sem mentol (GARCIA et al., 2018; SERATO et al., 2017).

O último passo dessa etapa foi capacitar a equipe de enfermagem do CTQ, pois são os responsáveis pela aplicação do MMS. Por outro lado, outra categoria profissional — os fisioterapeutas — também solicitou a participação nas capacitações, o que demonstra o interesse de outros profissionais que atuam no cuidado direto ao paciente queimado.

O conteúdo da capacitação para a equipe foi dividido em quatro encontros formativos, realizados em sala reservada no CTQ, durante o horário de serviço, com duração de 30 minutos cada, nos períodos da manhã, tarde e noite. Utilizou-se o mesmo material didático apresentado ao CPP, exposto em apresentações orais dialogadas, com espaço para trocas de experiências. Para permitir a socialização das evidências a todos os profissionais, foi necessário realizar 55 encontros formativos. As apresentações contemplaram: sensibilização do tema,

exposição dos dados pré-implantação, aplicação do MMS, barreiras e facilitadores identificados pelo CPP e apresentação do instrumento perioperatório atualizado.

Durante essa etapa, um elemento positivo foi o fato de a facilitadora externa ser uma das autoras das evidências — robustas e viáveis. Este aspecto pode contribuir para o aumento da credibilidade do papel do facilitador (AZIMI; FATTAHI; ASADI-LARI, 2015).

A formação do CPP também se apresentou como um elemento essencial para que a facilitadora externa mantivesse relação próxima de trabalho com líderes formais e informais do CTQ (HARVEY; LYNCH, 2017). O grupo que atua como facilitador interno pode gerar grande impacto nos resultados da implementação, incluindo a sustentabilidade de práticas no momento em que o facilitador externo for removido (CONNOLLY et al., 2020).

Como fator limitante, pode-se citar a falta de experiência da pesquisadora no papel de facilitadora externa em implementações. Cientistas defendem que facilitadores iniciantes precisam do apoio de um facilitador mais experiente para avaliar e negociar algumas das barreiras mais desafiadoras ou fatores contextuais que possam encontrar. Estudos apontam a importância do trabalho dos facilitadores em conjunto com uma rede de suporte, idealmente orientada e apoiada por colegas mais experientes (KITSON; HARVEY, 2016). No presente estudo, a rede de apoio da pesquisadora foram os membros mais experientes do GPS.

Ainda não há, porém, consenso sobre quais habilidades são mais importantes para o facilitador externo no mundo real, dificultando os esforços de recrutamento e capacitação desse facilitador (CONNOLLY et al., 2020).

Outro ponto desafiador a considerar é o comprometimento do facilitador em capacitar toda a equipe em múltiplos horários e repetidas vezes, evidenciando a necessidade da presença de um facilitador com grande disponibilidade de tempo. Ademais, países de baixa e média renda, como o Brasil, apresentam limitadores como a falta de familiaridade dos profissionais com o processo de implantação, além da escassez e alta rotatividade de recursos humanos (HAILEMARIAM et al., 2019).

## **FASE IMPLANTAÇÃO E MUDANÇA**

Na segunda etapa, fixaram-se as evidências relacionadas aos quatro pilares do MMS com o auxílio de estratégias variadas de KT. Para sua sistematização,

utilizou-se a ferramenta de melhoria PDSA, que permite avaliação rápida e flexível para adaptar a mudança de acordo com o *feedback*, além da mensuração do impacto de uma intervenção no resultado de interesse (TAYLOR et al., 2014).

Foram necessários quatro ciclos de PDSA — um para cada pilar do MMS —, com duração de três semanas cada, objetivando melhorar a fixação do conteúdo. Ao término de cada ciclo, fez-se auditoria para verificação do alcance da meta. A auditoria se baseava na ficha perioperatória, a qual contemplava os dados do MMS. Ocorria na última semana de cada ciclo, com duração de três dias, escolhidos aleatoriamente, considerando a disponibilidade da facilitadora externa.

O indicador auditado foi o mesmo para todos os ciclos, ou seja, adoção dos quatro pilares do MMS pelo profissional no paciente queimado, em período pré-operatório. As metas foram alcançadas em três dos quatro ciclos de PDSA rodados.

Diversas estratégias multifacetadas foram desenvolvidas e implementadas pelo CPP e profissionais no setor durante cada um dos ciclos, visando a fidelidade do plano de implantação (Quadro 1).

**Quadro 1** – Estratégias multifacetadas utilizadas durante o processo de implantação do Modelo de Manejo da Sede na unidade de queimados

<b>Público alvo</b>	<b>Estratégia utilizada</b>	<b>Objetivo</b>
Profissionais/ Pacientes	Ferramenta PDSA.	Sistematizar o processo de fixação do conteúdo e auditorias.
Profissionais/ Pacientes/ Instituição hospitalar	Desenvolvimento logo projeto PASS.	Aumentar a visibilidade da implantação.
Profissionais/ Pacientes/ Instituição hospitalar	Distribuição de banners, cartazes e adesivamento de freezer com a logo do projeto PASS.	Aumentar a visibilidade do projeto PASS.
Instituição hospitalar	Reunião com direção da instituição.	Apoiar o projeto de implantação.
Profissionais	Reunião com chefia dos anestesistas.	Apoiar o projeto de implantação.
Profissionais	Capacitação teórica em grupos sobre o MMS.	Capacitar a equipe para aplicar o MMS.
Profissionais	Capacitação prática e individual sobre o MMS.	Capacitar a equipe para aplicar o MMS.
Profissionais	Adesivamento de escalas e protocolos nas pranchetas.	Auxiliar os profissionais na aplicação do MSS.

Profissionais	Adequação e capacitação para uso da ficha perioperatória com inserção do MMS.	Inserir o MMS no registro dos profissionais.
Pacientes	Entrega de panfletos sobre o MMS na internação do paciente.	Orientar o paciente sobre o MMS no pré-operatório.
Profissionais/ Pacientes	Cartazes com lembretes sobre o MMS.	Lembrar os profissionais e pacientes sobre o MMS.
Profissionais/ Pacientes	Distribuição de placas “Atenção, paciente em jejum! Faça o manejo da sede”.	Lembrar os profissionais sobre a realização do MMS.
Profissionais/ Pacientes	Músicas relacionadas a sede.	Engajar os envolvidos.
Profissionais/ Pacientes	Dinâmicas interativas com profissionais e pacientes: Óculos da intencionalidade; Parada da mensuração; Garrafas com ovos.	Engajar os envolvidos.
Profissionais/ Pacientes	Distribuição de picolés de crochê aos profissionais (formato chaveiro) e pacientes (aromatizados).	Aumentar a visibilidade da implantação.
Profissionais/ Pacientes	Distribuição de ímã de geladeira com frase motivacional.	Engajar os envolvidos e aumentar a visibilidade da implantação.
Instituição hospitalar	Entrevista das pesquisadoras em rádio e jornal da universidade.	Aumentar a visibilidade da implantação.
Profissionais	Profissionais provarem estratégias de alívio da sede antigas (gaze molhada, água destilada) versus estratégias implantadas (picolé de gelo e hidratante labial).	Sensibilizar a equipe sobre a implantação do MMS.
Profissionais/ Pacientes/ Acompanhantes	Distribuição de picolés saborizados.	Engajar os envolvidos e aumentar a visibilidade da implantação.
Profissionais	Elaboração de vídeo prático do MMS adulto e pediátrico.	Sustentar o projeto, auxiliando futuras capacitações e retiradas de dúvidas.
Instituição hospitalar	Solicitação de padronização do hidratante labial para a farmácia da instituição.	Sustentar o projeto dando continuidade no fornecimento do hidratante labial.
Profissionais	Capacitação dos trabalhadores para confecção do picolé de gelo até nutrição assumir a função.	Sustentar o projeto dando continuidade no fornecimento do picolé de gelo.
Profissionais/ Instituição hospitalar	Desenvolvimento de POP adulto e pediátrico.	Adequar às regras da instituição para implantação de evidências.
Profissionais/ Instituição hospitalar	Desenvolvimento de POP adulto e pediátrico didático, com imagens e pouco texto e	Melhorar adesão dos profissionais para utilização do POP.

	adesivamento nas paredes do setor (posto de enfermagem).	
--	--	--

**Legenda:** PDSA – Planejar, Fazer, Estudar, Agir; MMS – Modelo de Manejo da Sede; POP – Protocolo Operacional Padrão; PASS – Paciente Sem Sede.

**Fonte:** Elaborado pela autora (2021)

Ao início de cada ciclo havia reunião com o CPP, para estabelecimento do plano de mudança, estratégias a serem utilizadas para engajamento da equipe por meio de aprendizado efetivo, além da meta a ser atingida. Todas as estratégias realizadas para fixação da evidência, nos quatro ciclos de PDSA, ocorreram nos turnos da manhã, da tarde e noite.

Para a escolha das melhores estratégias, foram considerados os achados 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, uso de meios de comunicação para apoio e lembretes aos pacientes (PANTOJA et al., 2017).

Considerando como estratégia o uso de meios de comunicação para apoio da implantação, a pesquisadora concedeu entrevistas à emissora de rádio e ao jornal da universidade. Ressalte-se o importante papel dos comunicadores em decodificar mitos envolvendo a experiência da sede no pré-operatório.

As dinâmicas realizadas e músicas cantadas nos corredores do CTQ tiveram o papel de ativadores, atraindo a atenção da equipe, pacientes e acompanhantes, quebrando a rotina e engajando a unidade no projeto.

O terceiro ciclo, por ser referente ao pilar mais complexo, teve como foco o treinamento prático e individual da equipe de enfermagem para a utilização do PSMS e PSMSP. A complexidade da evidência é um fator limitador da sustentação na prática, principalmente em países de baixa e média renda (HAILEMARIAM et al., 2019).

A meta não alcançada neste ciclo pode estar relacionada ao fato de alguns membros do CPP estarem de férias, reduzindo a motivação para aplicação das mudanças inseridas. Isso indica a importância do engajamento da liderança para a promoção e sustentação do processo de implantação (BIANCHI et al., 2018).

Outra estratégia desenvolvida foi a criação de protocolos operacionais padrão (POP) para aplicação do MMS adulto e pediátrico. No entanto, os facilitadores observaram que dificilmente a equipe consultava o POP em caso de dúvidas em razão de o formato apresentar conteúdo escrito e estar inserido no sistema *online* da instituição. Dessa forma, como solução à barreira, desenvolveu-se o POP didático, com imagens e texto sintético e colados em paredes estratégicas do setor, facilitando sua utilização e deixando o conhecimento mais palpável.

Mesmo sem alcançar a meta estipulada no terceiro ciclo, iniciou-se o último, sendo necessária a continuidade das capacitações práticas e individuais da equipe. Todavia a fixação do conhecimento demandou investimento de tempo e esforço dos envolvidos, pois alguns profissionais apresentaram resistência em participar, alegando já terem participado de outros momentos formativos iniciais ou mesmo sobrecarga de trabalho. Esta é a barreira mais comumente identificada pelos profissionais para a realização do KT efetivo, principalmente em unidade com intensa carga de trabalho, como, por exemplo, o CTQ (GARCIA et al., 2021; HARVEY et al., 2020).

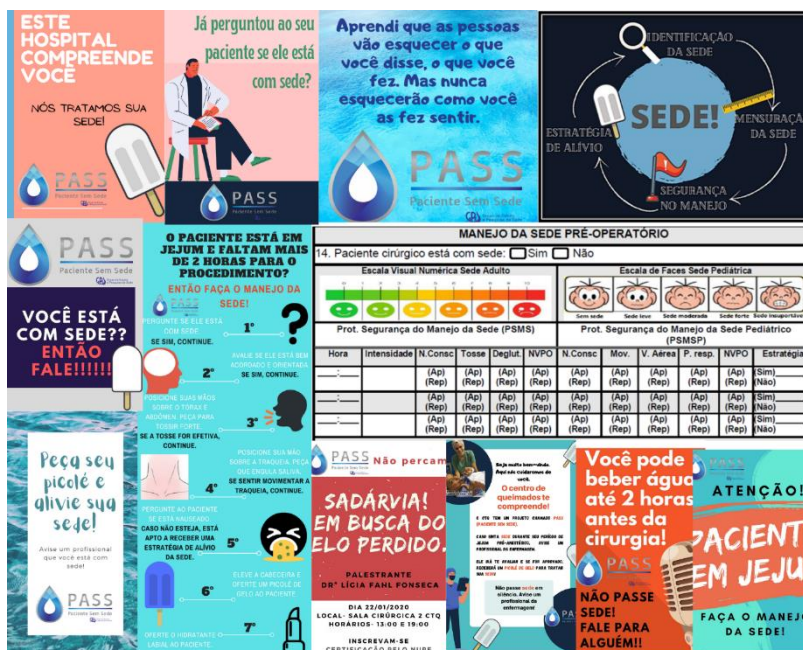
O apoio das lideranças do setor foi fundamental nessa fase. É importante o papel dos gestores como moderadores ou mediadores entre os profissionais e a evidência a ser implantada, podendo, dessa maneira, aprimorar ou impedir a implementação (LI et al., 2018). As auditorias realizadas durante os ciclos de PDSA, por exemplo, contribuíram tanto na identificação dos profissionais com dificuldade em realizar a aplicação e o registro do MMS quanto possibilitaram *feedback* a esses profissionais, sempre apoiados pela gestão (PANTOJA et al., 2017). Esse esforço colaborativo pode contribuir para o preenchimento da lacuna entre o saber e o fazer. Entretanto discute-se ainda como características organizacionais interagem para influenciar a eficácia da implantação (LI et al., 2018).

Os profissionais também puderam provar as estratégias que acreditavam aliviar a sede e que, em algum momento, já haviam ofertado a seus pacientes. Como o algodão embebido em água ou gaze com soro fisiológico. Em um segundo momento, provaram as estratégias de alívio que foram implantadas, como o picolé de gelo e o hidratante labial. Essa experiência repercutiu na valorização da equipe quanto às novas estratégias de alívio da sede e à possibilidade em poder ofertar algo mais eficaz e prazeroso ao paciente. Essa intervenção considerou a

premissa da importância da sensibilização da equipe quanto à evidência a ser inserida (LÉGARÉ; ZHANG, 2013).

Visando fomentar a educação do paciente em relação à sede, distribuíam-se panfletos informativos no momento de sua internação. Além disso, lembretes aos pacientes e profissionais foram colados nos corredores e enfermarias, a fim de melhorar a comunicação paciente-equipe (Figura 2).

**Figura 2** – Mosaico das artes relacionadas ao manejo da sede desenvolvidas para profissionais e pacientes.



Fonte: Elaborada pela autora (2021)

Com o objetivo de elucidar dúvidas e transpor a barreira da alta rotatividade de funcionários no setor (GARCIA et al., 2021), fizeram-se vídeos do MMS, que foram enviados aos profissionais por aplicativo de celular, para consulta sempre que necessário. Uma cópia foi disponibilizada à gestão da unidade para utilização em futuras capacitações.

Finalizando os ciclos, a pesquisadora se distanciou de forma intencional do CTQ por três semanas, para que pudesse avaliar o cenário após um período sem intervenções. Ao término do intervalo, em março de 2020, teve início a coleta pós-implantação, com duração de três semanas.

Um limitador que precisa ser considerado na segunda etapa da intervenção EPIQ foi a interrupção precoce da coleta pós-implantação em razão da

pandemia, fazendo com que o tempo previamente estabelecido de coleta pré e pós-implantação diferissem.

Esta pesquisa não abarcou com toda a profundidade requerida o escopo da sustentação do processo (TRICCO et al., 2016). Algumas estratégias isoladas foram desenvolvidas visando uma aproximação da sustentabilidade. Discute-se, no entanto, que este é um dos elementos essenciais do KT e precisa ser trabalhado em momento futuro.

Outro ponto desafiador encontrado ao longo do processo foi a falta da cultura de incentivo à adoção de novas evidências na prática, fazendo com que o cenário e os atores envolvidos estivessem menos receptivos à mudança. Prossegue a reflexão a respeito da necessidade do estímulo a novas pesquisas na unidade, a fim de abarcar os desafios apontados.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A importância deste estudo está na riqueza de detalhes do processo completo de implantação, descrevendo o caminho percorrido e as estratégias utilizadas almejando o alcance da implantação bem-sucedida. Essa reflexão poderá auxiliar nos futuros processos de implementação de evidências na prática clínica, com o uso da intervenção EPIQ.

Como limitador do processo, deve-se considerar a ausência da cultura de promover a adoção de evidências, sobrecarga de trabalho e alta rotatividade de profissionais na unidade, além de a pesquisa não abarcar com toda profundidade requerida o elemento sustentabilidade.

Os pontos de destaque no uso da intervenção foram a formação do CPP para tomada de decisões, o desenvolvimento de estratégias personalizadas para cada etapa e passo do processo, a disponibilidade de tempo da facilitadora externa em realizar inúmeras capacitações teóricas e práticas em todos os turnos. Outra fortaleza foi o fato de a facilitadora externa e seu grupo de apoio (GPS) serem referências na evidência implantada, dando credibilidade ao processo.

**Financiamento:** Bolsa Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES); Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPQ – processo 425262/2018-9).

## REFERÊNCIAS

- ARONI, P. et al. The use of mentholated popsicle to reduce thirst during preoperative fasting: A randomized controlled trial. **J Clin Nurs.**, v.29, p.840–851, 2020. [10.1111/jocn.15138](https://doi.org/10.1111/jocn.15138)
- AZIMI, A.; FATTAHI, R.; ASADI-LARI, M. Knowledge translation status and barriers. *Med Lib Assoc.* v.103, n.2, 2015. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4404863/>
- BAKER, R. et al. Tailored interventions to address determinants of practice. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2015. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD005470.pub3>
- BIANCHI M., et al. A review of the role of nurse leadership in promoting and sustaining evidence-based practice. **J Nurs Manag.** v.26, n.8, p.918-932, 2018. <https://doi.org/10.1111/jonm.12638>
- BRINDLE, M. E. The challenge of achieving continuous quality improvement in Canadian pediatric care. **CMAJ.**, v.27, n.192. p. E79-80, 2020. <https://doi.org/10.1503/cmaj.200008>
- CANADIAN INSTITUTES OF HEALTH RESEARCH (CIHR) CI of HR. More about Knowledge Translation at CIHR – long descriptions. [Internet]. 2016. <https://cihr-irsc.gc.ca/e/46642.html>
- 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.
- CAO, Y.; JIANG, S.; ZHOU, Q. Introducing evidence-based practice improvement in Chinese neonatal intensive care units. **Transl Pediatr.**, v.8, n.3, p.257-261, 2019. <http://dx.doi.org/10.21037/tp.2019.07.07>
- 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>
- CORK, M. et al. Effectiveness and safety of perioperative enteral feeding in patients with burn injuries: a systematic review protocol. **JBI Database System Rev Implement Rep**, v. 17, n. 8, p.1607–1615, 2019. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30889069/>
- 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.; 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.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29580594/>

GARCIA, A.K.A.; CONCHON, M.F.; PIEROTTI, I.; ZAMPAR, E.F.; FONSECA, L.F. Barriers and facilitators in the management of preoperative thirst of the burned patient in the light of Knowledge Translation. **Rev Esc Enferm USP**. v.55, p.e03764, 2021. <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2020039803764>

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

GRIES, K. et al. Literature review to assemble the evidence for response scales used in patient reported outcome measures. **Journal of Patient-Reported Outcomes**, v.2, p.41, 2018. <https://doi.org/10.1186/s41687-018-0056-3>

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>

HARVEY, G.; KELLY, J.; KITSON, A.; THORNTON, K.; OWEN, V. Leadership for evidence-based practice - Enforcing or enabling implementation? **Collegian**. v.27, n.1, p.57-62, 2020. <https://doi.org/10.1016/j.colegn.2019.04.004>

KITSON, A.; HARVEY, G. Methods to Succeed in Effective Knowledge Translation in Clinical Practice. **Journal of Nursing Scholarship**, v.48, n.3, p.294–302, 2016. Disponível em: < <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27074390/>> Acesso em: 3 de Set. de 2021.

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. Disponível em: <[https://www.researchgate.net/publication/315370531\\_Enabling\\_Continuous\\_Quality\\_Improvement\\_in\\_Practice\\_The\\_Role\\_and\\_Contribution\\_of\\_Facilitation](https://www.researchgate.net/publication/315370531_Enabling_Continuous_Quality_Improvement_in_Practice_The_Role_and_Contribution_of_Facilitation)>. Acesso em> 3 de Set. De 2021.

HUNTER, S.C. et al. Experiences of using the i-PARIHS framework: a co-designed case study of four multi-site implementation projects. **BMC Health Services Research**., v.20, n.573, 2020. <https://doi.org/10.1186/s12913-020-05354-8>

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: 13 de maio de 2021.

LEE, S.K. et al. The EPIQ evidence reviews – practical tools for an integrated approach to Knowledge Translation. **Paediatr Child Heal**. v.16, n.10, p. 629-630, 2011. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3225472/pdf/pch16629.pdf> >. Acesso em: 13 de maio de 2021.

LEE, S.K. et al. The Evidence-based Practice for Improving Quality method has greater impact on improvement of outcomes than dissemination of practice change guidelines and quality improvement training in neonatal intensive care units.

**Paediatr Child Health**. v.20, n.1, 2015. Disponível em:

<<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4333759/pdf/pch-20-e1.pdf>>.

Acesso em: 13 de maio de 2021.

LÉGARÉ, F.; ZHANG, P. Barriers and facilitators: Strategies for identification and measurement. In: STRAUSS, S.E.; TETROE, J.; GRAHAM, I.D.

