

# Programa *Fall Tailoring Interventions for Patient Safety Brasil*: estudo de avaliabilidade em hospital de ensino

*Fall Tailoring Interventions for Patient Safety Brazil Program: an evaluability study in a teaching hospital*

*Programa Fall Tailoring Interventions for Patient Safety Brasil: estudio de evaluabilidad en hospital de enseñanza*

**Adeli Regina Przybicien de Medeiros<sup>1</sup>**

ORCID: 0000-0001-9976-8439

**Luciana Schleder Gonçalves<sup>1</sup>**

ORCID: 0000-0003-3105-3028

<sup>1</sup>Universidade Federal do Paraná. Curitiba, Paraná, Brasil.

#### Como citar este artigo:

Medeiros ARP, Gonçalves LS. *Fall Tailoring Interventions for Patient Safety Brazil Program: an evaluability study in a teaching hospital*. Rev Bras Enferm. 2024;77(2):e20230348. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2023-0348pt>

#### Autor Correspondente:

Adeli Regina Przybicien de Medeiros  
E-mail: [adeli.medeiros@ufpr.br](mailto:adeli.medeiros@ufpr.br)



EDITOR CHEFE: Antonio José de Almeida Filho

EDITOR ASSOCIADO: Ana Fátima Fernandes

Submissão: 02-10-2023

Aprovação: 02-01-2024

#### RESUMO

**Objetivos:** apresentar o modelo teórico, modelo lógico e matriz de análise e julgamento do programa *Fall TIPS Brasil*. **Métodos:** pesquisa qualitativa, participativa do tipo estudo de avaliabilidade, contempla as fases (1) análise do problema; (2) design, desenvolvimento e adaptação do programa à realidade brasileira; (3) disseminação do programa. Os dados foram coletados por análise documental e oficinas. **Resultados:** a partir da análise documental, oficinas com *stakeholders* da instituição participante e validação junto a informantes-chave, foi possível identificar os objetivos do programa, os resultados esperados e o público beneficiado, construir os modelos teórico e lógico e, mediante perguntas avaliativas, apontar indicadores para a avaliação do programa *Fall TIPS Brasil*. **Considerações Finais:** o estudo trouxe conhecimentos sobre o programa *Fall TIPS*, sobre a temática de prevenção de quedas hospitalares, e os modelos e indicadores propostos podem ser empregados na implantação e em processos avaliativos futuros do programa.

**Descritores:** Avaliação de Programas e Projetos de Saúde; Segurança do Paciente; Acidentes por Quedas; Hospital de Ensino; Ciência da Implementação.

#### ABSTRACT

**Objectives:** to present the theoretical model, logic model, and the analysis and judgment matrix of the *Fall TIPS Brazil* Program. **Methods:** a qualitative, participatory research approach, in the form of an evaluability study, encompassing the phases (1) problem analysis; (2) program design, development, and adaptation to the Brazilian context; (3) program dissemination. Data were collected through document analysis and workshops. **Results:** through document analysis, workshops with stakeholders from the participating institution, and validation with key informants, it was possible to identify the program's objectives, expected outcomes, and the target audience. This allowed the construction of theoretical and logic models and, through evaluative questions, the identification of indicators for the evaluation of the *Fall TIPS Brazil* Program. **Final Considerations:** this study has provided insights into the *Fall TIPS* program, the topic of hospital fall prevention, and the proposed models and indicators can be employed in the implementation and future evaluative processes of the program.

**Descriptors:** Program Evaluation; Patient Safety; Accidental Falls; Hospitals Teaching; Implementation Science.

#### RESUMEN

**Objetivos:** presentar el modelo teórico, modelo lógico y matriz de análisis y juicio del programa *Fall TIPS Brasil*. **Métodos:** investigación cualitativa, participativa tipo estudio de evaluabilidad, que abarca las fases (1) análisis del problema; (2) diseño, desarrollo y adaptación del programa a la realidad brasileña; (3) difusión del programa. Los datos se recopilieron mediante análisis documental y talleres. **Resultados:** a través del análisis documental, talleres con partes interesadas de la institución participante y validación con informantes clave, se pudieron identificar los objetivos del programa, los resultados esperados y el público beneficiario, construir los modelos teórico y lógico y, a través de preguntas evaluativas, señalar indicadores para la evaluación del programa *Fall TIPS Brasil*. **Consideraciones Finales:** el estudio aportó conocimientos sobre el programa *Fall TIPS*, sobre la temática de prevención de caídas en hospitales, y los modelos e indicadores propuestos pueden ser utilizados en la implementación y en futuros procesos de evaluación del programa.