**Knowledge Translation in Health Care Moving from Evidence to Practice**. 2ª Ed., UK: 2013. Cap. 3.3a. Disponível em:

<https://www.ebcp.com.br/simple/upfiles/livros/KT/Ch3.3a%20Barriers%20and%20Facilitators.pdf>>. Acesso em: 13 de maio de 2021.

LI S.A.; JEFFS L.; BARWICK M.; STEVENS B. Organizational contextual features that influence the implementation of evidence based practices across healthcare settings: a systematic integrative review. **Systematic Reviews**. v.7, p.72; 2018.

<https://doi.org/10.1186/s13643-018-0734-5>

NASCIMENTO, L.A. et al. Advances in the Management of Perioperative Patients' Thirst. **AORN Journal**. February, Vol. 111, No. 2, 2020.

<https://doi.org/10.1002/aorn.12931>

NASCIMENTO, L.A.; FONSECA, L.F.; SANTOS, C.B. Inter-rater Reliability Testing of the Safety Protocol for Thirst Management. **J PeriAnesthesia Nurs**. v.33, n.4, 2018.

<https://doi.org/10.1016/j.jopan.2016.07.008>

OLSON, A.; OUDSHOORN, A. Knowledge translation: A concept analysis. **Nurs Forum**, p.1–8, 2019.

<https://doi.org/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. CD011086, 2017. Disponível em:

<<https://doi.org/10.1002/14651858.CD011086.pub2>>. Acesso em: 3 de Set. 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>

Practice guidelines for preoperative fasting and the use of pharmacologic agents to reduce the risk of pulmonary aspiration: application to healthy patients under going elective procedures. **Anesthesiology**, v.126, n.3, p.376-393, 2017.

SERATO, V.M. et al. Package of mentholated measures for thirst relief: Randomized clinical study. **Rev. Bras. Enferm**, v. 72, n.3, p. 600–608, 2019.

<https://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0057>

STEVENS, B.J. et al. Implementation of multidimensional knowledge translation strategies to improve procedural pain in hospitalized children. **Implementation Science**, v.9, p.120, 2014. Disponível em:

<<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4263210/>>. Acesso em: 13 de maio de 2021.

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/23/4/290>>. Acesso em: 13 de maio de 2021.

TOGO, H.Y.A.; LOPES, E.C. Preoperative fasting reduction in burned patients: A systematic review, **Burns Open**. 2020. <https://doi.org/10.1016/j.burnso.2020.06.004>

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.

### 7.3 Estudo 3

#### **Implantação do Modelo de Manejo da Sede no paciente queimado cirúrgico: estudo quase-experimental norteado pelo Knowledge Translation**

##### **RESUMO**

**Objetivo:** Avaliar a adoção, cobertura, aceitabilidade, viabilidade e fidelidade na implantação do Modelo de Manejo da Sede pré-operatória em uma unidade de queimados norteado pelo arcabouço teórico *Knowledge Translation*, guiado pelo modelo conceitual *Integrated Promoting Action on Research Implementation in Health Services (i-PARIHS)* 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, conduzido no período pré-operatório em uma unidade de queimados. Amostra de 59 pacientes na pré-implantação e 40 no pós-implantação, além de 39 profissionais de enfermagem. A implantação ocorreu de agosto de 2019 a março de 2020. **Resultados:** Houve adoção da evidência pela equipe, com variação de 0,0% de manejo da sede no momento pré-implantação, para 72,5% no pós-implantação. A cobertura da capacitação da aplicação do modelo de manejo alcançou 87,5% das enfermeiras e 87,9% dos técnicos de enfermagem. A evidência apresentou aceitabilidade e viabilidade pelos profissionais, e os ciclos de PDSA alcançaram as metas em três dos quatro pilares do Modelo, evidenciando fidelidade. **Conclusão:** O arcabouço teórico se mostrou adequado e inovador para a implantação do Modelo de Manejo da Sede no período pré-operatório na unidade de queimados.

**DESCRITORES:** Sede; Enfermagem Perioperatória; Unidades de Queimados; Enfermagem Baseado em Evidência.

##### **INTRODUÇÃO**

Pacientes queimados usualmente são submetidos a múltiplos procedimentos anestésicos para realização de balneoterapias e cirurgias em virtude da complexidade de seus cuidados. No período pré-anestésico, inúmeros fatores convergem para que o paciente queimado sinta sede intensa, constituindo-se fonte de inquietação e sofrimento. Medo e ansiedade em vivenciar experiências dolorosas pelo procedimento, uso de opioides para controle diário da dor, a própria fisiopatologia da queimadura que acarreta desequilíbrio hidroeletrolítico e perdas de líquidos pelas lesões, além dos longos períodos de jejum impostos a esses pacientes tornam a sede uma experiência constante (CORK et al., 2019; TOGO; LOPES, 2020).

Embora a sede seja um desconforto prevalente, intenso e de alta relevância identificado na prática clínica dessa população, não se encontram pesquisas sobre essa temática no paciente queimado. Revisão sistemática sobre

redução do jejum pré-operatório em pacientes queimados (TOGO; LOPES, 2020), evidencia lacuna sobre o tema.

Enfermeiros perioperatórios desenvolveram o Modelo de Manejo da Sede (MMS) a fim de ser aplicado tanto no período pré quanto no pós-operatório imediato (POI). Este é composto por quatro pilares – identificação, mensuração, avaliação da segurança para o manejo e aplicação de estratégia para alívio da sede (NASCIMENTO et al., 2020).

O foco inicial de atuação do MMS foi com a pacientes na sala de recuperação anestésica, estendendo-se, posteriormente, aos pacientes em jejum no período pré-operatório. As implantações do MMS em diferentes cenários demonstraram grande impacto para o conforto e bem estar do paciente no perioperatório (SOBECC, 2021).

A simples divulgação dos resultados de pesquisas não implicam sua incorporação na prática junto aos pacientes (CIHR, 2016). Evidências científicas levam em média 17 anos para que seja colocada em prática na área da saúde (THIRSK, 2018). Portanto, para que ocorra implementações bem-sucedidas, se faz necessária a utilização de intervenções inovadoras para a transformação da realidade, o que requer mudanças complexas de comportamento, cultura, valores, além da consideração de múltiplos fatores que podem facilitar ou dificultar uma implementação (HARVEY; LYNCH, 2017; LÉGARÉ; ZHANG, 2013).

Entre essas intervenções está o *Knowledge Translation (KT)*, que conta com o profissional como agente de mudança em seu processo de trabalho (STRAUS; TETROE; GRAHAM, 2009). Esse referencial se baseia em quatro pontos fundamentais: síntese das melhores evidências disponíveis; disseminação; troca; e aplicação eticamente sólida do conhecimento (CIHR, 2016).

Visando representar a interação dos fatores que influenciam a implementação bem-sucedida e nortear como o KT é implementado na prática, foi desenvolvido o modelo conceitual *Integrated Promoting Action on Research Implementation in Health Services (i-PARIHS)*. O modelo baseia-se nas habilidades e capacidades dos facilitadores em trabalhar com indivíduos e equipes para ajudá-los a utilizar as melhores evidências disponíveis em sua prática (KITSON; HARVEY, 2016).

Para a sistematização e operacionalização da implantação do MMS, foi utilizada a intervenção *Evidence-Based Practice for Improving Quality (EPIQ)*. Interativa e objetiva, visa a melhoria contínua da qualidade, podendo ser adaptada

para atingir objetivos clínicos das unidades hospitalares. Com base em dados locais, utilizam-se de evidências e colaboração de um pequeno grupo de destaque de profissionais locais, denominado Conselho de Pesquisa e Prática (CPP), que atua como facilitador interno e implementa as estratégias (LEE et al., 2009; 2011; STEVENS et al., 2014).

Partindo dessa premissa, o cenário de sofrimento causado pela restrição hídrica e múltiplos procedimentos enfrentados pelo paciente queimado motivou a implantação do MMS neste contexto, e a nossa pergunta de pesquisa a ser respondida foi: a implantação do Modelo de Manejo da Sede pré-operatória sustentado pelo arcabouço teórico referencial Knowledge Translation associado ao modelo i-PARIHS e intervenção EPIQ apresenta adoção, cobertura, aceitabilidade, viabilidade e fidelidade na unidade de queimados?

## **OBJETIVO**

Avaliar a adoção, cobertura, aceitabilidade, viabilidade e fidelidade do Modelo de Manejo da Sede pré-operatório em uma unidade de queimados mediante utilização do arcabouço teórico *Knowledge Translation*, guiado pelo modelo conceitual *Integrated Promoting Action on Research Implementation in Health Services (i-PARIHS)* e operacionalizada pela intervenção *Evidence-Based Practice for Improving Quality (EPIQ)* para sua implantação na prática.

## **MÉTODO**

Estudo de intervenção quase-experimental, sem grupo controle, do tipo pré e pós-teste com delineamento tempo-série e abordagem analítica. Foi norteado pelo referencial teórico *KT*, além da utilização do modelo conceitual *i-PARIHS* e da intervenção *EPIQ*.

Em cumprimento à Resolução nº 466/12, do Conselho Nacional de Saúde, a pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, da Universidade Estadual de Londrina, com parecer 3.476.724 e CAAE 13638519.1.0000.5231. Todos os participantes assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) e as crianças, o termo de assentimento. A pesquisadora assinou o termo de sigilo e confidencialidade para ter acesso aos prontuários da unidade.

O estudo foi conduzido em uma unidade de queimados de um hospital escola referência no sul do Brasil. O setor é composto por seis leitos de terapia intensiva, 15 de enfermagem, duas salas cirúrgicas, e uma para balneoterapia de uso exclusivo para pacientes queimados adultos e pediátricos. A equipe é composta por oito enfermeiras e 33 técnicos de enfermagem, distribuídos nos turnos da manhã, tarde e noite.

A amostra do estudo foi não probabilística, determinada pelo tempo de coleta de dados. Dois grupos fizeram parte do processo de implantação, com diferentes características e finalidades. O primeiro grupo que compôs a amostra foram os pacientes queimados, que se encontravam em período pré-operatório, com possibilidade de receberem o MMS, de ambos os sexos, adultos e pediátricos (idade mínima de 3 anos). Durante a coleta de dados pré-implantação 59 pacientes foram abordados, e, na pós-implantação, 40. O critério de não inclusão foi o paciente intubado, traqueostomizado, em período pós extubação, internado em outro setor e ser direcionado ao CTQ apenas para o procedimento anestésico-cirúrgico.

O segundo grupo foi constituído por 36 profissionais, sendo sete enfermeiras e 29 técnicos de enfermagem do CTQ, de ambos os sexos, que atuavam no cuidado direto ao paciente cirúrgico queimado, (NASCIMENTO et al., 2020). O critério de não inclusão foi o trabalhador estar de férias ou licença no momento de execução da pesquisa.

A variável de resultado principal de implantação foi a adoção dos profissionais que mensurou o uso do MMS pré-operatório no paciente queimado. A adoção envolve a intenção de fazer uso de algo que está disponível, decisão inicial ou ação de empregar uma nova intervenção (PETERS et al., 2014). Nesta pesquisa foi definida pela variação da utilização do MMS no pré-operatório do paciente queimado, pela equipe de enfermagem, entre os momentos pré e pós-implantação.

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

Para a coleta pré e pós-implantação utilizou-se roteiro estruturado, submetido à validação aparente por quatro juízes, especialistas em enfermagem perioperatória e membros do Grupo de Estudo e Pesquisa da Sede (GPS).

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

Para a amostra de profissionais participantes do estudo, uma variável de resultado de implementação utilizada foi a cobertura. Esta é definida pela proporção de profissionais que receberam as capacitações referentes ao MMS (PETERS et al., 2014).

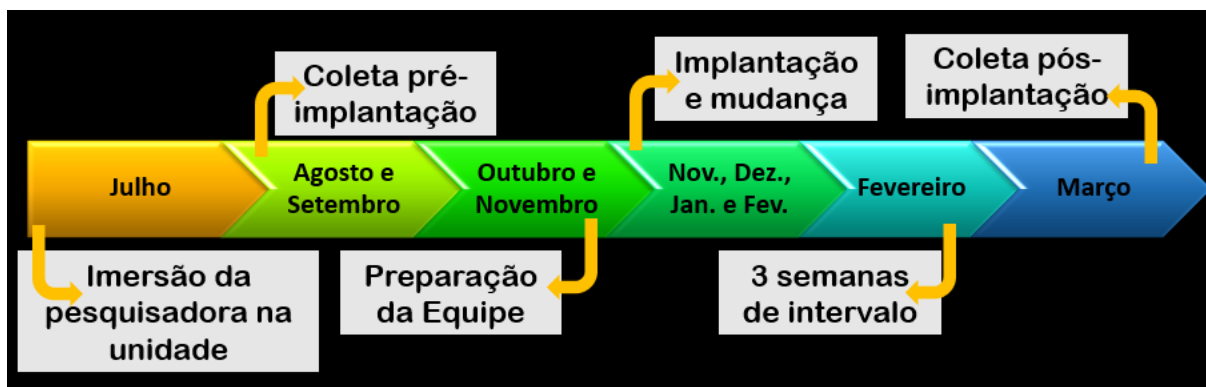
Também foi avaliada a viabilidade, definida como até que ponto uma intervenção pode ser realizada em um ambiente (PETERNS et al., 2014), abordando-se a utilidade e adequação da evidência incorporada. Outra variável foi a aceitabilidade, por parte da equipe, de que a evidência é útil na prática clínica (PETERS et al., 2014). Essas variáveis foram mensuradas a partir do preenchimento de roteiro estruturado sobre a utilidade, possibilidade de uso e avaliação das estratégias de alívio do manejo da sede para sua prática clínica. O preenchimento deste roteiro pelo profissional não era obrigatório e aconteceu ao término dos encontros formativos.

A última variável de resultado mensurada foi a fidelidade, definida como grau em que uma intervenção foi implementada conforme projetada no plano original, e entregue conforme pretendida (PETERNS, et al., 2014). No presente estudo foi mensurada pelo alcance das metas estabelecidas para cada pilar do MMS nos ciclos de PDSA.

Em julho, antes de iniciar as etapas preconizadas pela *EPIQ*, a pesquisadora priorizou a construção de uma relação de confiança e respeito com os profissionais, vivenciando o cotidiano da unidade de queimados e participando dos processos de cuidado. O período da coleta de dados ocorreu de agosto de 2019 a março de 2020. As atividades desenrolaram-se ao longo de 30 semanas, incluindo intervalo de três semanas antes do início da coleta pós-implantação (Figura 1). O processo de implantação transcorreu em duas grandes etapas e dentro delas passos foram percorridos, seguindo o preconizado pela intervenção *EPIQ*: Preparação; Implantação e mudança (LEE et al., 2009; STEVENS et al., 2014). Na Preparação ocorreu a coleta de dados pré-implantação; formação, sensibilização e capacitação do CPP; revisão das evidências; decisão pela mudança de prática; identificação das barreiras e facilitadores; sensibilização e capacitação da equipe (LEE et al., 2009; STEVENS et al., 2014; CARVALHO, 2017). Já na Implantação e mudança, os passos

foram a fixação do conteúdo trabalhando em cada um dos quatro pilares do MMS; verificação e implantação do plano de mudança de prática com o uso da ferramenta de melhoria PDSA (planejar; fazer; estudar; agir); e a coleta de dados pós-implantação (LEE et al., 2009; STEVENS et al., 2014; CARVALHO, 2017).

**Figura 1** – Processo de coleta de dados e implantação do Modelo de Manejo da Sede na unidade de queimados.



Fonte: Elaborada pela autora (2021)

A coleta de dados pré-implantação ocorreu por dois meses, a fim de reunir dados basais e possibilitar o reconhecimento do real cenário da sede no paciente queimado. Nesse momento, os dados clínicos e demográficos foram coletados no prontuário do paciente. Para coletar os dados referentes ao manejo da sede, a pesquisadora precisou abordar diretamente os pacientes perguntando sobre sua sede, por não haver registro sistematizado antes da implantação.

Os mesmos dados foram coletados no período pré e pós-implantação pela pesquisadora. A coleta ocorria em três dias da semana, escolhidos considerando a disponibilidade da pesquisadora, em todos os turnos. A diferença foi que os dados referentes a sede na coleta pós-implantação eram localizados também no prontuário do paciente, pois, durante a implantação o MMS foi inserido na ficha perioperatória. Os dados coletados foram: demográficas (sexo e idade); clínicos (local de internação, dias de internação, número de procedimentos realizados, porcentagem da superfície corporal com queimadura); e referentes ao manejo da sede no período pré-operatório (número de pacientes elegíveis com aplicação do MMS).

Os profissionais que auxiliaram nas tomadas de decisões (CPP) definiram quais e como as mudanças seriam implementadas na prática: aplicação do MMS para pacientes em jejum no período pré-operatório, até três horas antes do

procedimento; e reestruturação do instrumento de registro perioperatório para inserção do MMS. Na identificação da sede, que se trata do primeiro pilar do MMS, o profissional deveria perguntar ao paciente sobre a presença de sede; no pilar mensuração da intensidade, deveria utilizar a Escala Verbal-Numérica (EVN) (GRIES et al., 2018) para adultos e Escala de Faces (EF) (CLARO, 1993) para crianças. No pilar segurança no manejo o profissional deveria utilizar o Protocolo de Segurança para o Manejo da Sede (PSMS) no adulto (NASCIMENTO et al., 2018) e o Protocolo de Segurança para o Manejo da Sede Pediátrica (PSMSP) (PIEROTTI et al., 2020). E no pilar estratégia de alívio da sede foi escolhido o picolé de gelo (ARONI et al., 2020; CONCHON; FONSECA, 2018) e o hidratante labial sem mentol (GARCIA et al., 2018; SERATO et al., 2017).

Durante a etapa de implantação e mudança, foi realizada fixação do conteúdo que compõe o MMS, aos profissionais. A fim de sistematizar esse passo, utilizou-se a ferramenta PDSA (TAYLOR et al., 2014), para auxiliar no plano e execução da mudança de prática. Para cada um dos quatro pilares realizou-se um ciclo de PDSA, com duração de três semanas cada.

Antes de iniciar cada ciclo, uma reunião com o CPP era realizada para estabelecer plano de mudança, estratégias a serem utilizadas para engajar a equipe com aprendizado efetivo e a meta a ser atingida. O indicador auditado foi o mesmo para os quatro ciclos e para a coleta de dados pré e pós-implantação - utilização do MMS pela equipe de enfermagem, no pré-operatório do paciente queimado. As metas eram estabelecidas previamente em reunião e verificadas por meio de auditorias a partir da ficha perioperatória, a qual contemplava os dados do MMS. Eram realizadas pela pesquisadora, durante três dias, na última semana de cada ciclo de PDSA e englobavam todos os pacientes do dia. O quadro 1 apresenta dos ciclos de PDSA.

**Quadro 1** – Ciclos de PDSA (planejar, fazer, estudar, agir) realizados para fixação do conteúdo do Modelo de Manejo da Sede pré-operatória

<b>Ciclo PDSA</b>	<b>Ciclo 1 Fixação pilar Identificação</b>	<b>Ciclo 2 Fixação pilar Mensuração</b>	<b>Ciclo 3 Fixação pilar Segurança</b>	<b>Ciclo 4 Fixação pilar Estratégia de alívio</b>
<b>Objetivo</b>	Perguntar ao paciente sobre presença de sede.	Capacitação dos profissionais para utilizarem as	Capacitação prática dos técnicos de enfermagem para utilizarem	Capacitação do profissional para confecção de picolés.

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

				<p>“Estratégias antigas <i>versus</i> novas”;  Presente aos profissionais destaque na aplicação do MSS  <b>Meios de comunicação para apoio:</b> Vídeos do MMS adulto e pediátrico.</p>
--	--	--	--	--

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

Fonte: Elaborado pela autora (2021)

Ao término dos quatro ciclos, a facilitadora externa se afastou da unidade por três semanas, para que pudesse avaliar o cenário após um período sem intervenções, permitindo que os processos implantados ocorressem por decisão dos próprios profissionais da unidade. Ao término do intervalo, em março de 2020, a coleta pós-implantação foi iniciada, tendo duração de três semanas pela interrupção precoce devido a pandemia da COVID-19.

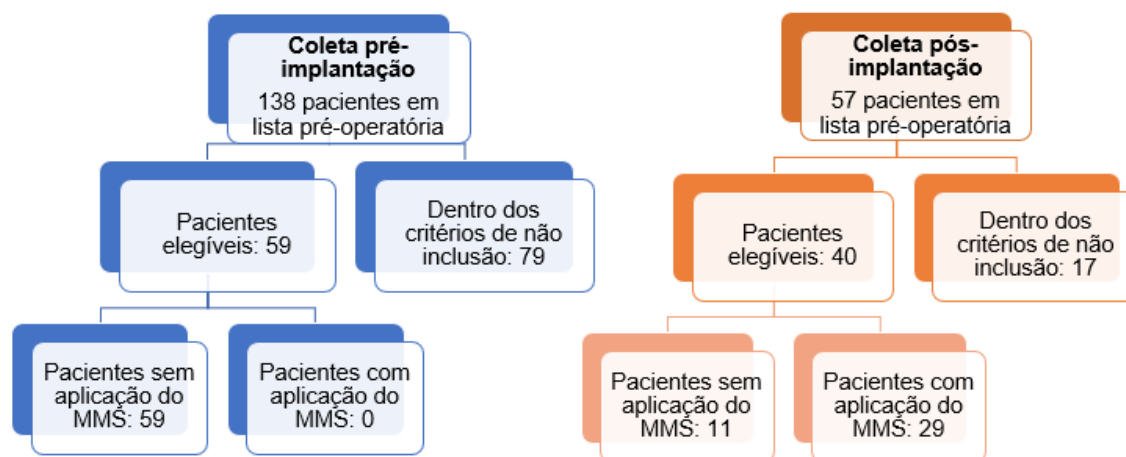
As variáveis categóricas foram analisadas por meio da frequência absoluta e relativas. As variáveis contínuas foram testadas para avaliação da normalidade pelo teste de *Shapiro-Wilk*, sendo que apresentaram distribuição não normal. Dessa forma, foram caracterizadas por meio da mediana e valores de primeiro e terceiro quartil (DANCEY; REIDY, 2013).

Para a comparação das variáveis da coleta de dados pré e pós-implantação (pré e pós-intervenção), foi realizado o Teste de *Mann-Whitney* (variáveis contínuas), devido a não normalidade dos dados e Teste Chi-quadrado (variáveis categóricas) (DANCEY; REIDY, 2013). Para todas as comparações, adotou-se um nível de significância de 5%, com intervalo de confiança de 95%. As análises foram realizadas por meio do programa IBM – SPSS® (versão 20.0).

## RESULTADOS

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

**Figura 2** – Fluxograma de participação dos pacientes queimados em pré-operatório nos momentos pré e pós-implantação



Fonte: Elaborada pela autora (2021)

O teste de normalidade utilizado foi o *Shapiro-Wilk* e este não apresentou simetria de distribuição. Em vista disso, os testes estatísticos aplicados para essa população foram os não paramétricos. Para identificar a diferença entre variáveis categóricas, em relação ao manejo da sede no período pré e pós-implantação foi utilizado o teste de Chi-quadrado e para as variáveis contínuas o teste de *Mann-Whitney*.

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

**Tabela 1** – Variáveis demográficas e clínicas dos pacientes participantes da coleta de dados nos momentos pré e pós-implantação. Londrina, PR, Brasil, 2021

Variáveis	Pré- implantação n=59 (100%)	Pós- implantação n=29 (100%)	p-valor <sup>a</sup>
Sexo			0,496
Feminino	36 (61,0)	17 (58,6)	
Masculino	23 (39,0)	12 (41,4)	
Idade (em anos)			0,366
≤12	3 (5,1)	0 (0,0)	
13-60	44 (74,6)	26 (89,7)	
≥61	12 (20,3)	3 (10,3)	
Local de internação			0,299
UTI	18 (30,5)	7 (24,1)	
Enfermaria	41 (69,5)	22 (75,9)	

	M (P1; P3)	M (P1; P3)	p-valor <sup>b</sup>
Proporção da superfície corporal queimada	13,0 (7,8; 25,0)	10,0 (8,0; 16,0)	0,121
Número de procedimentos realizados	8,0 (4,0; 13,0)	9,0 (5,0; 15,0)	0,623
Dias de internação	8,0 (5,0; 15,0)	13,0 (7,0; 20,5)	0,108

Legenda: <sup>a</sup>Teste Chi-quadrado; <sup>b</sup>Teste *Mann-Whitney*; M = mediana. P1; P3 = Primeiro e terceiro quartil; MMS = Modelo de Manejo da Sede.

A tabela 2 mostra a variação da utilização do MMS pela equipe de enfermagem, no pré-operatório do paciente queimado, nos momentos pré e pós-implantação apontam para a adoção da evidência na prática clínica.

**Tabela 2** – Variação da utilização do Modelo de Manejo da Sede pré-operatório no paciente queimado nos momentos pré e pós-implantação – adoção da evidência. Londrina, PR, Brasil, 2021

Variáveis	Pré-implantação n (%)	Pós-implantação n (%)	p-valor <sup>a</sup>
Manejo para sede			<0,001
Não	59 (100,0)	11 (27,5)	
Sim	0 (0,0)	29 (72,5)	

Legenda: <sup>a</sup>Teste de Chi-quadrado.

O segundo grupo da amostra foi composto pelos membros da equipe de enfermagem do CTQ. Das oito enfermeiras e 33 técnicos de enfermagem, sete e 29 deles, respectivamente, foram capacitados para aplicarem o MMS nos pacientes queimados em pré-operatório. A taxa de cobertura das capacitações alcançou, 87,5% dos enfermeiros e 87,9% dos técnicos de enfermagem. Esses profissionais estão caracterizados na tabela 3.

**Tabela 3** – Caracterização dos profissionais capacitados durante a implantação do Modelo de Manejo da Sede na unidade de queimados. Londrina, PR, Brasil, 2021

Profissão n (%)	(N=36)	(%)
Enfermeira	7	19,4
Técnico de enfermagem	29	80,5
<b>Sexo</b>	<b>N</b>	<b>(%)</b>
Feminino	29	80,6
Masculino	7	19,4
<b>Nível de Formação</b>	<b>N</b>	<b>(%)</b>
Nível médio	9	25,0
Graduado	16	44,4
Especialista	10	27,8
Mestre	1	2,8

<b>Tipo de vínculo</b>	<b>N</b>	<b>(%)</b>
Concursado	24	66,7
Terceirizado	12	33,3
<b>Segundo vínculo de trabalho</b>	<b>N</b>	<b>(%)</b>
Sim	10	27,8%
Não	26	72,2%
<b>Idade</b>	<b>M (anos)</b>	<b>(P1; P3)</b>
	45,0	38,0; 50,0
<b>Tempo de serviço no setor</b>	<b>M (meses)</b>	<b>(P1; P3)</b>
	72,0	10,0; 12,0

N = número; % = frequência; M = mediana; (P1; P3) = 1º e 3º quartil.

Do total de profissionais capacitados (n=36), 69,4% (n=25) deles responderam o roteiro com questões relativas à aceitabilidade e viabilidade do MMS na unidade de queimados (Tabela 4).

**Tabela 4 – Aceitabilidade e viabilidade do Modelo de Manejo da Sede pré-operatória na unidade de queimados na perspectiva dos profissionais da enfermagem. Londrina, PR, Brasil, 2021**

<b>Como você avalia a utilidade do manejo da sede para sua prática clínica (n=25)</b>	
Extremamente útil	64%
Muito útil	36%
Pouco útil	0%
<b>Você considera possível utilizar o modelo de manejo da sede pré-operatória apresentado em sua prática clínica (n=25)</b>	
Sim	92%
Não	3%
<b>Você considera possível utilizar alguma estratégia de alívio apresentada para o manejo da sede (n=25)</b>	
Sim	100%
Não	0%
<b>Quais estratégias de alívio da sede apresentadas você considera que pode utilizar em sua prática clínica (n=25)*</b>	
Picolé de gelo	44%
Picolé mentolado	16%
Hidratante labial	32%
Goma de mascar mentolada	12%
Mais de uma estratégia	36%
Todas as estratégias	52%
Nenhuma estratégia	0%

Legenda: \*profissional poderia escolher mais de uma opção de estratégia de alívio.

Os resultados avaliam que 93% dos profissionais consideram a evidência possível de ser implantada no CTQ (viabilidade). Adicionalmente, 100%

deles avaliaram o MMS como extremamente ou muito útil em sua prática e possível a aplicação de alguma estratégia de alívio da sede.

A meta estabelecida no pilar identificação foi de 50% e teve um alcance de 66%. No segundo ciclo, referente a mensuração a meta foi de 60%, com alcance de 60%. No terceiro ciclo, referente ao pilar segurança a meta estabelecida foi de 60%, no entanto, o alcance foi de 40%. Já no último ciclo a meta era alcançar 65% de adoção do MMS pelo profissional e este atingiu 65,5%. Houve fidelidade em três dos quatro ciclos de *PDSA* pelo alcance das metas propostas.

## **DISCUSSÃO**

Este estudo apresentou uma abordagem inovadora ao utilizar um arcabouço teórico nunca relatado em uma unidade de queimados ou no paciente queimado cirúrgico, a qual possibilitou sistematizar o processo, cumprindo etapas e passos a serem percorridos para a implantação.

É necessário verificar ao longo do processo, se o conhecimento transferido é de fácil acesso, boa compreensão pelo público-alvo, utilizável e se produziu a mudança desejada. No entanto, as respostas a estas questões são complexas, e ainda não há consenso entre os pesquisadores sobre a melhor forma de avaliar os benefícios do uso do conhecimento (BAKER et al., 2015).

Esforços tradicionais de avaliação que incidem sobre a eficácia ou efetividade, representam uma simplificação do ambiente e das intervenções utilizadas no processo. Ou seja, o impacto de intervenções complexas não pode ser satisfatoriamente mensurado por modelos avaliativos simples (SALTHER; KOTHARI, 2014; WENSING; GROU, 2019).

A pesquisa de implantação de evidência, por ser multifatorial, pode utilizar múltiplos métodos e diferentes fontes de informação para proporcionar uma melhor compreensão envolvendo o problema de implementação. Isso acontece pelas atividades e efeitos do processo de implantação não serem lineares ou estáticos (PETERS et al., 2014).

As diferentes partes interessadas na tradução e intercâmbio do conhecimento devem definir antes de iniciar o processo de implementação, como o sucesso das intervenções será mensurado, realizar a mensuração e acompanhar periodicamente os resultados (POLAND; KRUPA; McCALL, 2009). Esses

apontamentos evidenciam a importância do papel do CPP como conselho multiprofissional, tomador de decisões e facilitador interno do processo, além do uso da ferramenta de melhoria *PDSA* que auxilia no acompanhamento periódico dos resultados (TAYLOR et al., 2014).

A partir da implantação do MMS no período pré-operatório constatou-se que o paciente queimado sente sede de grande magnitude. Esse conhecimento permite subsidiar os profissionais da enfermagem para que possam tratar esse sintoma de forma autônoma, intencional, concreta, embasados por evidências clínicas e de forma segura (NASCIMENTO et al., 2020).

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

Os resultados do estudo apontam que, no período pré-implantação, o sintoma sede não era visto de forma intencional pelos profissionais da unidade de queimados, corroborando com estudos desenvolvidos no mesmo hospital sobre a sede em pacientes cirúrgicos (GARCIA et al., 2017; PAVANI; CONCHON; FONSECA, 2016). Essa realidade parece ir ao encontro do desconhecimento do tema na literatura, pois não se encontram estudos que descrevam o tratamento da sede nos pacientes queimados (TOGO; LOPES, 2020).

Partindo dessa vertente, preencher a lacuna entre a evidência científica e a prática clínica em um cenário que não percebia a necessidade desse movimento se mostrou um desafio aos pesquisadores. Foi essencial a utilização de um arcabouço teórico inovador, que preconizasse intervenções pensadas e planejadas para o contexto, a fim de atingir as metas estabelecidas durante o processo de implantação (HARVEY; KITSON, 2016; LEE et al., 2009).

O uso da intervenção *EPIQ* orientou a composição do CPP, envolvendo os profissionais e incentivando-os a se apropriarem de seus problemas, facilitando a aceitação e maximizando o impacto da implantação da evidência na prática (LEE et al., 2015). Esse grupo atuou como facilitador interno em todas as etapas do processo, auxiliando inclusive na sustentabilidade das práticas no momento que a facilitadora externa (pesquisadora) foi removida do cenário (CONNOLLY et al.,

2020; LEE et al., 2015). A importância desse grupo de facilitadores fica evidente com os resultados pós-implantação, os quais apontam para a adoção da implantação do MMS.

Assim como o modelo conceitual i-PARIHS explicita, a presença da facilitação durante o processo de implantação foi ponto fundamental para o sucesso da adoção do MMS no CTQ (HARVEY; KITSON, 2016; HARVEY; LYNCH, 2017; KITSON; HARVEY, 2016). A facilitadora externa deve ser capaz de permitir aos destinatários de um contexto específico (profissionais do CTQ) a adoção e aplicação adequada da inovação (MMS). Seu papel é construir um plano de mudança em conjunto com a equipe (CPP), que atenda ao indivíduo e as necessidades de aprendizado da equipe. Além disso, a facilitadora precisa funcionar de maneira flexível para se adaptar ao ambiente, pessoas envolvidas e questões específicas (HARVEY; KITSON, 2016; HARVEY; LYNCH, 2017; KITSON; HARVEY, 2016).

Para a construção do plano de implantação de forma sistematizada durante a etapa de implantação da intervenção *EPIQ*, foi utilizada a ferramenta PDSA (TAYLOR et al., 2014), que é recomendada por especialistas da área para facilitar a tradução e intercâmbio do conhecimento (HARVEY; KITSON, 2016; KITSON; HARVEY, 2016). Esta ferramenta auxiliou em questões importantes, estabelecendo metas claras, demonstrando o potencial de melhoria, auditando e fornecendo *feedback* regular, possibilitando alterações de teste em pequena escala, mantendo dessa forma, a motivação e comprometimento da equipe (HARVEY; LYNCH, 2017), colaborando para a fidelidade do processo.

Ao início de cada ciclo, a facilitadora externa junto ao CPP planejavam as estratégias sob medida para o cenário, que seriam utilizadas para o alcance da meta previamente estabelecida, corresponsabilizando dessa forma, a equipe a se engajar nas estratégias. Para escolha das estratégias multifacetadas, foram considerados os achados em revisão sistemática sobre estratégias de implementação de evidências em países de baixa e média renda, sendo as principais: reuniões educacionais, capacitação de profissionais de saúde, divulgação educacional, facilitação da prática, formação de líderes de opinião locais, auditorias e *feedback*, intervenções personalizadas, educação do paciente, estratégias para melhorar a cultura organizacional, uso de meios de comunicação para apoio e lembretes aos pacientes (PANTOJA et al., 2017). Outra meta-análise aponta que este planejamento

pode aumentar as chances de uma implantação bem-sucedida (BASKERVILLE, 2012).

No entanto, revisão sistemática *Cochrane* traz reflexões, indicando que intervenções personalizadas podem mudar a prática profissional, embora nem sempre sejam eficazes e, quando o são, o efeito é pequeno a moderado. Afirma que ainda não há evidências suficientes sobre as abordagens mais eficazes a serem adaptadas, incluindo como os determinantes devem ser identificados, como as decisões devem ser tomadas e sobre quais determinantes são mais importantes para abordar, além de como as intervenções devem ser selecionadas para dar conta dos determinantes. Ademais, não há evidências sobre a relação custo-eficácia das intervenções personalizadas em comparação com outras intervenções para mudar a prática profissional. Portanto, pesquisas futuras devem procurar desenvolver e avaliar abordagens mais sistemáticas para a adaptação (BAKER et al., 2015).

Os dados apontam que três dos quatro ciclos de PDSA atingiram as metas estabelecidas. O terceiro ciclo, referente ao pilar segurança, obteve porcentagem inferior à estabelecida anteriormente. Essa queda pode estar relacionada a alguns membros do CPP que atuavam como facilitadores internos estarem de férias, reduzindo a coordenação, estímulo e apoio na realização do MMS. Esse resultado expõe a importância de uma liderança envolvida e engajada na promoção e sustentação do processo de implantação (BIANCHI et al., 2018; HARVEY et al., 2019).

Outro ponto a ser considerado é que o pilar três é referente a utilização de dois protocolos de segurança (NASCIMENTO et al., 2020), o que requer tempo e habilidades maiores. A complexidade da evidência pode ser uma barreira na sustentação da mudança de prática, principalmente em países de baixa e média renda, além da falta de familiaridade com o processo de implantação e a inexistência de cultura de incentivo a adoção de evidências na prática (HAILEMARIAM et al., 2019).

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

com a capacidade apropriada para a tradução da evidência e atuação como facilitadores permanentes (ANDRADE; PEREIRA, 2020).

Ponto favorável para a adoção da evidência pela equipe, foi a facilitadora externa também ser uma das autoras do MMS, contribuindo para o aumento da credibilidade do papel de facilitadora (AZIMI; FATTAHI; ASADI-LARI, 2015). Além disso, discute-se a importância da sensibilização sobre a problemática sede para a equipe, pautados nos dados basais (coleta pré-implantação) da unidade, antes mesmo de capacitá-los ao uso (LÉGARÉ; ZHANG, 2013).

A visível mudança quantitativa das avaliações pré e pós implantação atestam para qualidade do referencial teórico escolhido para a implementação da evidência na prática (CURAN; ROSSETTO; CASTRAL, 2017).

Como limitações desse estudo podemos apontar a interrupção precoce da coleta pós-implantação devido a pandemia e a pesquisa não ter abarcado com profundidade a sustentabilidade da implantação. Estudiosos balizam que evidências adotadas e implementadas na prática muitas vezes não se sustentam após período maior de um ano (TRICCO et al., 2016). Isso pode acontecer principalmente em países de média e baixa renda devido as barreiras na adoção e disseminação das práticas baseadas em evidências. A complexidade da intervenção adotada, a falta de familiaridade dos profissionais com o processo de implantação, recursos humanos limitados, falta de apoio no local da implantação e a alta rotatividade de profissionais nas instituições, se caracterizam como barreiras para a sustentabilidade (YAMEY, 2012; HAILEMARIAM et al., 2019). Todas essas características foram encontradas no cenário do CTQ, durante o processo de implantação (GARCIA et al., 2021).

Sustentabilidade pode ser definida como o grau em que uma inovação continua sendo utilizada após o término dos esforços iniciais para garantir que a adoção de evidência ocorreu (DAVIES; EDWARDS, 2013). O escopo deste estudo não abarca toda a profundidade requerida, visando uma aproximação de sustentabilidade. No entanto, algumas iniciativas foram criadas voltadas para um vislumbre de sustentabilidade da implantação do projeto PASS no CTQ. Entre elas estão o desenvolvimento de três vídeos teórico-prático do MMS adulto e pediátrico, a fim de capacitar profissionais recém admitidos; transformar o MMS em indicador de qualidade do CTQ, sendo necessária, a realização de auditorias e *feedbacks* regulares para e pelos profissionais; desenvolvimento de panfleto para entrega ao paciente/acompanhante no momento da admissão, com informações sobre o MMS; e

criação de um grupo entre as pesquisadoras e enfermeiras facilitadoras internas do projeto, para serem a ponte de continuidade.

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

## CONCLUSÃO

O arcabouço teórico escolhido para sistematizar o processo de implantação do MMS se mostrou adequado e inovador, fazendo com que houvesse adoção da evidência pela equipe de enfermagem quando comparada a coleta pré (0,0%) e pós-implantação (72,5%) ( $p < 0,05$ ). A implantação apresentou cobertura de 87,5% das enfermeiras e 87,9% dos técnicos de enfermagem nas capacitações para utilização do MMS. O MMS obteve aceitabilidade e viabilidade por parte dos profissionais/usuários do conhecimento no cenário do paciente queimado, e os ciclos de *PDSA* apresentaram fidelidade em três das quatro metas propostas.

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

**Financiamento:** Bolsa Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES); Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPQ – processo 425262/2018-9).

## REFERÊNCIAS

ANDRADE, K.R.C.; PEREIRA M.G. Tradução do conhecimento na realidade da saúde pública brasileira. **Rev Saude Publica**. v. 54, p. 72, 2020.  
<https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2020054002073>

ARONI, P. et al. The use of mentholated popsicle to reduce thirst during preoperative fasting: A randomised controlled trial. **J Clin Nurs**. v. 29, p. 840–851, 2020.  
<https://doi.org/10.1111/jocn.15138>

AZIMI, A.; FATTAHI, R.; ASADI-LARI, M. Knowledge translation status and barriers. **J Med Lib Assoc.** v.103, n.2, 2015. <http://dx.doi.org/10.3163/1536-5050.103.2.008>

BAKER, R. et al. Tailored interventions to address determinants of practice. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, 2015. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD005470.pub3>

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>

BIANCHI M., et al. A review of the role of nurse leadership in promoting and sustaining evidence-based practice. **J Nurs Manag.** v.26, n.8, p.918-932, 2018. <https://doi.org/10.1111/jonm.12638>

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.

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.

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.

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. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29580594/>>. Acesso em: 13 de maio de 2021

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>

CORK, M. et al. Effectiveness and safety of perioperative enteral feeding in patients with burn injuries: a systematic review protocol. **JBI Database System Rev Implement Rep**, v. 17, n. 8, p.1607–1615, 2019. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30889069/>>. Acesso em: 12 de maio de 2021.

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. **J Infect Dev Ctries.** v.11, n.6, p.445-452, 2017. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30951505/>>. Acesso em: 28 de junho de 2021.

DANCEY, C.P.; REIDY, J. **Estatística sem matemática para psicologia**. 5. ed. Porto Alegre: Penso, 2013.

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

GARCIA, A.C.K.A. et al. Perspectiva do anestesiológista em relação à sede no pós-operatório imediato. **Cienc Cuid Saude**, v.16, n.3, Jul-Set 2017a.

<https://doi.org/10.4025/cienccuidsaude.v16i3.37241>

GARCIA, A.K.A.; CONCHON, M.F.; PIEROTTI, I.; ZAMPAR, E.F.; FONSECA, L.F. Barriers and facilitators in the management of preoperative thirst of the burned patient in the light of Knowledge Translation. **Rev Esc Enferm USP**. v.55, p.e03764, 2021. <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2020039803764>.

GARCIA, A. K. A. et al. Agradabilidade do pacote mentolado no alívio da sede no pós-operatório imediato. **Rev 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 de maio de 2021.

GRIES, K. et al. Literature review to assemble the evidence for response scales used in patient reported outcome measures. **Journal of Patient-Reported Outcomes**, v.2, p.41, 2018. <https://doi.org/10.1186/s41687-018-0056-3>

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>

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>

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>

HARVEY, G. et al. Leadership for evidence-based practice – Enforcing or enabling implementation? **Collegian**., v.27, n.1, p.57-62, 2019. <https://doi.org/10.1016/j.colegn.2019.04.004>.

KITSON, A.; HARVEY, G. Methods to Succeed in Effective Knowledge Translation in Clinical Practice. **Journal of Nursing Scholarship**, v.48, n.3, p.294–302, 2016. <https://doi.org/10.1111/jnu.12206>

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: 13 de maio de 2021.