**Descriptorios:** Evaluación de Programas y Proyectos de Salud; Seguridad del Paciente; Accidentes por Caídas; Hospitales de Enseñanza; Ciencia de la Implementación.

## INTRODUÇÃO

As quedas ocorridas entre pacientes internados são incidentes de segurança do paciente frequentes, complexos, cuja preocupação se agrava pelo seu caráter potencialmente prevenível (1) a partir da implementação de estratégias multimodais e com o envolvimento de paciente, acompanhante e equipe multiprofissional<sup>(1-2)</sup>. Além disso, estão frequentemente associadas a incrementos nos custos com a assistência à saúde<sup>(3-4)</sup>. No Brasil, estão entre os incidentes mais notificados, em um recorte histórico do período de 2014 a 2022<sup>(5)</sup>.

Em resposta à necessidade de enfrentamento dessa situação, o *Fall Tailoring Interventions for Patient Safety (Fall TIPS)* é um programa de prevenção de quedas concebido nos Estados Unidos, resultado de mais de uma década de pesquisas e adotado em mais de 200 hospitais no mundo. Consiste em um portfólio de ferramentas ancoradas cientificamente para avaliação consistente dos riscos de queda, proposição e implantação compartilhadas de um plano personalizado para a sua prevenção. Tem centralidade no engajamento de gestores, líderes, *champions*, estes entendidos como multiplicadores, além de profissionais de saúde, pacientes e acompanhantes<sup>(6)</sup>. Embora originalmente esses envolvidos sejam denominados *stakeholders* no programa original, neste estudo são chamados “agentes”, em razão do emprego do termo “*stakeholders*” na metodologia adotada.

As ferramentas do programa *Fall TIPS* contemplam um pôster laminado colorido para fixação à beira leito ou acoplada a um monitor eletrônico; módulos informatizados a serem incorporados ao prontuário eletrônico; além de instrumentos e materiais educacionais que orientam sua implementação e monitoramento<sup>(1)</sup>. No Brasil, o programa está em processo de implementação desde 2019, período em que transcorreram sua adaptação transcultural, a confecção de materiais educacionais e dos modelos teórico e lógico. Em associação, foi desenvolvido um website, destinado à alocação e disseminação dessas produções<sup>(7)</sup>.

A maior parte dos programas não dispõe, antes de sua implantação, de modelos teóricos e lógicos que os representem<sup>(8)</sup>. Para suprir essa lacuna, o interesse da academia e cenários de prática profissional em saúde pela adaptação do *Fall TIPS* para a realidade brasileira, tal como já acontece em outros países do mundo, abriu caminho para a condução de um Estudo de Avaliabilidade (EA), também conhecido como análise da situação, análise estratégica e análise lógica<sup>(8)</sup>. Os EA, constituídos por um conjunto de procedimentos preparatórios para a avaliação, são pertinentes em qualquer fase do seu desenvolvimento, especialmente pela participação<sup>(9)</sup> de *stakeholders*, entendidos como apoiadores e interessados cujas decisões podem afetar o futuro do programa e acrescentar conhecimentos capazes de maximizar as chances de utilização de resultados de uma avaliação futura<sup>(9-11)</sup>. Os modelos teórico e lógico<sup>(10,12)</sup> consistem em ferramentas de comunicação fundamentais para a compreensão dos componentes, recursos, atividades e resultados atribuíveis a um programa<sup>(13-14)</sup>. Promovem, também, a construção de indicadores, úteis à realização de processos avaliativos futuros.

## OBJETIVOS

Apresentar o modelo teórico, modelo lógico e matriz de análise e julgamento do programa *Fall TIPS Brasil*.

## MÉTODOS

### Aspectos éticos

Estudo conduzido conforme as diretrizes nacionais da ética em pesquisa e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Complexo Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná.

### Tipo de estudo

Pesquisa qualitativa, participativa<sup>(15)</sup>, do tipo estudo de avaliabilidade<sup>(11,16)</sup>. Está inserida na segunda fase do projeto “Difusão e adoção do *Fall TIPS Brasil*: engajamento de pacientes, profissionais e liderança clínica para a prevenção de quedas em ambiente hospitalar”, que contempla quatro fases para o período de fevereiro de 2020 a julho de 2023: (1) análise do problema; (2) design, desenvolvimento e adaptação do programa à realidade brasileira; (3) disseminação do programa. A fase 4, contemplando implantação e consequente avaliação, está prevista para o período de 2024-2026.

### Procedimentos metodológicos

O Quadro 1 apresenta os componentes do EA e respectivos objetivos e estratégias.