LEE, S.K. et al. The EPIQ evidence reviews – practical tools for an integrated approach to Knowledge Translation. **Paediatr Child Heal**. v.16, n.10, p. 629-630, 2011. Disponível em:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3225472/pdf/pch16629.pdf> >.

Acesso em: 13 de maio de 2021.

LEE, S.K. et al. The Evidence-based Practice for Improving Quality method has greater impact on improvement of outcomes than dissemination of practice change guidelines and quality improvement training in neonatal intensive care units.

**Paediatr Child Health**. v.20, n.1, 2015. Disponível em:

<<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4333759/pdf/pch-20-e1.pdf> >.

Acesso em: 13 de maio de 2021.

LÉGARÉ, F.; ZHANG, P. Barriers and facilitators: Strategies for identification and measurement. In: STRAUSS, S.E.; TETROE, J.; GRAHAM, I.D.

**Knowledge Translation in Health Care Moving from Evidence to Practice**. 2ª Ed., UK: 2013. Cap. 3.3a. Disponível em:

<https://www.ebcp.com.br/simple/upfiles/livros/KT/Ch3.3a%20Barriers%20and%20Facilitators.pdf>.>.

Acesso em: 13 de maio de 2021.

NASCIMENTO, L.A et al. Advances in the Management of Perioperative Patients' Thirst. **AORN Journal**. February, Vol. 111, No. 2, 2020.

<https://doi.org/10.1002/aorn.12931>

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

PANTOJA T, OPIYO N, LEWIN S, PAULSEN E, CIAPPONI A, WIYSONGE CS, et al. Implementation strategies for health systems in low-income countries: an overview of systematic reviews. **Cochrane Database of Systematic Reviews** 2017, Issue 9. Art. No.: CD011086. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD011086.pub2>

PANTOJA T, OPIYO N, LEWIN S, PAULSEN E, CIAPPONI A, WIYSONGE CS, et al. Implementation strategies for health systems in low-income countries: an overview of systematic reviews. **Cochrane Database of Systematic Reviews** 2017, Issue 9. Art. No.: CD011086. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD011086.pub2>

<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://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/bde-30081>>. Acesso em: 13 de maio de 2021.

PETERS, D.H.; ADAM, T.; ALONGE, O.; AGYEPONG, I.A.; TRAN, N. Republished research: Implementation research: what it is and how to do it. **Br J Sports Med**. v. 48, n. 8, 2014. Disponível em: <http://bjsm.bmj.com/>. Acesso em: 8 de Set. 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>.

<http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.3333.3321>.

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>

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. Disponível em:

<<https://implementationscience.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13012-014-0115-y>>. Acesso em: 13 de maio de 2021.

SERATO, V.M. et al. Package of mentholated measures for thirst relief: Randomized clinical study. **Rev. Bras. Enferm**, v. 72, n.3, p. 600–608, 2019.  
<https://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-00572021>

Sede perioperatória: da evidência à prática. [S. I.]: **Associação Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Sala de Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização (SOBECC)**, 27 Abr. 2021. 1 vídeo (2h:43min). [Live]. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=SVWHlmyW99>. Participação de Lígia Fahl Fonseca, Leonel Alves do Nascimento, Luciana Weide, Aline Korke Arrabal Garcia.

STEVENS, B.J. et al. Implementation of multidimensional knowledge translation strategies to improve procedural pain in hospitalized children. **Implementation Science**, v.9, p.120, 2014. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4263210/>>. Acesso em: 13 de maio de 2021.

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.

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/23/4/290>>. Acesso em: 13 de maio de 2021

THIRSK, J. Knowledge translation. **Nutr Diet.**, v.75, n.4, p.341-344, 2018.  
<https://doi.org/10.1111/1747-0080.12466>

TOGO, H.Y.A.; LOPES, E.C. Preoperative fasting reduction in burned patients: A systematic review, **Burns Open**. 2020. <<https://doi.org/10.1016/j.burnso.2020.06.004>>

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.

WENSING, M.; GROEL, R. Knowledge translation in health: how implementation science could contribute more. **BMC Medicine**, v.17, n.88, 2019.  
<https://doi.org/10.1186/s12916-019-1322-9>

YAMEY, G. What are the barriers to scaling up health interventions in low and middle income countries? A qualitative study of academic leaders in implementation science. **Glob Health**. v.8, n.1, p.11, 2012. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3514334/>>. Acesso em: 13 de maio de 2021.

CONCLUSÃO

---

O emprego do referencial teórico *Knowledge Translation*, norteado pelo modelo conceitual como o *i-PARIHS* e intervenção *EPIQ* serviu como um arcabouço teórico, sistematizando o caminho a ser seguido durante todo o processo de implantação do Modelo de Manejo da Sede no período pré-operatório no paciente queimado.

A pesquisa aponta para o sucesso na adoção do MMS no cenário do paciente queimado, com variação de 0,0% de utilização do MMS no período pré-implantação, para 72,5% no pós-implantação ( $p < 0,001$ ).

A utilização do arcabouço permitiu cobertura nas capacitações dos profissionais para aplicação do MMS no período pré-operatório de 87,5% das enfermeiras e 87,9% dos técnicos de enfermagem. A evidência apresentou aceitabilidade e viabilidade pelos profissionais de enfermagem da unidade de queimados, e fidelidade pelo alcance das metas estabelecidas em três dos quatro ciclos de *PDSA*.

Este foi o primeiro contato do centro de queimados com o tema manejo da sede perioperatória. Este cenário, até o momento, havia sido inexplorado tanto a respeito do uso do arcabouço teórico adotado nessa pesquisa quanto a temática sede, mesmo que na prática o sintoma seja intenso e presente. Essas características evidenciam o ineditismo da pesquisa.

Embarcar nesse projeto deixou clara as dificuldades de uma implantação bem-sucedida em uma unidade de saúde complexa e pública. Todavia, durante o processo, ficou ainda mais evidente a necessidade do projeto PASS dentro daquela realidade de sofrimento constante, a qual o paciente queimado é exposto, muitas vezes, durante longas semanas.

A realização dessa pesquisa pode ter contribuído para que a equipe volte seu olhar a desconfortos anteriormente invisíveis, como a sede, com intencionalidade. O holofote direcionado a esse sintoma durante o período de implantação, tem um potencial de desdobramentos maior do que essa tese é competente para relatar. Parte dos profissionais treinados também atuam em outros cenários, fazendo com que, conseqüentemente, o conhecimento transmitido e as experiências vivenciadas por eles durante a implantação do MMS, tenham reflexos sobre seu trajeto no cuidado ao paciente com sede.

Esperamos que os resultados apresentados e discutidos, além da descrição de todo caminho percorrido, durante o processo de implantação, possam

auxiliar futuras pesquisas de implantação de evidência na prática clínica, em cenários distintos, sempre com o objetivo de embasar as práticas em evidências robustas. Como consequência, fortaleceremos a prestação de cuidado atualizado, humanizado e de qualidade.

Recomenda-se a realização de estudos futuros no setor com o objetivo de avaliar o comportamento das mudanças alcançadas a longo prazo, aprimorar estratégias de sustentabilidade e auxiliar a sustentação do projeto para a manutenção das mudanças de prática adotadas. Esse é um trabalho constante e de sucessivas aproximações.

Concluo a tese refletindo sobre a relevância de se trazer a evidência sobre o manejo da sede para a prática clínica, na perspectiva do paciente queimado. Para tanto, parafraseio uma paciente grande queimada que se foi devido sua gravidade, mas que ao ter sua sede manejada e receber um picolé de gelo no dia anterior de sua partida, me disse: [ ] ...**o picolé não salva vidas, ele salva almas.**

REFERÊNCIAS

---

AGUILAR-NASCIMENTO, J. E.; PERRONE, F.; PRADO, L. I. A. Jejum pré-operatório 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: <<http://www.scielo.br/pdf/rcbc/v36n4/a14v36n4.pdf>>. Acesso em: 15 set. 2014.

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](https://www.scielo.br/pdf/ape/v25n4/en_08.pdf)>. Acesso em 12 de maio 2021.

ARONI, P. et al. The use of mentholated popsicle to reduce thirst during preoperative fasting: A randomised controlled trial. **J Clin Nurs**. v. 29, p. 840–851, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/jocn.15138>

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>

BAKER, R. et al. Tailored interventions to address determinants of practice. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, 2015. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD005470.pub3>

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

BARDIN, L. Análise de conteúdo. 6 ed. **Lisboa**: Edições 70; 2016. 280 p.

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>

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>

Brasil. Ministério da Saúde. Queimados, 2017. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/component/content/article/842-queimados/40990>>. Acesso em: 20 de maio de 2021.

Brasil. Ministério da Saúde. Cartilha para tratamento de emergências das queimaduras, 2012. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartilha\\_tratamento\\_emergencia\\_queimaduras.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartilha_tratamento_emergencia_queimaduras.pdf). Acesso em: 5 de agosto. de 2021.

BROEIRO, P. Prática baseada em evidência e seus limites. **Rev Port Med Geral Fam**. v.31, n. 4, p. 238-40, 2015. Disponível em: <[10.32385 / rpmgf.v31i4.11549](https://doi.org/10.32385/rpmgf.v31i4.11549)>. Acesso em 12 de maio de 2021.

BRUNNER & SUDDARTH: Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica. 14ª ed. Rio de Janeiro: **Guanabara Koogan**; 2019.

CAMPANA, M.C. et al. Percepção dos cuidadores quanto à sede da criança cirúrgica. **Rev da Rede de Enfermagem do Nordeste**. v. 16, p. 799–808, 2015.

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.

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/45321.html>>. Acesso em 12 de maio de 2021.

CANTINHO, F.A.F.; SANTOS, F.G.; SILVA, A.C.P. Conduta Anestésica em Balneoterapia de Pacientes Queimados: Avaliação Prospectiva de 2852 Procedimentos. **Rev Bras Anesthesiol**, v. 54, n. 2, p. 229-238, 2004. <https://doi.org/10.1590/S0034-70942004000200010>

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.

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>

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.

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 de maio de 2021.

CONCHON, M.F. et al. Perioperative thirst: an analysis from the perspective of the Symptom Management Theory. **Rev Esc Enferm USP**. v. 49 n. 1, p.122-128, 2015. <https://doi.org/10.1590/S0080-623420150000100016>

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. Disponível em: < <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29580594/> >. Acesso em: 13 de maio de 2021.

CONCHON, M.F.; FONSECA, L.F.; GALVÃO, C.M. Use of mentholated popsicle in the management of the elderly patient's thirst in the immediate postoperative period: a randomized controlled trial. **Journal of PeriAnesthesia Nursing**, v. 1, p. 1, 2021.

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>

CORK, M. et al. Effectiveness and safety of perioperative enteral feeding in patients with burn injuries: a systematic review protocol. **JBI Database System Rev Implement Rep**, v. 17, n. 8, p.1607–1615, 2019. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30889069/>>. Acesso em: 12 de maio de 2021.

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. **J Infect Dev Ctries**. v.11, n.6, p.445-452, 2017. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30951505/>>. Acesso em: 28 de junho de 2021.

DANCEY, C.P.; REIDY, J. **Estatística sem matemática para psicologia**. 5. ed. Porto Alegre: Penso, 2013.

DANSKI, M.T.R. et al. Importância da prática baseada em evidências nos processos de trabalho do enfermeiro. **Cienc Cuid Saude**, v. 16, n. 2, Abr-Jun, 2017. <https://doi.org/10.4025/cienccuidsaude.v16i2.36304>

DAVIES, H.; POWELL, A.; RUSHMER, R. Healthcare professional's views on clinician engagement in quality improvement A literature review. **The Health Foundation**. 2007. Disponível em: <<https://www.health.org.uk/publications/healthcare-professionals%E2%80%99-views-on-clinician-engagement-in-quality-improvement>>. Acesso em: 13 de maio de 2021.

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

DEMING, W.E. **Qualidade: a revolução da administração**. São Paulo: **Marques Saravia**, 1990.

DESSOTTE, C.A.M. et al. Estressores percebidos por pacientes no pós-operatório imediato de cirurgia cardíaca. **Rev. Bras. Enferm**, v. 69, n. 4, p. 741–750, ago. 2016. <https://doi.org/10.1590/0034-7167.2016690418i>

DYSON, J. et.al. Development of a theory-based instrument to identify barriers and levers to best hand hygiene practice among healthcare practitioners. **Implementation Science**, v.8, n. 111, 2013. Disponível em: <<https://implementationscience.biomedcentral.com/articles/10.1186/1748-5908-8-111>>. Acesso em: 13 de maio de 2021.

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: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0195666313003930>>. Acesso em: 13 de maio de 2021.

ENGBRETTSEN, 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>

FRANCISCO, S.C.; BATISTA, S.T.; PENA, G.G. Fasting in elective surgical patients: comparison among the time prescribed, performed and recommended on perioperative care protocols. ABCD. **Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva** (São Paulo), v. 28, n. 4, p. 250–254, dez. 2015. <https://doi.org/10.1590/s0102-6720201500040008>

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**, Lippincott Williams & Wilkins; p. 25-39, 2011.

GALVÃO, C.M.; SAWADA, N.O. Prática baseada em evidências: estratégias para sua implementação na enfermagem. **Rev Bras Enferm**, Brasília (DF), v. 56, n.1, p.57-60, 2003. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672003000100012>

GARCIA, A. K. A.; GALHARDO, V.G.; FONSECA, L. F.; SANTOS, S. B.; ALVES, M. F. Relato de experiência: implantação do protocolo de manejo da sede em sala de recuperação anestésica. Anais eletrônico. IX EPCC – Encontro Internacional de Produção Científica UniCesumar. n. 9, p. 4-8, 2015. ISBN 978-85-8084-996-7.

GARCIA, A.K.A. et al. Strategies for thirst relief: integrative literature review.

**Rev Bras Enferm** [Internet]. v. 69, n. 6, p. 1148-55, 2016.

<http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0317>

GARCIA, A.C.K.A. et al. Perspectiva do anestesiológista em relação à sede no pós-operatório imediato. **Cienc Cuid Saude**, v.16, n.3, Jul-Set 2017a.

<https://doi.org/10.4025/ciencucuidsaude.v16i3.37241>

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%3A-um-estudo-de-caso?lang=pt-br>>. Acesso em: 13 de maio de 2021.

GARCIA, A. K. A. et al. Agradabilidade do pacote mentolado no alívio da sede no pós-operatório imediato. **Rev 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 de maio de 2021.

GARCIA, A. K. A. et al. Goma de mascar mentolada no manejo da sede pré-operatória: ensaio clínico randomizado. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**,

[Internet], v.27, p.e3180, Oct 07, 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.3070.3180>

GARCIA, A.K.A.; CONCHON, M.F.; PIEROTTI, I.; ZAMPAR, E.F.; FONSECA, L.F. Barriers and facilitators in the management of preoperative thirst of the burned

patient in the light of Knowledge Translation. **Rev Esc Enferm USP**. v.55, p.e03764, 2021. <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2020039803764>

GARCIA, A. K. A.; GALHARDO, V. G.; FONSECA, L. F.; SANTOS, S. B.; ALVES, M. F. Relato de experiência: implantação do protocolo de manejo da sede em sala de recuperação anestésica. **UNICESUMAR**, Maringá; 2015. Disponível em: <<http://rdu.unicesumar.edu.br/bitstream/123456789/2406/1/RELATO%20DE%20EXPERI%C3%8ANCIA%20IMPLANTA%C3%87%C3%83O%20DO%20PROTOCOLO%20DE%20MANEJO%20DA%20SEDE%20EM%20SALA%20DE%20RECUPERA%C3%87%C3%83O%20ANEST%C3%89SICA.pdf>> Acesso em: 19 de agost. de 2021.

GEBREMEDHN, E.G.; NAGARATNAM, V.B. Audit on perioperative fasting of elective surgical patients in an African academic medical center. **World Journal of Surgery**, New York, v. 38, n. 9, p. 2200-2204, 2014. Disponível em: <[http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4124256/pdf/268\\_2014\\_Article\\_2582.pdf](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4124256/pdf/268_2014_Article_2582.pdf)>. Acesso em: 13 de maio de 2021.

GIULIANI, S.; MCARTHUR, A.; GREENWOOD, J. Preoperative fasting among burns patients in an acute care setting: a best practice implementation Project. **JBI Database of Systematic Reviews & Implementation Reports**, v.13, n.11, p.235-253, 2015. Disponível em: <[https://journals.lww.com/jbisrir/Abstract/2015/13110/Preoperative\\_fasting\\_among\\_burns\\_patients\\_in\\_an.11.aspx](https://journals.lww.com/jbisrir/Abstract/2015/13110/Preoperative_fasting_among_burns_patients_in_an.11.aspx)>. Acesso em: 13 de maio de 2021.

GOIS, C. F. L.; AGUILAR, O. M.; SANTOS, V.; RODRÍGUEZ, E. O. L. Stress factors for patients undergoing cardiac surgery. **Invest Educ Enferm**. v.30, n.3, p.312-9, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.org.co/pdf/iee/v30n3/v30n3a03.pdf>. Acesso em: 5 de Agost. de 2021.

GOMES, D. R.; SERRA, M. C.; PELLON, M. A. Tratado de Queimaduras: um guia prático. São José, SC: Revinter, 1997.

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 de maio de 2021.

GRIES, K. et al. Literature review to assemble the evidence for response scales used in patient reported outcome measures. **Journal of Patient-Reported Outcomes**, v.2, p.41, 2018. <https://doi.org/10.1186/s41687-018-0056-3>

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. Knowledge translation of research findings. **Implementation Science**, v.7, p.50, 2012. Disponível em: <http://www.implementationscience.com/content/7/1/50> >. Acesso em: 13 de maio de 2021.

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, Oct 11. 2003. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(03\)14546-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(03)14546-1)

GROL, R.P. et al. Planning and studying improvement in patient care: the use of theoretical perspectives. **Milbank Quarterly**, v.85, n.1, p.93–138, 2007. Disponível em: < <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17319808/> >. Acesso em: 13 de maio de 2021.

GUNAWARDHANA, A.I. Knowledge, attitudes and practice of preoperative fasting guidelines in the National Hospital of Sri Lanka. **Sri Lankan Journal of Anaesthesiology**, v. 20, n. 2, p. 92, 9 jul. 2012. <http://dx.doi.org/10.4038/slja.v20i2.4259>

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>

HARVEY, G. et al. Improving the identification and management of chronic kidney disease in primary care: lessons from a staged improvement collaborative. **Int J Qual Health Care**, v.27, n.1, p.10–6, 2015. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25525148/>>. Acesso em: 13 de maio de 2021.

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>

HARVEY, G.; KITSON, A.; MUNN, Z. Promoting continence in nursing homes in four European countries: the use of PACES as a mechanism for improving the uptake of evidence-based recommendations. **Int J Evid Based Health**, v.10, n.4, p.388–396, 2012. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3549477/> >. Acesso em: 13 de maio de 2021.

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>

HO, K. et al. Technology-enabled knowledge translation: building a framework for collaboration. **CMAJ**. v.168, n.6, p.710–1, Mar. 18, 2003. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC154918/>>. Acesso em: 13 de maio de 2021.

INGERSOLL, G.L. Evidence-based Nursing: What it is and what it isn't. **Nurs Outlook**, v.48, p.151–2, 2000. <https://doi.org/10.1067/mno.2000.107690>

KAVANAGH, T. et al. Examining appreciative inquiry as a knowledge translation intervention in pain management. **Canadian Journal of Nursing Research**, v. 40, n. 2, p. 40-56, 2008. Disponível em: <[https://www.researchgate.net/publication/23182118\\_Examining\\_Appreciative\\_Inquiry\\_as\\_a\\_knowledge\\_translation\\_intervention\\_in\\_pain\\_management](https://www.researchgate.net/publication/23182118_Examining_Appreciative_Inquiry_as_a_knowledge_translation_intervention_in_pain_management)>. Acesso em: 13 de maio de 2021.

KITSON, A.; HARVEY, G. Methods to Succeed in Effective Knowledge Translation in Clinical Practice. **Journal of Nursing Scholarship**, v.48, n.3, p.294–302, 2016. <https://doi.org/10.1111/jnu.12206>

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 2021.

KITSON, A. et al. Evaluating the successful implementation of evidence into practice using the PARIHS framework: theoretical and practical challenges. **Implement Sci**, v.3, n.1, 2008. Disponível em: <https://implementationscience.biomedcentral.com/articles/10.1186/1748-5908-3-1> >. Acesso em: 13 de maio de 2021.

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/> >. Acesso em: 13 de maio de 2021.

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.

LANDRY, R. et.al. The knowledge-value chain: a conceptual framework for knowledge translation in health. **Bull World Health Organ**, Genebra, v. 84, n.8, p.597-602, Aug, 2006. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2627427/> >. Acesso em: 13 de maio de 2021.

LANDSTRÖM, M.; REHN, I.M.; FRISMAN, G.H. Perceptions of registered and enrolled nurses on thirst in mechanically ventilated adult patients in intensive care units-a phenomenographic study. **Intensive Critical Care Nursing**, Edinburgh, v. 25, n. 3, p. 133-139, 2009. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2009.03.001>

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>

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: 13 de maio de 2021.

LEE, S.K. et al. The EPIQ evidence reviews – practical tools for an integrated approach to Knowledge Translation. **Paediatr Child Heal.** v.16, n.10, p. 629-630, 2011. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3225472/pdf/pch16629.pdf> >. Acesso em: 13 de maio de 2021.

LEE, S.K. et al. The Evidence-based Practice for Improving Quality method has greater impact on improvement of outcomes than dissemination of practice change guidelines and quality improvement training in neonatal intensive care units.

**Paediatr Child Health**. v.20, n.1, 2015. Disponível em:

<<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4333759/pdf/pch-20-e1.pdf>>.

Acesso em: 13 de maio de 2021.

LÉGARÉ, F.; ZHANG, P. Barriers and facilitators: Strategies for identification and measurement. In: STRAUSS, S.E.; TETROE, J.; GRAHAM, I.D.

**Knowledge Translation in Health Care Moving from Evidence to Practice**. 2ª Ed., UK: 2013. Cap. 3.3a. Disponível em:

<https://www.ebcp.com.br/simple/upfiles/livros/KT/Ch3.3a%20Barriers%20and%20Facilitators.pdf>>.

Acesso em: 13 de maio de 2021.

LEIPER, J.B. Thirst. In: CABALLERO, B.; ALLEN, L.; PRENTICE, A. (Ed.).

**Encyclopedia of human nutrition**. 2 ed. Oxford; England: Elsevier, 2005, v.4, p.278.

LIMA JUNIOR, E.M.; NOVAES, F.N.; PICCOLO, N.S. Tratado de queimaduras no paciente agudo. 2 ed. **Editora Atheneu Rio**, 2008, p.680. ISBN: 8573793597

MARCELLUS, L.; HARRISON, A. Quality Improvement for Neonatal Nurses, Part I: A Framework for Advancing the Quality and Safety of Care. **Neonatal Network**. v.31, n.2, p. 81-8, 2012. <http://dx.doi.org/10.1891/0730-0832.31.2.81>

MARTINS, P. R. et al. Developing and validating the Perioperative Thirst Discomfort Scale. **Rev. esc. enferm. USP**, v. 51, p. e03240, 2017.

<https://doi.org/10.1590/s1980-220x2016029003240>

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.

MEDEIROS, V.C.C.; PENICHE, A.C.G. A influência da ansiedade nas estratégias de enfrentamento utilizadas no período pré-operatório. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 40, n. 1, p. 86-92, 2006. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342006000100012>

<http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342006000100012>

MOON, Y. H.; LEE, Y. H.; JEONG, I. S. A Comparison of Effect between Wet Gauze with Cold Normal Saline and Wet Gauze with Cold Water on Postoperative Thirst, Oral Cavity Condition, and Saliva pH\*. **Journal of Korean Academy of Fundamentals of Nursing**, v. 22, n. 4, p. 398–405, 30 nov. 2015.

<https://doi.org/10.7739/jkafn.2015.22.4.398>

MORO, E. T. Prevenção da aspiração pulmonar do conteúdo gástrico. **Rev. Bras. Anesthesiol.**, v. 54, n. 2, p. 261-275, 2004. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-70942004000200014>

<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-70942004000200014>

NASCIMENTO, L.A. et al. Development of a safety protocol for management thirst in the immediate postoperative period. **Rev Esc Enferm USP**, v.48, n.5, p.831-840, 2014. <https://doi.org/10.1590/S0080-6234201400005000009>> .

<https://doi.org/10.1590/S0080-6234201400005000009>> .

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

NASCIMENTO, L.A. et al. Prevalence, intensity and discomfort of thirst in surgical patients in the immediate post-operative period. **Rev. SOBECC**, São Paulo, v.24, n.2, p.85-90, abr./jun. 2019. Disponível em: <<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1006169>>. Acesso em: 13 de maio de 2021.

NASCIMENTO, L.A et al. Advances in the Management of Perioperative Patients' Thirst. **AORN Journal**. February, Vol. 111, No. 2, 2020. <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>

NAKAYA, T.G. et al. Efeitos do picolé de gelo sobre vasopressina, osmolaridade, intensidade e desconforto da sede. **Rev. Gaúcha Enferm**, v.42, p.e20190449, 2021. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2021.20190449>

OUANES, J.P.P. et al. The role of perioperative chewing gum on gastric fluid volume and gastric pH: a meta-analysis. **J Clin Anesth**. v.27, n.2, p.146-152, 2015. Disponível em: < <https://europepmc.org/article/med/25442242>>. Acesso em: 13 de maio de 2021.

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

PANTOJA T, OPIYO N, LEWIN S, PAULSEN E, CIAPPONI A, WIYSONGE CS, et al. Implementation strategies for health systems in low-income countries: an overview of systematic reviews. **Cochrane Database of Systematic Reviews** 2017, Issue 9. Art. No.: CD011086. <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://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/bde-30081>>. Acesso em: 13 de maio de 2021.

PEDROLO, E. et al. A prática baseada em evidências como ferramenta para prática profissional do enfermeiro. **Cogitare Enferm**, v.14, n.4, p.760-3, 2009. Disponível em: < <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/16396>>. Acesso em: 13 de maio de 2021.

PETERS, D.H.; ADAM, T.; ALONGE, O.; AGYEPONG, I.A.; TRAN, N. Republished research: Implementation research: what it is and how to do it. **Br J Sports Med**. v. 48, n. 8, 2014. Disponível em: <http://bjsm.bmj.com/>. Acesso em: 8 de Set. de 2021.

PHAM, C.H.; FANG, M.; VROUWE, S.Q.; KUZA, C.M.; YENIKOMSHIAN, H.A.; GILLENWATER. J. Evaluating the safety and efficacy of intraoperative enteral

nutrition in critically ill burn patients: a systematic review and meta-analysis. **Journal of Burn Care & Research**, v.41, n. 4, p. 841-848, July / August 2020. <https://doi.org/10.1093/jbcr/iraa036>.

PIEROTTI, I. et al. Evaluation of the intensity and discomfort of perioperative thirst. **Esc. Anna Nery**, v. 22, n. 3, 21 maio 2018. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2017-0375>

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>

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>.

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.

Practice guidelines for preoperative fasting and the use of pharmacologic agents to reduce the risk of pulmonary aspiration: application to healthy patients under going elective procedures. **Anesthesiology**, v.126, n.3, p.376-393, 2017.

PRINS, A. Nutritional management of the burn patient. **S Afr J Clin Nutr.**, v.22, n.1, p.09-15, 2009. <https://doi.org/10.1080/16070658.2009.11734211>

ROCHA, C.L.J.V. Histophysiology and classification of burn: consequences of local systems and tissue loss in patients burnt. **Rev. interdisciplin. estud. exp. anim. hum.**, v.1, n.3, p.140-147, 2009. Disponível em: <<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-964347>>. Acesso em: 13 de maio de 2021.

RIMDEIKA, R.; GUDAVICIENE, D.; ADAMONIS, K.; BARAUSKAS, G.; PAVALKIS, D.; ENDZINAS, Z. The effectiveness of caloric value of enteral nutrition in patients with major burns. **Burns**, v.32, n.1, p.83-86, 2006. <https://doi.org/10.1016/j.burns.2005.08.003>

RYCROFT-MALONE, J. et al. Ingredients for change: revisiting a conceptual framework. **Qual Saf Health Care**. v.11, p.174–180, 2002. <http://dx.doi.org/10.1136/qhc.11.2.174>

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/>>. Acesso em: 13 de maio de 2021.

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. Disponível em:

<<https://implementationscience.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13012-014-0115-y>>. Acesso em: 13 de maio de 2021.

SAUNDERS, H. et al. Practicing Healthcare Professionals' Evidence-Based Practice Competencies: An Overview of Systematic Reviews. **Worldviews on Evidence-Based Nursing**, v.16, n.3, p. 176–185, 2019. <https://doi.org/10.1111/wvn.12363>

Sede perioperatória: da evidência à prática. [S. I.]: **Associação Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Sala de Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização (SOBECC)**, 27 Abr. 2021. 1 vídeo (2h:43min). [Live]. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=SVWHImyW99>. Participação de Lígia Fahl Fonseca, Leonel Alves do Nascimento, Luciana Weide, Aline Korki Arrabal Garcia.

SERATO, V.M. et al. Package of mentholated measures for thirst relief: Randomized clinical study. **Rev. Bras. Enferm**, v. 72, n.3, p. 600–608, 2019. <https://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0057>

SHAH, V.; WARRE, R.; LEE, S. K. Quality Improvement Initiatives in Neonatal Intensive Care Unit Networks: Achievements and Challenges. **Academic Pediatrics**, v.13, p.S75–S83, 2013. <https://doi.org/10.1016/j.acap.2013.04.014>

SHIVNAN, J.C. How do you support your staff? Promote EBP. **Nurs Manage.**, v.42, p. 12-14, 2011. Disponível em: <[https://journals.lww.com/nursingmanagement/fulltext/2011/02000/how\\_do\\_you\\_support\\_your\\_staff\\_promote\\_ebp.4.aspx](https://journals.lww.com/nursingmanagement/fulltext/2011/02000/how_do_you_support_your_staff_promote_ebp.4.aspx)>. Acesso em: 13 de maio de 2021.

SMITH, I. et al. Perioperative fasting in adults and children: guidelines from the European Society of Anaesthesiology. **European Journal of Anaesthesiology**, Oxford. v. 28, n. 8, p. 556-569, 2011. Disponível em: <[https://journals.lww.com/ejanaesthesiology/Fulltext/2011/08000/Perioperative\\_fasting\\_in\\_adults\\_and\\_children\\_4.aspx](https://journals.lww.com/ejanaesthesiology/Fulltext/2011/08000/Perioperative_fasting_in_adults_and_children_4.aspx)>. Acesso em: 13 de maio de 2021.

STEVENS, B.J. Challenges in knowledge translation: integrating evidence on pain in children into practice. **Canadian Journal of Nursing Research**, v. 41, n. 4, p. 109- 14, 2009. Disponível em: <[file:///C:/Users/m\\_mas/Downloads/2224-Article%20Text-2224-1-10-20160421.pdf](file:///C:/Users/m_mas/Downloads/2224-Article%20Text-2224-1-10-20160421.pdf)> Acesso em: 13 de maio de 2021.

STEVENS, B. J. et al. Implementation of multidimensional knowledge translation strategies to improve procedural pain in hospitalized children. **Implementation Science**, v.9, p.120, 2014a. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4263210/>>. Acesso em: 13 de maio de 2021.

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>

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: 13 de maio de 2021.

STURKE, R. et.al. A Multi-Disciplinary Approach to Implementation Science: The NIH-PEPFAR PMTCT Implementation Science Alliance. **JAIDS**, 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](https://journals.lww.com/jaids/fulltext/2014/11011/a_multi_disciplinary_approach_to_implementation.11.aspx)>. Acesso em: 13 de maio de 2021.

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.

<https://doi.org/10.1503/cmaj.081229>

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.

<https://qualitysafety.bmj.com/content/23/4/290>

THIRSK, J. Knowledge translation. **Nutrition & Dietetics**, v.75, n. 4, p.341-344, 2018.

<https://doi.org/10.1111/1747-0080.12466>

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.

TOGO, H.Y.A.; LOPES, E.C. Preoperative fasting reduction in burned patients: A systematic review, **Burns Open**. 2020.

<https://doi.org/10.1016/j.burnso.2020.06.004>

VERBALIS, J.G. Disorders of body water homeostasis. **Best Practice & Research Clinical Endocrinology & Metabolism**. v.17,n.4, p.471-503, 2003.

[https://doi.org/10.1016/S1521-690X\(03\)00049-6](https://doi.org/10.1016/S1521-690X(03)00049-6)

VIEIRA, A.C.G.; GASTALDO, D.; HARRISON, D. How to translate scientific knowledge into practice? Concepts, models and application. **Rev Bras Enferm**. v.73, n.5, p:e20190179, 2020.

<http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0179>.

YAO, Y.M. et al. The association of circulating endotoxemia with the development multiple organ failure in burned patients. **Burns**, v.21, p.255-258, 1995.

[https://doi.org/10.1016/0305-4179\(95\)93867-J](https://doi.org/10.1016/0305-4179(95)93867-J)

YAMEY, G. What are the barriers to scaling up health interventions in low and middle income countries? A qualitative study of academic leaders in implementation science. **Glob Health**. v.8, n.1, p.11, 2012. Disponível em:

<<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3514334/>>. Acesso em: 13 de maio de 2021.

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.

WALLIN L. Knowledge translation and implementation research in nursing. **International Journal of Nursing Studies**. v.46, p.576-587, 2009.

<https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2008.05.006>

WENSING, M.; BOSCH, M.; GROL, R. Developing and selecting interventions for translating knowledge to action. **CMAJ**, v. 182, n.2, 2010. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2817342/>> . Acesso em: 13 de maio de 2021.

WENSING, M.; GROL, R. Knowledge translation in health: how implementation science could contribute more. **BMC Medicine**, v.17, n.88, 2019.  
<https://doi.org/10.1186/s12916-019-1322-9>

WINCKWORTH, S. et al. Perioperative fasting in burn patients: Are we doing it right? **S. Afr. J. Surg.** v.53, n.2, p.65-66, 2015. <http://dx.doi.org/10.7196/SAJSNEW.7743>

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Bridging the “Know–Do” Gap Meeting on Knowledge Translation in Global Health. Geneva, Switzerland: **World Health Organization**, 2005. Disponível em:  
<<https://www.who.int/bulletin/volumes/83/10/editorial21005html/en/>>. Acesso em: 13 de maio de 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO) [Internet]. Violence and injury prevention: Burns. Geneva, Switzerland: **World Health Organization**, 2018. Disponível em:  
<[https://www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/burns/en/](https://www.who.int/violence_injury_prevention/burns/en/)>. Acesso em: 13 de maio de 2021.

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.

ZIMMERMAN, C.A.; LEIB, D.E.; KNIGHT, Z.A. Neural circuits underlying thirst and fluid homeostasis. **Nat Rev Neurosci**, v.18, n. 8, p. 459–469, 22 jun. 2017.  
Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5955721/>.> Acesso em: 13 de maio de 2021.

# APÊNDICES

---

**APÊNDICE A - 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.

Londrina, 02/09/2019  
Ass. 

**Lígia Fahl Fonseca**

Cel.: (43) 99982-6666

[ligiafahl@gmail.com](mailto:ligiafahl@gmail.com)

**APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido  
(profissionais participantes do estudo)**

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](mailto: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](mailto:cep268@uel.br). Londrina, \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2019.

\_\_\_\_\_ Participante

\_\_\_\_\_ Lígia Fahl Fonseca

**APÊNDICE C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido  
(pacientes participantes do estudo)**

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 perguntas que serão realizadas pelos pesquisadores. Além disso, em caso de presença de sede, você poderá receber estratégias de alívio para este sintoma.

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.

Você terá garantia de receber respostas a qualquer pergunta sobre o trabalho em qualquer momento. 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 queimado, 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 queimados, além de padronizar o cuidado prestado pelos profissionais perioperatórios. Quanto aos riscos, a possibilidade das estratégias oferecidas não te agradar. Caso isso ocorra, você poderá se recusar a recebe-la.

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 (Aline Korki Arrabal Garcia, Rua Marcílio Dias, 125, apt 601 (43) 99166-0069 e [alinekorki@yahoo.com.br](mailto:alinekorki@yahoo.com.br) , 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

\_\_\_\_\_  
Enfermeira Aline Korki Arrabal Garcia

**APÊNDICE D - Termo de Assentimento  
(pacientes participantes do estudo menores de idade)**

Você está sendo convidado para participar da pesquisa **“Implantação do modelo de manejo da sede perioperatória: estudo de intervenção norteado pelo Knowledge Translation”**. Seus pais permitiram que você participe da pesquisa respondendo perguntas que serão realizadas pelos pesquisadores. Além disso, em caso de presença de sede, você poderá receber estratégias de alívio para este sintoma.

As crianças que irão participar dessa pesquisa têm de três a 12 anos de idade. Você não precisa participar da pesquisa se não quiser, é um direito seu, não terá nenhum problema se desistir. A pesquisa será feita no Hospital Universitário de Londrina, na Unidade de Tratamento de Queimados, Para isso, será usado um instrumento com perguntas sobre o período pré-anestésico.

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.

Você terá garantia de receber respostas a qualquer pergunta sobre o trabalho em qualquer momento. 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 queimado, 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 queimados, além de padronizar o cuidado prestado pelos profissionais perioperatórios. Quanto aos riscos, a possibilidade das estratégias oferecidas não te agradar. Caso isso ocorra, você poderá se recusar a recebe-la.

Se tiver alguma dúvida ou necessite de maiores esclarecimentos poderá nos contatar (Aline Korki Arrabal Garcia, Rua Marcílio Dias, 125, apt 601, (43) 99166-0069 e [alinekorki@yahoo.com.br](mailto:alinekorki@yahoo.com.br) , 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.

Eu \_\_\_\_\_ aceito participar da pesquisa. Entendi as coisas ruins e as coisas boas que podem acontecer. Entendi que posso dizer “sim” e participar, mas que, a qualquer momento, posso dizer “não” e desistir que ninguém vai ficar furioso. Os pesquisadores tiraram minhas dúvidas e conversaram com os meus responsáveis. Recebi uma cópia deste termo de assentimento e li e concordo em participar da pesquisa.

Londrina, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2019.


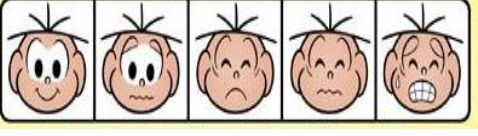
\_\_\_\_\_  
Assinatura do menor

\_\_\_\_\_  
Enfermeira Aline Korki Arrabal Garcia

**APÊNDICE E – Instrumento de caracterização dos profissionais**

Instrumento caracterização profissionais			Gabarito
1. Data: ___/___/____			1.D: ___/___/____
Identificação			
2. Iniciais do nome:	3. Idade: _____ anos	4. Sexo: (1) Fem. (2) Masc.	2: 3: 4
5. Tempo de trabalho na instituição (meses):			5:
6. Tempo de trabalho no setor (meses):			6:
7. Turno de trabalho no setor: (1) Manhã (2) Tarde			7:
8. Categoria profissional			
(1) Anestesiista (2) Resid. Anestesia (3) Enfermeiro	(4) Resid. Enferm. (5) Inter. Enferm. (6) Téc. Enferm. (7) Cir. plástico	(8) Resid. Cir plástico (9) Méd. Intensivista (10) Resid. Méd. Intensivista (11) Outro:	8:
9. Titulação			
(1) Nível médio (2) Graduando (3) Graduado (4) Pós-graduado/ Especialista	(5) Mestre (6) Doutor (7) Pós-doutor	9:	
Vínculo com a Instituição			
10. (1) Concursado (2) Terceirizado (3) Residente (4) Graduando			10:
11. Tem outro vínculo de trabalho? (1) Sim (2) Não			11:
12. Como você classifica a importância do manejo da sede no paciente cirúrgico queimado, no período pré-operatório?			12:
13. Como você classifica a importância do manejo da sede no paciente cirúrgico queimado, no período pós-operatório imediato?			13:

**APÊNDICE F – Roteiro de coleta de dados da Implantação do Modelo de Manejo da Sede Perioperatória**

Implantação do Modelo de Manejo da sede pré e pós-operatório imediato				Gabarito			
1. Data: _____	2. Idade: _____	3. Dias internado: _____	4. Nº do proced.: _____	1: _____	2: _____	3: _____	4: _____
5. (1) Pac. Adulto (2) Pac. Pediátrico		6. Iniciais paciente: _____	7. Sexo: (1) Masc (2) Fem	5: _____	6: _____	7: _____	
PRÉ-OPERATÓRIO							
8. Nº pesquisador: _____		9. Nº do profissional observado: _____		8: _____	9: _____		
10. Turno observação: (1) Manhã (2) Tarde		11. Local: (1) UTI (2) Enferm.		10: _____	11: _____		
12. Horário da coleta de dados: _____		13. Porcentagem queimadura: _____		12: _____	13: _____		
14. Tempo jejum de líquido pré-operatório: Início: _____		Duração: ____:____		14.I - _____	D- _____		
15. Tempo de jejum de sólido pré-operatório: Início: ____:____		Duração: ____:____		15.I - _____	D- _____		
IDENTIFICAÇÃO DA SEDE - PRÉ							
16. O paciente falou de forma espontânea se está com sede? (1) Sim (2) Não				16: _____			
17. Profissional perguntou ao paciente se ele está com sede? (1) Sim (2) Não				17: _____			
18. O paciente está com sede? (1) Sim (2) Não				18: _____			
19. Paciente apresenta algum sinal periférico de sede? (1) Sim (2) Não				19: _____			
20. Se o paciente apresentar sinal periférico, indique qual (observador): pode assinalar mais de um (anote quantos sinais apresenta). ( ) Boca seca ( ) Lábios ressecados ( ) Lábios esbranquiçados		( ) Língua grossa ( ) Saliva grossa ( ) Falta de saliva ( ) Garganta seca ( ) Gosto ruim na boca ( ) Vontade de beber água		20: _____			
21. Profissional registra em documento os dados sobre a identificação da sede: (1) Sim (2) Não				21: _____			
22. O PROFISSIONAL APLICOU O PILAR I (1) Completo (2) Parcialmente Completo (3) Não aplicou				22: _____			
Favor preencher todos os dados da identificação se o paciente estiver com sede ou não.							
MENSURAÇÃO DA SEDE - PRÉ							
Se o paciente apresentar sede, CONTINUE PREENCHENDO.							
ADULTO				PEDIÁTRICO			
23A. O profissional mensurou a intensidade da sede do adulto (de 0 - 10): (1) Sim (2) Não		23P. O profissional mensurou a intensidade da sede da criança (0-4): (1) Sim (2) Não		23A: _____	23P: _____		
24A. O profissional explica ao paciente o que significa zero a 10 da Escala Visual Analógica (EVA): (1) Sim (2) Não		24P. O profissional explica a criança/responsável o que significa zero a 4 da Escala de Faces (EF): (1) Sim (2) Não		24A: _____	24P: _____		
25A. Qual a intensidade da sede do paciente: 		25P: Qual a intensidade da sede do paciente: 		25A: _____	25P: _____		
26A. O profissional mensurou o desconforto da sede do paciente: (1) Sim (2) Não		26P. O profissional mensurou o desconforto da sede do paciente: (1) Sim (2) Não		26A: _____	26P: _____		
Se a resposta do item 26 for SIM, indique os desconfortos apontados pelo paciente, presentes na EDESP							