### Cenário do estudo

Hospital público e de ensino no Sul do Brasil, que desenvolve, há mais de uma década, atividades ligadas à gestão da qualidade e segurança do paciente, por meio de seu Setor de Gestão da Qualidade e Segurança do Paciente e de parcerias com a academia.

### Fonte de dados

Os *stakeholders*, que participaram dos componentes um e dois, foram constituídos por 15 profissionais de saúde, selecionados por amostragem não probabilística intencional, mediante indicação da gestão hospitalar. Suas contribuições levaram à construção de uma primeira versão dos modelos, que foi considerada adequada para o componente seguinte, onde informantes-chave aprofundaram e qualificaram os materiais.

Os critérios de inclusão abrangiam profissionais que atuassem na área assistencial, gerencial e/ou na gestão de riscos assistenciais, além daqueles que exerciam responsabilidades técnicas e de liderança, independentemente de sua categoria profissional. Seu recrutamento ocorreu por meio de convites feitos pelos gestores de enfermagem e pelos responsáveis pela gestão da qualidade e segurança do paciente da instituição participante, seguindo um cronograma pré-estabelecido para a realização das oficinas.

Por outro lado, quatro informantes-chave, que participaram do componente três, foram selecionados com base em sua atuação na docência e/ou gestão na área de segurança do paciente, ou por sua experiência na avaliação de serviços de saúde e pelo conhecimento prévio sobre o programa *Fall TIPS*. Foram recrutados por meio de convites enviados por e-mail. Para todos os participantes, o critério de exclusão foi o afastamento de atividades acadêmicas, de ensino, gerenciais ou assistenciais durante o período de coleta de dados, devido a diversos impedimentos.

**Quadro 1** - Componentes, objetivos e estratégias do estudo de avaliabilidade

Componentes do estudo de avaliabilidade <sup>(11,16)</sup>	Objetivos	Estratégias
1. Definição do foco do EA.	Definir o foco do EA. Identificar os <i>stakeholders</i> do programa na instituição de saúde pesquisada.	Análise de documentos, relatórios e publicações científicas sobre segurança do paciente, prevenção de quedas e sobre o programa <i>Fall TIPS</i> , realizada pela pesquisadora, desenvolvida de agosto de 2021 a julho de 2023.  Realização de seis reuniões com gestores da instituição, que antecederam a solicitação de indicação de <i>stakeholders</i> junto aos gestores de enfermagem e ao Setor de Gestão da Qualidade e Segurança do Paciente.
2. Desenvolvimento de uma teoria inicial do programa.	Construir os modelos teórico e lógico e propor indicadores para a avaliação do programa <i>Fall TIPS Brasil</i> .	Condução de seis oficinas <sup>(17)</sup> pela pesquisadora e participação dos <i>stakeholders</i> : - Cada uma com duração de 60 minutos, realizadas de setembro a novembro de 2022. - Gravação em áudio com autorização prévia. Utilização de um <i>planner</i> . Contaram com a presença de observadores que fazem parte do projeto <i>Fall TIPS Brasil</i> .
3. Coleta de <i>feedback</i> sobre a teoria do programa.	Validar o modelo teórico, modelo lógico e indicadores para o programa <i>Fall TIPS Brasil</i> .	Condução de três oficinas para validação <sup>(17)</sup> pela pesquisadora, duas online e uma presencial: - Cada uma com duração de 90 minutos, realizadas de junho a julho de 2023, sob a orientação da pesquisadora; - Gravação em áudio, com autorização prévia.
4. Contribuições para os usos do EA.	Sintetizar os principais resultados do estudo.	Elaboração de uma síntese sobre os usos do EA pela pesquisadora, em julho de 2023.

EA - estudo de avaliabilidade; *Fall TIPS* - *Fall Tailoring Interventions for Patient Safety*.

### Coleta e organização dos dados

No componente um, focado na definição do foco do EA, os dados coletados de documentos e publicações foram organizados de forma a responder aos pontos-chave necessários para a elaboração dos modelos teórico e lógico<sup>(18)</sup>. Em seguida, esses dados foram registrados em planilhas eletrônicas, que foram usadas para a criação dos fluxogramas contendo as informações necessárias para a construção dos modelos teórico e lógico do programa *Fall TIPS Brasil*. Esse material foi discutido entre os membros da equipe de pesquisa com o objetivo de colaborar na geração de ideias e no aprimoramento dos diagramas dos modelos teórico e lógico.