27. Atributos EDESP	Nada incomodado	Um pouco incomodado	Muito incomodado	-----	
Minha boca está seca	0	1	2	27.1 A:	27.1 P:
Meus lábios estão ressecados	0	1	2	27.2 A:	27.2 P:
Minha língua está grossa	0	1	2	27.3 A:	27.3 P:
Minha saliva está grossa	0	1	2	27.4 A:	27.4 P:
Minha garganta está seca	0	1	2	27.5 A:	27.5 P:
Sinto um gosto ruim na boca	0	1	2	27.6 A:	27.6 P:
Tenho vontade de beber água	0	1	2	27.7 A:	27.7 P:
Pontuação final:				27 A Final:	27. P Final:
28. Profissional <b>registra</b> em documento os dados sobre <b>mensuração</b> da sede: (1) Sim (2) Não				28:	
29. O PROFISSIONAL APLICOU O PILAR II (1) Completo (2) Parcialmente Completo (3) Não aplicou				29:	
<b>SEGURANÇA DO MANEJO DA SEDE - PRÉ</b>					
Se o paciente apresentar sede, CONTINUE PREENCHENDO.					
30. O profissional aplicou o protocolo de segurança no paciente: (1) Sim (2) Não				30:	
Se a resposta no item 30 a resposta for SIM, continue preenchendo os itens 31, 32 e 33					
<b>31. Avaliação da Segurança:</b> (1) PSMS (2) PSMSP		<b>Horário: ___ : ___</b>		<b>31.</b>	
<b>ADULTO</b>		<b>PEDIÁTRICO</b>			
Nível consciência: (1)Aprovado (2)Reprovado		Nível consciência: (1)Aprovado (2)Reprovado		31.1.N.C A:	N.C P:
- (Não avalia)		Movimentação: (1)Aprovado (2)Reprovado		31.2-----	Mov P:
Tosse: (1)Aprovado (2)Reprovado		Tosse: (1)Aprovado (2)Reprovado		31.3T A:	T P:
Deglutição: (1)Aprovado (2)Reprovado		Deglutição: (1)Aprovado (2)Reprovado		31.4D A:	D P:
- (Não avalia)		Padrão Respiratório:(1)Aprovado (2)Reprovado		31.5-----	PR P:
Náusea/vômito: (1) Aprovado (2) Reprovado		Náusea/vômito: (1) Aprovado (2) Reprovado		31.6N/V A:	N/V P:
Resultado final: (1) Aprovado (2) Reprovado		Resultado final: (1) Aprovado (2) Reprovado		31.7Final A:	Final P:
32. O profissional aplicou o protocolo certo para a faixa etária do paciente: (1) Sim (2) Não				32:	
33. O profissional seguiu todas as etapas preconizadas pelo protocolo: (1) Sim (2) Não				33:	
34. Profissional <b>registra</b> em documento os dados sobre <b>segurança</b> da sede: (1) Sim (2) Não				34:	
35. O PROFISSIONAL APLICOU O PILAR III (1) Completo (2) Parcialmente Completo (3) Não aplicou				35:	
<b>ESTRATÉGIA DE ALÍVIO DA SEDE - PRÉ</b>					
36. Se o paciente for <b>reprovado</b> no protocolo, o profissional ofertou <b>hidratante labial</b> ao paciente: (1) Sim (2) Não				36:	
Se o paciente for <b>APROVADO</b> na segurança, CONTINUE PREENCHENDO.					
37. O profissional ofereceu alguma estratégia de alívio da sede: (1)Sim (2)Não				37:	
Se a resposta no item 37 for SIM, continue preenchendo os itens 38, 39, 40, 41, 42 e 43					
38. Se sim, qual estratégia: (1) Água (2) Picolé de gelo (3) Hidratante labial (4) Goma de mascar (5)Spray de água gelada (6) Picolé+ hidratante (7) Goma+ hidratante (8)Spray+ hidratante				38:	
39. O paciente aceitou alguma estratégia de alívio da sede: (1)Sim (2)Não (3)Não se aplica (inconc.)				39:	

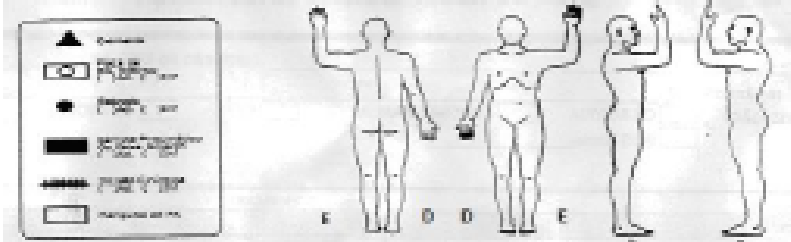
40. Se sim, qual estratégia: (1) Água (2) Picolé de gelo (3) Hidratante labial (4) Goma de mascar (5) Spray de água gelada (6) Picolé+ hidratante (7) Goma+ hidratante (8) Spray+ hidratante	40:
41. O profissional elevou a cabeceira do paciente ao entregar o picolé de gelo: (1) Sim (2) Não (3) Não se aplica	41:
42. Paciente apresentou algum evento adverso após receber estratégia de alívio da sede: (1) Sim (2) Não	42:
43. Se sim, qual: _____	43:
44. Profissional <b>registra</b> em documento os dados sobre <b>estratégia</b> da sede: (1) Sim (2) Não	44:
45. O PROFISSIONAL APLICOU O PILAR IV (1) Completo (2) Parcialmente Completo (3) Não aplicou	45:
Observações do pesquisador:	

**APÊNDICE G – Roteiro de aceitabilidade e viabilidade do Modelo de Manejo da Sede pré-operatória na unidade de queimados na perspectiva do profissionais da enfermagem**

<b>Aceitabilidade e viabilidade do Modelo de Manejo da Sede pré-operatória na unidade de queimados</b>
Como você avalia a utilidade do Manejo da Sede para a sua prática clínica? ( ) Extremamente útil ( ) Muito útil ( ) Um pouco útil
Você considera possível utilizar o Modelo de Manejo da Sede pré-operatória apresentado em sua prática clínica? ( ) Sim ( ) Não
Você considera possível utilizar alguma(s) da(s) intervenção(s) apresentadas para manejo da sede em sua prática clínica? Quais intervenção(s) apresentadas para manejo da sede você considera que pode utilizar em sua prática clínica? ( ) Picolé de gelo ( ) Picolé mentolado ( ) Hidratante labial ( ) Goma de mascar mentolada ( ) Todas as apresentadas ( ) Nenhuma intervenção

## APÊNDICE H – Ficha perioperatório modificada após inserção do Modelo de Manejo da Sede

 <b>UNIVERSIDADE</b> <b>ESTADUAL DE LONDRINA</b>	<b>FICHA DE AVALIAÇÃO PERIOPERATÓRIA</b>  <b>CENTRO DE TRATAMENTO DE QUEIMADOS</b>	 <b>HOSPITAL</b> <b>UNIVERSITÁRIO</b>									
<b>ETIQUETA</b>	Data: ____/____/____ Horário: ____:____ Código da reserva: _____ Código do procedimento: _____ <input type="checkbox"/> Balneoterapia <input type="checkbox"/> Centro Cirúrgico Código: _____										
<b>PRÉ-OPERATÓRIO</b>											
Pulseira de identificação: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Prótese / adornos: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Colonização de microrganismos: <input type="checkbox"/> MR <input type="checkbox"/> KPC <input type="checkbox"/> CR <input type="checkbox"/> PR <input type="checkbox"/> Não se aplica	Termo de consentimento: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Triotomia: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Acesso venoso: <input type="checkbox"/> Abocath <input type="checkbox"/> Intracath <input type="checkbox"/> Duplo Lúmen <input type="checkbox"/> Triplo Lúmen <input type="checkbox"/> Arteriotomia <input type="checkbox"/> Flebotomia <input type="checkbox"/> PICC Local: _____										
Reserva de sangue: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Tipagem sanguínea: _____ Alergia: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Se sim, qual: _____	Antibiótico em uso: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Se sim, qual: _____ Porcentagem da queimadura: _____ Local da queimadura: _____										
<b>MANEJO DA SEDE PRÉ-OPERATÓRIO</b>											
<b>Escala Visual Numérica Sede Adulto</b> 		<b>Escala de Faces Sede Pediátrica</b> 									
<b>Prot. Segurança do Manejo da Sede (PSMS)</b>		<b>Prot. Segurança do Manejo da Sede Pediátrico (PSMSP)</b>									
Hora	Int.	N. Consc.	Toxas	Deglut.	NVPO	N. Consc.	Mov.	V. Aérea	P. resp.	NVPO	Estratégia
_____	_____	(Ap) (Rep)	(Ap) (Rep)	(Ap) (Rep)	(Ap) (Rep)	(Ap) (Rep)	(Ap) (Rep)	(Ap) (Rep)	(Ap) (Rep)	(Ap) (Rep)	(Sim) (Não)
_____	_____	(Ap) (Rep)	(Ap) (Rep)	(Ap) (Rep)	(Ap) (Rep)	(Ap) (Rep)	(Ap) (Rep)	(Ap) (Rep)	(Ap) (Rep)	(Ap) (Rep)	(Sim) (Não)
<b>TRANS-OPERATÓRIO</b>											
Entrada em SO: ____:____		PA: ____X____		Pulso: ____		SpO <sub>2</sub> : ____		FR: ____			
Nível de consciência: <input type="checkbox"/> Consciente <input type="checkbox"/> Inconsciente <input type="checkbox"/> Sedado <input type="checkbox"/> Orientado <input type="checkbox"/> Desorientado			Monitorização: <input type="checkbox"/> Oxímetro <input type="checkbox"/> Cardioscópio <input type="checkbox"/> Capnógrafo <input type="checkbox"/> PVC <input type="checkbox"/> PANI <input type="checkbox"/> PAM <input type="checkbox"/> Outros: _____								
Anestesia Início: ____:____			Término: ____:____								
<input type="checkbox"/> Geral venosa <input type="checkbox"/> Geral inalatória <input type="checkbox"/> Geral balanceada <input type="checkbox"/> Tubo endotraq. nº: _____ <input type="checkbox"/> Aramada nº: _____ <input type="checkbox"/> Com cuff <input type="checkbox"/> Sem cuff		<input type="checkbox"/> Sedação <input type="checkbox"/> Peridural c/ cateter <input type="checkbox"/> Peridural s/ cateter <input type="checkbox"/> Local <input type="checkbox"/> Bloqueio: _____ <input type="checkbox"/> Outros: _____		Posicionamento Cirúrgico: <input type="checkbox"/> Dorsal <input type="checkbox"/> Ventral <input type="checkbox"/> Lateral Direita <input type="checkbox"/> Lateral Esquerda <input type="checkbox"/> Outro: _____							
Local de degermação e antissepsia: _____			Degermante: <input type="checkbox"/> Clorexidina degermante <input type="checkbox"/> PVPI degermante								
Antisséptico: <input type="checkbox"/> Clorexidina alcoólica <input type="checkbox"/> PVPI tóxico			Equipamentos e acessórios: <input type="checkbox"/> Aparelho de anestesia <input type="checkbox"/> Monitor mult. <input type="checkbox"/> Mesa elétrica <input type="checkbox"/> Bisturi elétrico <input type="checkbox"/> Aspirador elétrico <input type="checkbox"/> Aspirador rede <input type="checkbox"/> Dermátomo <input type="checkbox"/> Expansor de pele <input type="checkbox"/> Outros: _____								
<b>TIME OUT – ANTES DA INCISÃO</b>											
Todos os membros da equipe estão presentes? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Todos confirmam paciente, local e procedimento? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Todos os materiais estão estéreis e disponíveis? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Administrado antibiótico profilático? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		Assinatura Técnico de Enfermagem  _____									
Início da cirurgia: ____:____		Término da cirurgia: ____:____									

Cirurgião: _____				
Assistente: _____				
Instrumentador: _____				
Anestesiologista: _____				
Cirurgia realizada: _____				
				
Sondas: <input type="checkbox"/> Vesical <input type="checkbox"/> SNG <input type="checkbox"/> SNE <input type="checkbox"/> Outras: _____				
Drenos: <input type="checkbox"/> Penrose nº _____ <input type="checkbox"/> Sucção nº _____ <input type="checkbox"/> Tórax <input type="checkbox"/> Outros: _____				
Perda sangüínea: <input type="checkbox"/> Pequena <input type="checkbox"/> Média <input type="checkbox"/> Grande				
Realizou transfusão: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não				
Transfusão: <input type="checkbox"/> Hemácias <input type="checkbox"/> Plasma <input type="checkbox"/> Ambas				
Hemocomponente	Horário	Volume	Tipagem sangüínea	Número da bolsa
Diurese desprezada em sala operatória: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não				
Horário: _____		Volume: _____ ml		Aspecto: _____
Curativo: <input type="checkbox"/> Fechado <input type="checkbox"/> Aberto				
Utilizado: <input type="checkbox"/> Guifadiazina de prata <input type="checkbox"/> Rayon <input type="checkbox"/> Gaze metro <input type="checkbox"/> Gaze simples <input type="checkbox"/> Compressa <input type="checkbox"/> Algodão				
<input type="checkbox"/> Atadura <input type="checkbox"/> Gesso <input type="checkbox"/> Dersani <input type="checkbox"/> Outros: _____				
Áreas queimadas: _____				
Áreas enxertadas: _____				
Áreas doadoras: _____				
Observações: _____				
<b>SIGN OUT - SAÍDA DO PACIENTE</b>				
Infusões estão devidamente identificadas? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Peça anátomo patológica identificada? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Quantidade de peças: _____ Nome das peças: _____			Assinatura Técnico de Enfermagem	
Via aérea: <input type="checkbox"/> Livre <input type="checkbox"/> Intubado <input type="checkbox"/> Traqueostomia <input type="checkbox"/> Guedel			Assinatura Enfermeiro	
Saída de SO: _____; _____		PA: _____ X _____	Pulso: _____	SpO <sub>2</sub> : _____ FR: _____
Observação: _____				
<b>PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO</b>				
ABCDE PÓS TRAUMA ANESTÉSICO CIRÚRGICO      LEGENDA: SIM (S)    NÃO (N)    NÃO SE APLICA (NA)				
CONTROLES	HORÁRIOS			
ADM.	1ª HORA (15/15 MIN.)	2ª HORA (30/30 MIN.)	3ª HORA	
<b>A - VIAS AÉREAS</b>				
PERNAS				
GUEDEL				

<b>B – RESPIRAÇÃO</b>											
FREQ. RESPIRAT.											
NEBULIZAÇÃO O2											
SATURAÇÃO O2											
INSP. PROFUNDA											
<b>C – CIRCULAÇÃO</b>											
PULSO											
PRESSÃO ARTERIAL											
COLORAÇÃO (pálida) (corado) (cianótico) (ictérico) ASP. CURATIVO (úmido ++++)											
<b>D – NEUROLÓGICO</b>											
N. CONSCIÊNCIA (alerta) (conol) (torporoso) (agl.)											
PUPILÔMETRO											
DIÂMETRO PUPILA D/E											
REATIVIDADE DE PUPILAS (+/-)											
NÍVEL DE BLOQUEIO											
FORÇA MUSC. MM (forte) (fraca) (ausente)											
<b>E – CONTROLES</b>											
TEMPERATURA											
INTENSIDADE DOR											
INTENSIDADE SEDE											
NÁUSEAS/VÔMITO											
ASSINATURA											
<b>MANEJO DA SEDE PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO</b>											
<b>Escala Visual Numérica Dor/Sede Adulto</b> 						<b>Escala de Faces Dor/ Sede Pediátrica</b> 					
Prot. Segurança do Manejo da Sede (PSMS)						Prot. Segurança do Manejo da Sede Pediátrico (PSMSP)					
Hora	Int.	N.Consc	Tosse	Deglut.	NVPO	N.Consc	Mov.	V. Aérea	P. resp.	NVPO	Estratégia
.....		(Ap) (Rep)	(Ap) (Rep)	(Ap) (Rep)	(Ap) (Rep)	(Ap) (Rep)	(Ap) (Rep)	(Ap) (Rep)	(Ap) (Rep)	(Ap) (Rep)	(Sim)..... (Não)
.....		(Ap) (Rep)	(Ap) (Rep)	(Ap) (Rep)	(Ap) (Rep)	(Ap) (Rep)	(Ap) (Rep)	(Ap) (Rep)	(Ap) (Rep)	(Ap) (Rep)	(Sim)..... (Não)
Observação:											
Intercomentários e estado geral											
Assinatura e Carimbo - Enfermeiro						Assinatura e Carimbo - Técnico de Enfermagem					

## APÊNDICE I – Checklist pré-cirúrgico



### CHECK LIST PRÉ - CIRÚRGICO


Etiqueta do Paciente	Data: ____ / ____ / ____ Procedimento: _____ Hora do encaminhamento ao CC: _____ SSVV: PA : _____ FC : _____ FR : _____ T°C = _____ Tpt Inc. : _____										
EM RELAÇÃO AO PREPARO DO PACIENTE		SIM	NÃO	N.A.							
1. Está com a Pulseira de Identificação											
2. Encontra-se em Jejum											
3. Realizado Tricotomia											
4. Realizado Higiene Oral											
5. Realizado Higiene Corporal											
6. Retirados Adornos (aliança, brincos, piercing, lentes de contato)											
7. Retirado Prótese Dentária Móvel											
8. Acesso Venoso Pérvio											
9. Requer Precauções de Contato (MR/CR/PR)											
10. Reserva de sangue											
11. Está em uso de antibiótico. Qual:.....											
12. É alérgico a:.....											
13. Observações:											
MANEJO DA SEDE PRÉ-OPERATÓRIO											
14. Paciente cirúrgico está com sede: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não											
Escala Visual Numérica Sede Adulto			Escala de Faces Sede Pediátrica								
Prof. Segurança do Manejo da Sede (P3M3)			Prof. Segurança do Manejo da Sede Pediátrica (P3M3P)								
Hora	Intencidade	N. Conso	Tosse	Deglut.	NVPO	N. Conso	Mov.	V. Área	P. resp.	NVPO	Estratégia
: : :		(Ap) (Rep)	(Ap) (Rep)	(Ap) (Rep)	(Ap) (Rep)	(Ap) (Rep)	(Ap) (Rep)	(Ap) (Rep)	(Ap) (Rep)	(Ap) (Rep)	(Sim) (Não)
: : :		(Ap) (Rep)	(Ap) (Rep)	(Ap) (Rep)	(Ap) (Rep)	(Ap) (Rep)	(Ap) (Rep)	(Ap) (Rep)	(Ap) (Rep)	(Ap) (Rep)	(Sim) (Não)
: : :		(Ap) (Rep)	(Ap) (Rep)	(Ap) (Rep)	(Ap) (Rep)	(Ap) (Rep)	(Ap) (Rep)	(Ap) (Rep)	(Ap) (Rep)	(Ap) (Rep)	(Sim) (Não)
Observações:											

Nome e nº Coren \_\_\_\_\_

Unidade/Setor \_\_\_\_\_

Adaptado do Original desenvolvido pela Divisão de Centro Cirúrgico e Internamento  
ACQAE

## APÊNDICE J – Procedimento Operacional Padrão Modelo de Manejo da Sede Pré-operatória no adulto

		<b>MANEJO DA SEDE NO PRÉ-OPERATÓRIO DO PACIENTE QUEIMADO ADULTO</b>		
<b>POP</b> DE:CTQ.001	<b>Versão</b> 01	<b>Revisão</b> Dezembro/2019	<b>Próxima Revisão</b> Dezembro/2021	<b>Página</b> 1/4

### 1 OBJETIVO

Garantir assistência padronizada e de qualidade ao paciente queimado cirúrgico adulto com sede, em período pré-operatório.

### 2 CONCEITO

A sede no paciente cirúrgico queimado em período pré-operatório é prevalente, intensa e angustiante. Isso ocorre devido a uma confluência de fatores que afetam os pacientes queimados, tais como a ansiedade, fisiopatologia da queimadura, uso de fármacos como opioides e anticolinérgicos, e principalmente a restrição hídrica devido ao jejum no período pré-operatório.

O Manejo da Sede no período pré-operatório é composto por quatro pilares fundamentais: Identificação da sede; Mensuração da sede; Segurança no manejo da sede; Estratégias de alívio da sede.

### 3 RESPONSABILIDADE

Enfermeiros e Técnicos de Enfermagem do Centro de Tratamento de Queimados.

### 4 MATERIAIS

- Ficha perioperatória; Escala Visual Analógica; Protocolo de Segurança do Manejo da Sede (PSMS) (adulto);
- Pícolé de gelo (forma de silicone, água filtrada, plástico filme, palito de pícolé, saco plástico individual);
- Pícolé de gelo mentolado (forma de silicone, solução mentolada, plástico filme, palito de pícolé, saco plástico individual);
- Goma de mascar mentolada (Trident® menta);
- Freezer;
- Hidratante labial;
- Cotonete.

### 5 DESCRIÇÃO DA TÉCNICA

#### 5.1 Identificar a sede do paciente:

- Identificar os sinais periféricos de sede no paciente (boca seca, lábios ressecados, língua e saliva grossa, falta de saliva, gosto ruim na boca, vontade de beber água);
- Perguntar ao paciente se ele está com sede;
- Anotar na ficha perioperatória, em local determinado, a resposta do paciente.

#### 5.2 Mensurar a sede do paciente:

- Mensurar a intensidade da sede utilizando a Escala Visual Analógica (Figura 1), que varia de zero a 10, sendo zero nenhuma sede e 10 a sede mais intensa que já sentiu;


		<b>MANEJO DA SEDE NO PRÉ-OPERATÓRIO DO PACIENTE QUEIMADO ADULTO</b>		
POP DE.CTQ.001	Versão 01	Revisão Dezembro/2019	Próxima Revisão Dezembro/2021	Página 2/4

Figura 1- Escala Visual Analógica





- Anotar em ficha perioperatória, em local determinado, a resposta do paciente.

### 5.3 Avaliar a Segurança para o manejo da sede:

- Utilizar o Protocolo de Segurança do Manejo da Sede (Anexo) para avaliar o adulto:
  - Avaliar Nível de Consciência:
    - Perguntar: Qual o seu nome? Onde você está?
    - Aguardar 15 segundos sem estimular o paciente, observando se não volta a dormir;
    - Caso o paciente não consiga responder as perguntas ou volte a dormir, estará reprovado.
  - Avaliar Proteção de Vias Aéreas:
    - Presença de tosse efetiva: Posicionar as mãos no abdômen e no tórax do paciente; Solicitar que o paciente tussa; Avaliar a utilização de músculos abdominais e torácicos durante a tosse; Observar expulsão de alto fluxo de ar;
    - Presença de deglutição efetiva: Solicitar que o paciente degluta; Verificar se ele consegue obedecer ao comando; Observar a elevação da laringe durante a deglutição.
    - Caso o paciente não apresente tosse e/ou deglutição efetiva, estará reprovado.
  - Avaliar Náusea e Vômito:
    - Questionar o paciente sobre a presença de náusea;
    - Questionar o paciente e observar a presença de vômito;
    - Se o paciente apresentar náusea ou vômito estará reprovado.
- Se o paciente for aprovado em todas as etapas anteriores, o mesmo poderá receber uma estratégia de alívio da sede. No entanto, se o mesmo for reprovado, o profissional deverá interromper o manejo da sede, e aguardar 15 minutos para refazer todas as etapas;
- Anotar na ficha perioperatória, em local determinado, sobre todas as etapas do PSMS.

### 5.4 Ofertar estratégia de alívio da sede:

- Elevar a cabeceira do paciente;
- Oferecer uma estratégia de alívio ao paciente (picolé de gelo / picolé de gelo mentolado / goma de mascar mentolada);
- O picolé de gelo pode ser feito conforme a receita a seguir:
  - Materiais necessários:
    - Forma de silicone;
    - Água filtrada ou solução mentolada;

 		<b>MANEJO DA SEDE NO PRÉ-OPERATÓRIO DO PACIENTE QUEIMADO ADULTO</b>		
<b>POP</b> DE.CTQ.001	<b>Versão</b> 01	<b>Revisão</b> Dezembro/2019	<b>Próxima Revisão</b> Dezembro/2021	<b>Página</b> 3/4

- Plástico filme;
- Palito de picolé (colher plástica de mexer café);
- Freezer.

➤ **Modo de fazer:**

- Colocar água filtrada ou solução mentolada na forma de silicone;
  - Envolver a forma de silicone com plástico filme;
  - Furar o plástico filme com o palito de picolé, de forma que o palito fique estabilizado no plástico;
  - Colocar a forma de silicone em freezer;
  - Desentormar o picolé de gelo quando estiver congelado;
  - Colocar o picolé de gelo em saquinho plástico adequado.
- Informar ao paciente que caso o gelo se desprenda da haste, o mesmo deve ser retirado da boca e o profissional mais próximo comunicado;
  - Informar ao paciente que caso a goma de mascar mentolada começar a se decompor na boca, o mesmo deverá retirá-la. Além disso, o paciente está proibido de engolir a goma de mascar;
  - Passar hidratante labial nos lábios do paciente, utilizando cotonete;
  - Anotar na ficha perioperatória, em local determinado, o aceite ou recusa da estratégia de alívio pelo paciente.

## 6 PONTOS RELEVANTES


- Todos os pacientes que estiverem em jejum pré-operatório até 2 horas antes da cirurgia, deverão receber o Manejo da Sede, caso apresentem esse desconforto;
- Todos os pacientes cirúrgicos em período pré-operatório poderão receber o hidratante labial, mesmo que tenha sido reprovado no PSMS.

## 7 REGISTROS

Não se aplica

## 8 BIBLIOGRAFIA

- Nascimento LA, Fonseca LF, Santos CB. Interrater reliability testing of the safety protocol for thirst management. *J Perioperative Nurs.* 2018; 33(4):527-538.
- Conchon MF, Fonseca LF. Efficacy of an ice popicle on thirst management in the immediate postoperative period: a randomized clinical trial. *J Perioperative Nurs.* 2018;33(2):153-161.
- Garcia AKA, Furuya RK, Conchon MF, Rossetto EG, Dantas RAS, Fonseca LF. Menthol chewing gum in preoperative thirst management: randomized clinical trial. *Rev LatAm Enfermagem.* 2019;27:e3180. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.3070.3180>.
- Garcia AKA, Fonseca LF, Arzoi P, Galvão CM. Strategies for thirst relief: integrative literature review. *Rev Bras Enferm.* 2015;69(5):1145-1155.
- Silva RPU, Rampazzo ARP, Nascimento LA, Fonseca LF. Discomfort patients expect and experience in the immediate postoperative period. *Rev Brasileira Enferm.* 2018;32:e26070. <https://doi.org/10.18471/rbe.v32.2.6070>
- Quares JPP, Bickel MC, Topoloka B, Tomas VG, Wu CL, Murphy JD. The role of perioperative chewing gum on gastric fluid volume and gastric pH: a metaanalysis. *J Clin Anesth.* 2015;27(2):146-152.

		<b>MANEJO DA SEDE NO PRÉ-OPERATÓRIO DO PACIENTE QUEIMADO ADULTO</b>		
<b>POP</b> DE.CTQ.001	<b>Versão</b> 01	<b>Revisão</b> Dezembro/2019	<b>Próxima Revisão</b> Dezembro/2021	<b>Página</b> 4/4

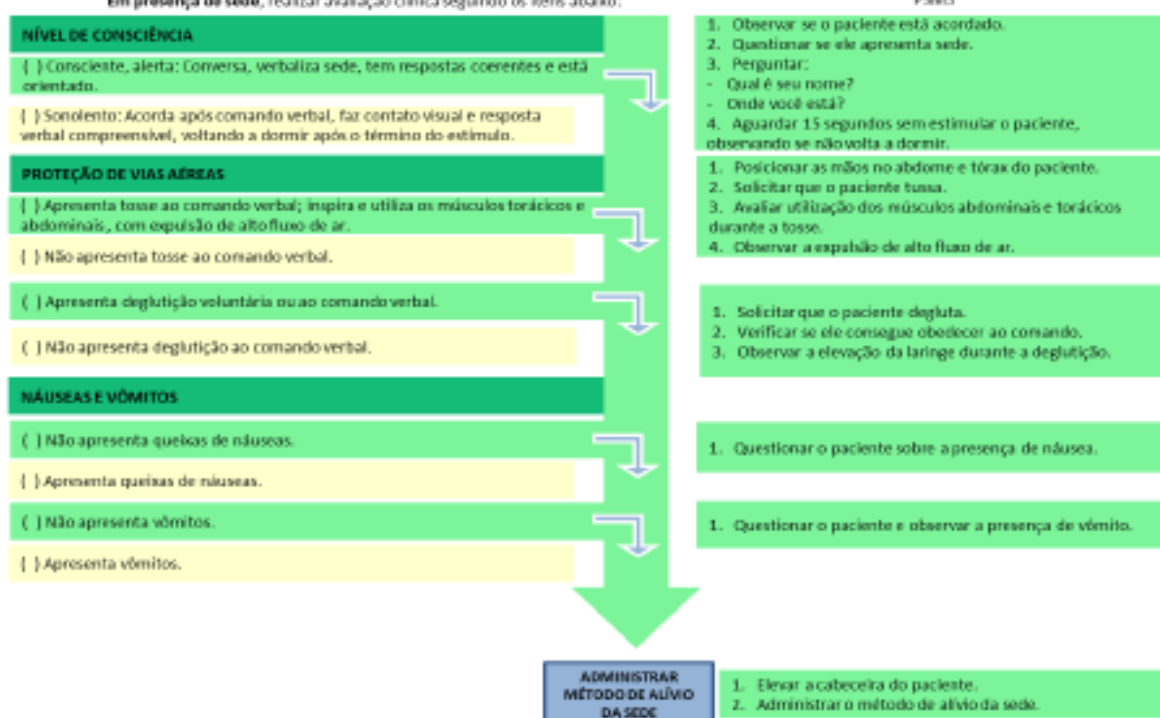
<b>ELABORADO: Dezembro/2019</b>	<b>REVISADO: Dezembro/2019</b>
<b>Doente de Enfermagem:</b> Enfa. Dra. Lígia Fahl Fonseca <b>Doutorado em Enfermagem:</b> Enfa. Ma. Aline Konti Amabai Garcia	<b>Chefe de Divisão CTQ:</b> Enfa. Ma. Elisângela Flauzino Zampar <b>DEPE:</b> Enfa. Ma. Sheila Esteves Farias

<b>APROVADO: Dezembro/2019</b>				
Diretoria Superintendente	Diretoria Clínica	Diretoria de Enfermagem	Diretoria Administrativa	Núcleo de Segurança do Paciente
Enfa. Ma. Vivian Blazon El Reda Feijó	Dra. Luiza Kazuko Moriya	Enfa. Dra. Magali Godoy Pereira Cardoso	Dalane Vieira Cardoso	Enf. Dr. Alexandre de Oliveira Dias


## ANEXO – Protocolo de Segurança para o Manejo da Sede (PSMS)

### Protocolo de Segurança para o Manejo da Sede no Pós-Operatório Imediato (PSMS)

Em presença de sede, realizar avaliação clínica seguindo os itens abaixo:



## APÊNDICE K – Procedimento Operacional Padrão Modelo de Manejo da Sede Pré-operatória na criança

		<b>MANEJO DA SEDE NO PACIENTE PRÉ-OPERATÓRIO PEDIÁTRICO</b>		
POP DE.CTG.002	Versão 01	Revisão Dezembro/2019	Próxima Revisão Dezembro/2021	Página 1/4

### 1 OBJETIVO

Garantir assistência padronizada e de qualidade ao paciente queimado cirúrgico pediátrico maior de 3 (três) anos com sede, em período pré-operatório.

### 2 CONCEITO

A sede no paciente cirúrgico queimado em período pré-operatório é prevalente, intensa e angustiante. Isso ocorre devido a uma confluência de fatores que afetam os pacientes queimados, tais como a ansiedade, fisiopatologia da queimadura, uso de fármacos como opióides e anticolinérgicos, e principalmente a restrição hídrica devido ao jejum no período pré-operatório.

O Manejo da Sede no período pré-operatório é composto por quatro pilares fundamentais: Identificação da sede; Mensuração da sede; Segurança no manejo da sede; Estratégias de alívio da sede.

### 3 RESPONSABILIDADE

Enfermeiros e Técnicos de Enfermagem do Centro de Tratamento de Queimados.

### 4 MATERIAIS

- Ficha peroperatória; Escala Visual Analógica; Protocolo de Segurança do Manejo da Sede Pediátrico (PSMSP);
- Picolé de gelo (forma de silicone, água filtrada, plástico filme, palito de picolé, saco plástico individual);
- Picolé de gelo mentolado (forma de silicone, solução mentolada, plástico filme, palito de picolé, saco plástico individual);
- Goma de mascar mentolada (Trident® menta);
- Freezer;
- Hidratante labial;
- Cotonete.

### 5 DESCRIÇÃO DA TÉCNICA

#### 5.1 Identificar a sede do paciente:

- Identificar os sinais periféricos da sede (boca seca, lábios ressecados, língua e saliva grossa, garganta seca, gosto ruim na boca e vontade de beber água);
- Perguntar ao paciente ou ao seu cuidador, se ele está com sede;
- Anotar na ficha peroperatória, em local determinado a resposta do paciente.

#### 5.2 Mensurar a sede do paciente:

- Mensurar a intensidade da sede utilizando a Escala de Faces, que varia de 0 (zero) a 4 pontos, e cada ponto é representado por uma expressão facial do bebê, conforme Figura 1;


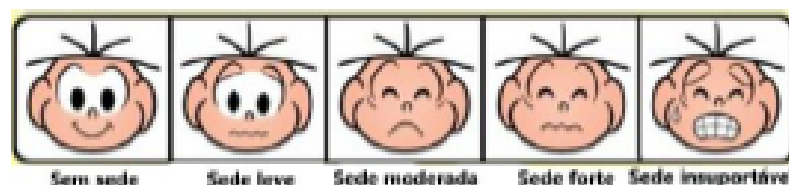
		<b>MANEJO DA SEDE NO PACIENTE PRÉ-OPERATÓRIO PEDIÁTRICO</b>		
POP DE/CTGL002	Versão 01	Revisão Dezembro/2019	Próxima Revisão Dezembro/2021	Página 2/4



Figura 1- Escala de Faces



- Anotar em ficha perioperatória, em local determinado a resposta do paciente.

### 5.3 Avaliar a Segurança para o manejo da sede:

- Utilizar o Protocolo de Segurança para o Manejo da Sede Pediátrico (Anexo) para avaliar a criança:
  - Avaliar Nível de Consciência:
    - Observar se a criança está alerta, de olhos abertos;
    - Perguntar a criança: "Qual o seu nome? Qual a sua idade?";
    - Aguardar 60 segundos sem estimular a criança, observando se não volta a dormir;
    - Perguntar ao responsável: "Você acha que ele (a) está bem acordado?";
    - Caso a criança não consiga responder as perguntas ou volte a dormir, estará reprovada.
  - Movimentação:
    - Solicitar a criança que movimente os membros superiores e inferiores;
    - Observar se ela é capaz de manter a cabeça firme e alinhada ao tronco;
    - Caso a criança não consiga atingir esses parâmetros, estará reprovada.
  - Proteção de Vias Aéreas:
    - Presença de tosse e deglutição eficaz: colocar as mãos no tórax e abdômen da criança;
    - Solicitar à criança que tussa forte;
    - Solicitar à criança que engula;
    - Se a criança não conseguir atingir esses parâmetros, estará reprovada.
  - Padrão Respiratório:
    - Observar e anotar a frequência respiratória da criança, observando os estabelecidos no PSMSP;
    - Verificar se há esforço respiratório;
    - Se a criança não conseguir atingir esses parâmetros, estará reprovada.
  - Náusea e Vômito:
    - Perguntar e verificar se a criança está enjoada, com vontade de vomitar;
    - Observar se há presença de vômito;
    - Se a criança apresentar náusea ou vômito, estará reprovada.
- Se a criança for aprovada em todas as etapas anteriores, a mesma poderá receber estratégia de alívio da sede. No entanto, se a mesma for reprovada, o profissional deverá interromper o manejo da sede, e aguardar 15 minutos para refazer todas as etapas;
- Anotar na ficha perioperatória, em local determinado, sobre todas as etapas do PSMSP;

 Universidade Estadual de Londrina		 <b>MANEJO DA SEDE NO PACIENTE PRÉ-OPERATÓRIO PEDIÁTRICO</b>		
POP DE/CTQ.002	Versão 01	Revisão Dezembro/2019	Próxima Revisão Dezembro/2021	Página 3/4

#### 5.4 Ofertar estratégia de alívio da sede:


- Elevar a cabeceira da criança, ou colocá-la sentada no leito ou colo do responsável;
- Oferecer uma estratégia de alívio da sede conforme a escolha do cuidador da criança (picolé ou goma de mascar mentolada);
- O picolé de gelo pode ser feito conforme a receita a seguir:
  - Materiais necessários:
    - Forma de silicone;
    - Água filtrada ou solução mentolada;
    - Plástico filme;
    - Palito de picolé (colher plástica de mexer café);
    - Freezer.
  - Modo de fazer:
    - Colocar água filtrada ou solução mentolada na forma de silicone;
    - Envolver a forma de silicone com plástico filme;
    - Furar o plástico filme com o palito de picolé, de forma que o palito fique estabilizado no plástico;
    - Colocar a forma de silicone em freezer;
    - Desenformar o picolé de gelo quando estiver congelado;
    - Colocar o picolé de gelo em saquinho plástico adequado.
- Informar a criança e seu responsável, que caso o gelo se desprenda da haste, o mesmo deve retirar da boca e avisar o profissional mais próximo;
- Informar ao paciente que caso a goma de mascar mentolada começar a se decompor na boca, o mesmo deverá retirá-la. Além disso, o paciente está proibido de engolir a goma de mascar;
- Passar hidratante labial nos lábios do paciente, utilizando cotonete;
- Anotar na ficha perioperatória, em local determinado, o aceite ou recusa da estratégia de alívio pela criança.

#### 6 PONTOS RELEVANTES

- Todos os pacientes que estiverem em jejum pré-operatório, até 2 horas antes da cirurgia, deverão receber o Manejo da Sede, caso apresentem esse desconforto;
- Todos os pacientes cirúrgicos em período pré-operatório poderão receber o hidratante labial, mesmo que tenha sido reprovado no PSMSP;
- Crianças abaixo de 3 anos, para receber o manejo da sede, deverá ser aprovada pelo anestesista e enfermeiro responsável pelo CTQ.

#### 7 REGISTROS

Não se aplica

		<b>MANEJO DA SEDE NO PACIENTE PRÉ-OPERATÓRIO PEDIÁTRICO</b>		
POP DE CTQ/002	Versão 01	Revisão Dezembro/2019	Próxima Revisão Dezembro/2021	Página 4/4

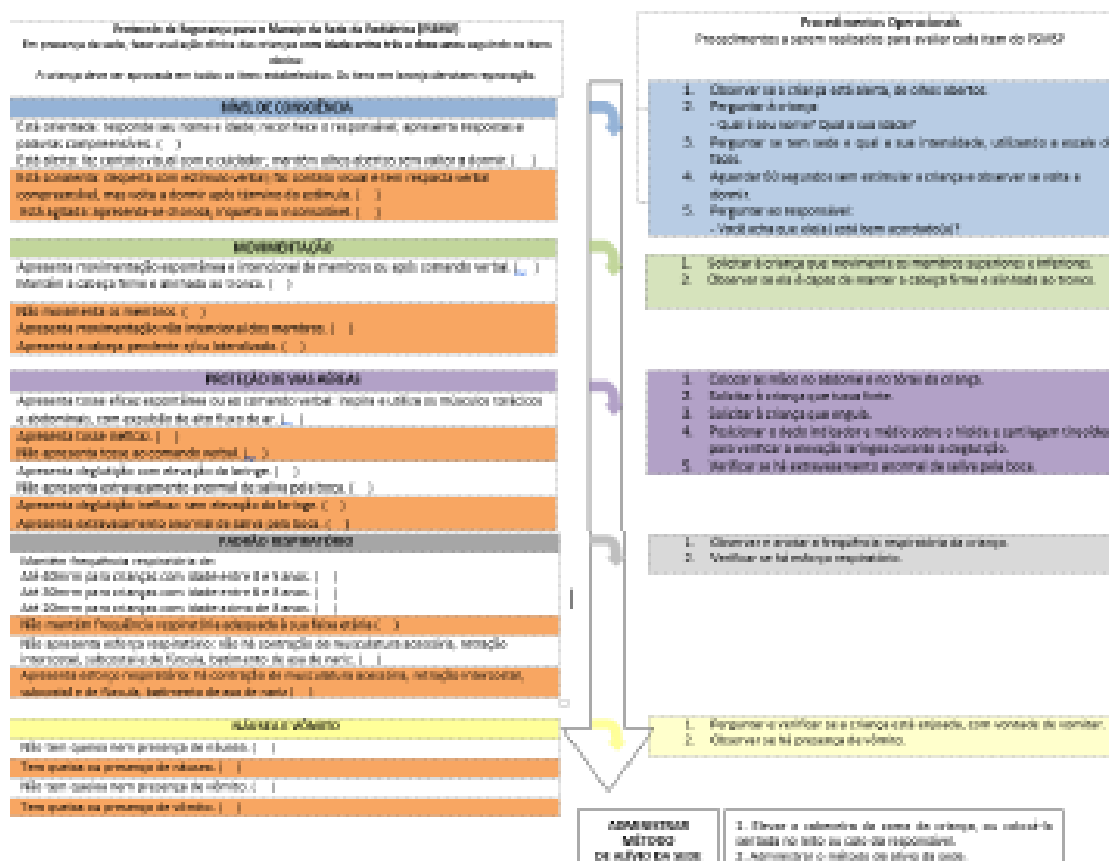
## 8 BIBLIOGRAFIA

- Pierotti I. Elaboration, Validation and Reliability of the Safety Protocol for the Management of the Pediatric Thirst [master's thesis in Portuguese]. Londrina, Brazil: Londrina State University; 2018.
- Conchon MF, Fonseca LF. Efficacy of an ice popsicle on thirst management in the immediate postoperative period: a randomized clinical trial. *J Perioperative Nurs.* 2018;33(2):153-161.
- Garcia AKA, Furuya RK, Conchon MF, Rossetto EG, Dantas RAS, Fonseca LF. Menthol chewing gum in preoperative thirst management: randomized clinical trial. *Rev LatAmEnfermagem.* 2019;27:e3180. <https://doi.org/10.1500/1518-8348.2019.3180>.
- Garcia AKA, Fonseca LF, Aroni P, Galvão CM. Strategies for thirst relief: integrative literature review. *Rev Bras Enferm.* 2018;69(6):1146-1155.
- Silva RPJ, Rampazzo ARP, Nascimento LA, Fonseca LF. Discomfort patients expect and experience in the immediate postoperative period. *Rev Bras Enferm.* 2018;32:e28070. <https://doi.org/10.18471/rbe.v32.2.8070>
- Cuases JPP, Bicket MC, Togioha B, Tomas VG, Wu CL, Murphy JD. The role of perioperative chewing gum on gastric fluid volume and gastric pH: a meta-analysis. *J Clin Anesth.* 2015;27(2):146-152.

<b>ELABORADO: Dezembro/2019</b>	<b>REVISADO: Dezembro/2019</b>
Docente de Enfermagem: Enft. Dra. Ligia Fahl Fonseca Doutorado em Enfermagem: Enft. Ms. Aline Korik Arrabal Garcia	Chefe da Divisão CTQ: Enft. Ms. Elisângela Flauzino Zampar DEPE: Enft. Ms. Sheila Esteves Farias

APROVADO: Dezembro/2019				
Diretoria Superintendente	Diretoria Clínica	Diretoria de Enfermagem	Diretoria Administrativa	Núcleo de Segurança do Paciente
Enft. Ms. Vivien Blazon El Rueda Fajó	Dra. Lutzka Kazuko Moriya	Enft. Dra. Magali Godoy Pereira Cardoso	Dalana Vieira Cardoso	Enft. Dr. Alexandre de Oliveira Dias

## ANEXO – Protocolo de Segurança para o Manejo da Sede Pediátrica




## APÊNDICE L – Protocolo Operacional Padrão Adulto Lúdico

**O PACIENTE ESTÁ EM JEJUM E FALTAM MAIS DE 2 HORAS PARA O PROCEDIMENTO?**  
**ENTÃO FAÇA O MANEJO DA SEDE!**

**1°** ?

PERGUNTE SE ELE ESTÁ COM SEDE.  
SE SIM, CONTINUE.


**2°** 

AVALIE SE ELE ESTÁ BEM ACORDADO E ORIENTADO.  
SE SIM, CONTINUE.


POSICIONE SUAS MÃOS SOBRE O TÓRAX E ABDÔMEN. PEÇA PARA TOSSIR FORTE.

**3°** 

SE A TOSSE FOR EFETIVA, CONTINUE.

**4°** 


POSICIONE SUA MÃO SOBRE A TRAQUEIA. PEÇA QUE ENGULA SALIVA.  
SE SENTIR MOVIMENTAR A TRAQUEIA, CONTINUE.

**5°** 

PERGUNTE AO PACIENTE SE ESTÁ NAUSEADO.  
CASO NÃO ESTEJA, ESTÁ APTO A RECEBER UMA ESTRATÉGIA DE ALÍVIO DA SEDE.

**6°** 

ELEVE A CABECEIRA E OFERTE UM PICOLÉ DE GELO AO PACIENTE.

**7°** 

OFERTE O HIDRATANTE LABIAL AO PACIENTE.

APÊNDICE M – Logo do Projeto PASS (Paciente Sem Sede)



PASS

Paciente Sem Sede




Grupo de Estudo  
e Pesquisa da Sede

## APÊNDICE N – Cartazes desenvolvidas para os profissionais

**DR. RUBENS RUSSO**

Você está convidado a participar do Conselho de Pesquisa Prático para a Implantação do Modelo de Manejo da Sede no Pré-operatório, no Centro de Tratamento de Queimados.



Já perguntou ao seu paciente se ele está com sede?





**PASS**  
Paciente Sem Sede

**ATENÇÃO!**

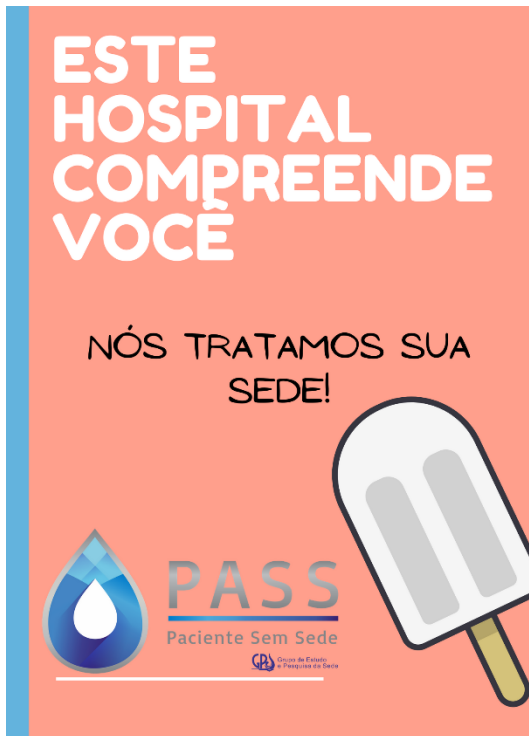
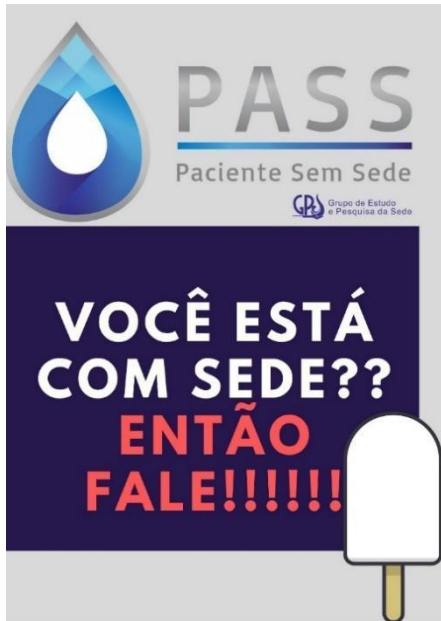
**PACIENTE EM JEJUM**

**FAÇA O MANEJO DA SEDE!**

**Apreendi que as pessoas vão esquecer o que você disse, o que você fez. Mas nunca esquecerão como você as fez sentir.**



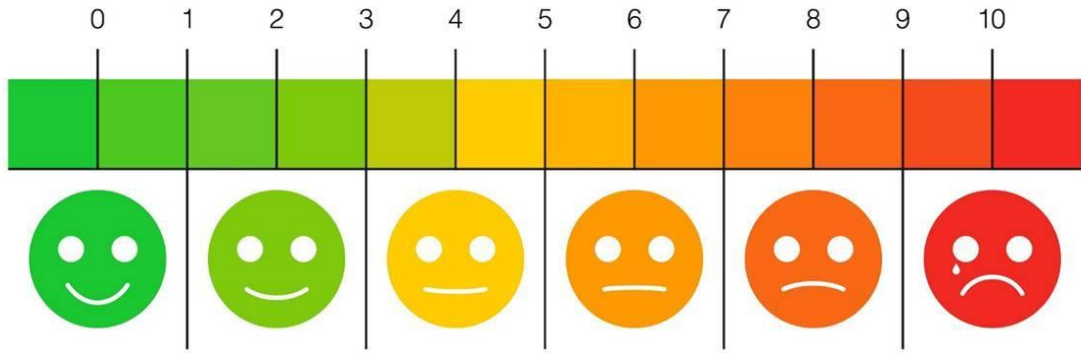
APÊNDICE O – Artes desenvolvidas para os pacientes



ANEXOS

---

**ANEXO A – Escala Verbal Numérica (EVN)**

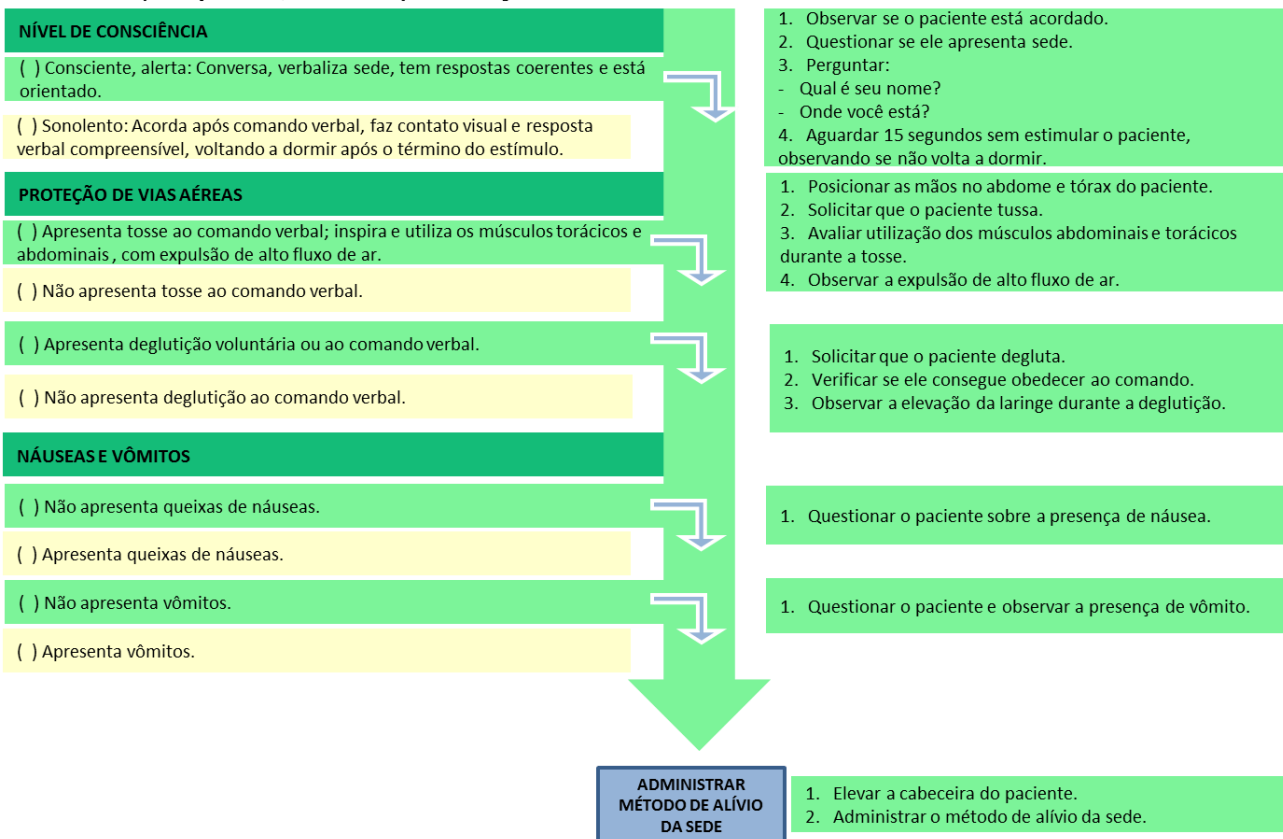


**ANEXO B – ESCALA DE FACES (EF)**

## ANEXO C - PROTOCOLO DE SEGURANÇA PARA O MANEJO DA SEDE (PSMS)

### Protocolo de Segurança para o Manejo da Sede no Pós-Operatório Imediato (PSMS)

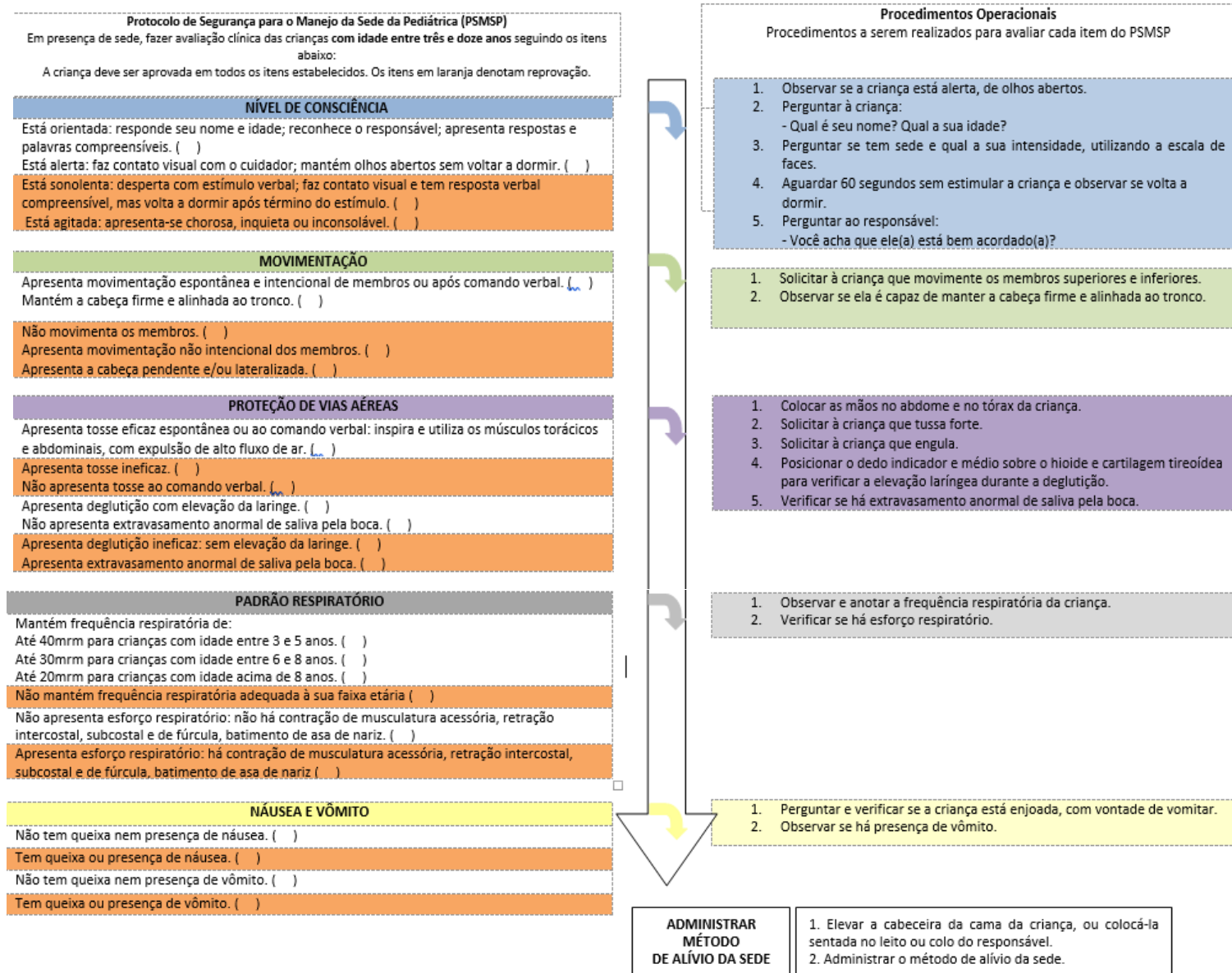
Em presença de sede, realizar avaliação clínica seguindo os itens abaixo:



### Procedimentos Operacionais

Procedimentos a serem realizados para avaliar cada item do PSMS

## ANEXO D – PROTOCOLO DE SEGURANÇA PARA O MANEJO DA SEDE PEDIÁTRICA (PSMSP)



## ANEXO E – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA



Comitê de Ética em  
Pesquisa  
Sala 14B

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE  
LONDRINA - UEL



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** IMPLANTAÇÃO DO MODELO DE MANEJO DA SEDE PERIOPERATÓRIA: estudo de intervenção norteado pelo Knowledge Translation

**Pesquisador:** Ligia Fahl Fonseca

**Área Temática:**

**Versão:** 3

**CAAE:** 13638519.1.0000.5231

**Instituição Proponente:** UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 3.413.637

#### Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo quase-experimental do tipo pré-teste pós-teste, norteado pelo marco conceitual Knowledge Translation (KT), além da utilização do modelo Integrated Promoting Action on Research Implementation in Health Services (I-PARIHS) e da estratégia Evidence-Based Practice for Improving Quality (EBPIQ). O projeto transcorrerá em duas grandes fases: preparação e implantação. A implantação ocorrerá em três etapas: coleta de dados pré-implantação, implantação do Modelo de Manejo da Sede Perioperatória e, coleta de dados pós-implantação. O estudo apresenta dessa forma, caráter interventivo, prospectivo e longitudinal, com abordagem quantitativa e analítica. 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. O "Knowledge Translation" (KT) tem sido amplamente utilizado enfatizando modelos de articulação e intercâmbio entre a produção de evidências científicas e as práticas assistenciais. Serão incluídos os profissionais da saúde que atuam nas unidades de Centro Cirúrgico, e unidades de internação adulto e pediátrica. Serão excluídos os profissionais de saúde que estiverem em férias ou licenças no período de coleta de dados da pesquisa. A hipótese é que a implantação de um Modelo de Manejo da Sede Peri-operatória, baseado em evidências clínicas e norteado pelo marco conceitual Knowledge

Endereço: LABESC - Sala 14

Bairro: Campus Universitário

UF: PR

Município: LONDRINA

Telefone: (43)3371-5455

CEP: 86.057-970

E-mail: cep258@uel.br



Conselho de Inovação em  
Pesquisa (COP) da  
UEL

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE  
LONDRINA - UEL



Continuação do Parecer: 3.413.037

Translation será efetiva na prática clínica. Espera-se com o desenvolvimento deste projeto estabelecer um modelo de implantação do manejo da sede passível de ser reproduzido na realidade hospitalar brasileira.

#### Objetivo da Pesquisa:

##### Objetivo Primário:

Implantar e avaliar a efetividade da Implantação do Modelo de Manejo da Sede Peri-operatória, no período pré e pós-operatório imediato, norteado pelo marco conceitual Knowledge Translation.

##### Objetivo Secundário:

- \* Desenvolver e descrever as fases de preparação e implantação do Modelo de Manejo da Sede Perioperatória, no período pré e pós-operatório imediato em suas respectivas unidades.
- \* Identificar barreiras e facilitadores percebidos pelos profissionais de saúde para Implantar o Modelo de Manejo da Sede Peri-operatória, no período pré e pós-operatório imediato em suas respectivas unidades.
- \* 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 Peri-operatória, no período pré e pós operatório imediato.
- \* Avaliar a efetividade da Implantação do Modelo de Manejo da Sede Peri-operatória, no período pré e pós operatório imediato.
- \* Avaliar a perspectiva da equipe de saúde e pacientes quanto à implantação do Modelo de Manejo da Sede Peri-operatória.
- \* Avaliar o custo da implantação do Modelo de Manejo da Sede Peri-operatória.

#### Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Segundo as pesquisadoras os riscos são dos participantes da pesquisa se sentirem sobrecarregados com a agenda de reuniões. Caso isso ocorra, as mesmas serão espaçadas. O benefício seria a implantação de um Modelo de Manejo da Sede Peri-operatória que irá beneficiar os pacientes cirúrgicos, além de padronizar o cuidado prestado pelos profissionais peri-operatórios.

#### Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O estudo é relevante.

Endereço: LABESC - Sala 14

Bairro: Campus Universitário

CEP: 86.067-370

UF: PR

Município: LONDRINA

Telefone: (43)3371-5468

E-mail: cop2004@uel.br



Conselho de Ética em  
Pesquisas Envolvendo  
Serres Humanos

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE  
LONDRINA - UEL



Continuação do Parecer: 3.413.637

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

A pesquisadora apresentou folha de rosto adequada assinada pela Coordenadora do Programa de Pós graduação em Enfermagem do CCS/UEL. O cronograma está adequado e orçamento detalhado sendo o patrocinador principal o CNPQ. O TCLE foi apresentado em forma de convite e está adequado. O roteiro de entrevista foi apresentado como anexo do Projeto detalhado. Apresentou autorização da instituição co-participante. A pesquisadora informa o uso de fontes secundárias e apresentou o termo de sigilo e confidencialidade devidamente assinado. Os riscos foram descritos nas informações básicas e no TCLE.

**Recomendações:**

Não há.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Não há pendências ou inadequações.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Prezado(a) Pesquisador(a),

Este é seu parecer final de aprovação, vinculado ao Comitê de Ética em Pesquisas Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina. É sua responsabilidade apresenta-Lo aos órgãos e/ou instituições pertinentes.

Ressaltamos, para início da pesquisa, as seguintes atribuições do pesquisador, conforme Resolução CNS 466/2012 e 510/2016:

A responsabilidade do pesquisador é indelegável e indeclinável e compreende os aspectos éticos e legais, cabendo-lhe:

- conduzir o processo de Consentimento e de Assentimento Livre e Esclarecido;
- apresentar dados solicitados pelo sistema CEP/CONEP a qualquer momento;
- desenvolver o projeto conforme delineado, justificando, quando ocorridas, a sua mudança ou interrupção;
- elaborar e apresentar os relatórios parciais e final;
- manter os dados da pesquisa em arquivo, físico ou digital, sob sua guarda e responsabilidade, por um período mínimo de 5 (cinco) anos após o término da pesquisa;
- encaminhar os resultados da pesquisa para publicação, com os devidos créditos aos pesquisadores e pessoal técnico integrante do projeto;
- justificar fundamentadamente, perante o sistema CEP/CONEP, interrupção do projeto ou a não

Endereço: LABESC - Sala 14

Bairro: Campus Universitário

CEP: 86.057-970

UF: PR

Município: LONDRINA

Telefone: (43)3271-5455

E-mail: cep200@uel.br



Centro de Avaliação de  
Processos Institucionais  
UEL - Londrina

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE  
LONDRINA - UEL



Continuação do Parecer: 3.413.037

publicação dos resultados.

Coordenação CEP/UEL.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PE_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1321004.pdf	15/05/2019 15:58:13		Aceito
Outros	termo8lglo_assinado.doc	15/05/2019 15:57:30	Ligia Fahl Fonseca	Aceito
Outros	Termino_financiamento_cnpq.jpeg	04/05/2019 16:59:45	Ligia Fahl Fonseca	Aceito
Folha de Rosto	Folha_Rosto.pdf	04/05/2019 16:56:58	Ligia Fahl Fonseca	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Doutorado_01_04_2019_2versa oplataforma.docx	04/05/2019 16:56:01	Ligia Fahl Fonseca	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Agência	TCLE_profissionais.doc	03/05/2019 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

CEP: 85067-970

UF: PR

Município: LONDRINA

Telefone: (43)3371-5485

E-mail: cep200@uel.br