Nos componentes dois e três, foram realizadas oficinas organizadas com base nos 4 Rs da Pesquisa Convergente Assistencial<sup>(17)</sup>, que são: “Repensar”, “Reconhecer”, “Revelar” e “Repartir”. Com exceção da primeira oficina, que começou com “Reconhecer/revelar”, cada oficina foi iniciada pelo “Repensar”, com a projeção do material da oficina anterior junto com as sugestões de alteração resultantes das discussões anteriores. Em seguida, houve uma nova discussão do tema até que houvesse consenso. Após isso, a etapa “Reconhecer/revelar” envolveu uma breve apresentação do tema do dia, seguida pela etapa “Repartir”, destinada à discussão, breve síntese, comunicações e agradecimentos.

No componente dois, que se concentrou no desenvolvimento de uma teoria inicial do programa, os dados foram coletados por meio do uso de um material individualizado chamado “*planner*”, que continha um código QR para acesso eletrônico a materiais no website brasileiro sobre o programa<sup>(7)</sup>. Esse “*planner*” também continha uma versão preliminar dos modelos teórico e lógico, com questões abertas e 26 perguntas avaliativas sugeridas pela literatura<sup>(16)</sup>, dispostas em uma Escala Likert de 10 pontos, sendo um o mais importante e dez o menos importante, além de espaço para inclusão de novas perguntas. Em duas oficinas, foram realizadas duas rodadas para priorização da importância das perguntas avaliativas. Em cada rodada, as respostas foram transcritas e os

dados foram organizados em planilhas eletrônicas para calcular as frequências relativas, buscando-se um consenso mínimo de 20% para identificar as perguntas prioritárias. As respostas dos participantes nos “*planners*” receberam codificação alfanumérica de Participante (P), de um a 15, e foram organizadas em planilhas eletrônicas. As discussões foram gravadas em recursos audiovisuais, transcritas usando editores de texto e receberam a mesma codificação dos “*planners*”. Como resultados, obtivemos uma primeira versão dos modelos e duas perguntas avaliativas que alcançaram consenso.

No componente três, que envolveu a coleta de *feedback* sobre a teoria do programa, no início da primeira oficina com informantes-chave, foram entregues versões impressas dos produtos do componente dois, acrescidas de uma proposta de indicadores para avaliação do programa *Fall TIPS Brasil*. As discussões foram gravadas usando equipamentos audiovisuais, codificadas (Informante (I), 11 a 13) e transcritas usando editores de texto. O componente quatro, que incluiu as contribuições para os usos do EA, envolveu a síntese dos achados dos componentes anteriores. Todos os componentes foram conduzidos pela pesquisadora, enfermeira, especialista em segurança do paciente e doutoranda em enfermagem, que atua profissionalmente na instituição participante desde 2004.

### Análise dos dados

Para os dados do componente um do EA, os pontos-chave usados como guia para a elaboração dos modelos foram os seguintes:

1. A situação problema que o programa se destina a solucionar.
2. O programa de saúde criado para abordar essa situação.
3. O objetivo geral do programa.
4. Os objetivos específicos do programa.
5. As metas que o programa pretende alcançar.
6. A população-alvo do programa.

7. As dimensões do programa.
8. As atividades desenvolvidas no âmbito do programa.
9. As estruturas necessárias para que o programa cumpra sua função.
10. Os produtos que se espera obter com a realização do programa.
11. Os resultados que o programa pretende alcançar.
12. Quais fatores externos podem influenciar o alcance dos resultados, além dos relacionados diretamente ao programa<sup>(18)</sup>.

Após a obtenção do corpus textual, que resultou da transcrição dos “planners” e da gravação das oficinas com os stakeholders e informantes-chave (componentes dois e três), foi realizada uma análise de conteúdo<sup>(19)</sup>. A escolha dessa técnica se justifica pelo

seu caráter qualitativo, que permite uma análise aprofundada de aspectos subjetivos, reconhecendo a não neutralidade entre o pesquisador, o objeto de pesquisa e o contexto. Os dados foram correlacionados e incorporados aos modelos teórico e lógico, fornecendo a base para a proposição de indicadores de avaliação, que foram considerados categorias temáticas.

## RESULTADOS

### Componente um: definição do foco do estudo de avaliabilidade

A consulta a documentos subsidiou a resposta a questões-chave<sup>(18)</sup> sobre a temática das quedas hospitalares e sobre o programa *Fall TIPS*, e a síntese dos achados se encontra no Quadro 2.

**Quadro 2** - Fontes de informações para a elaboração dos modelos teórico e lógico do programa *Fall Tailoring Interventions for Patient Safety Brasil* e sua correlação com pontos-chave respondidos

Questões-chave	Respostas aos pontos-chave
1 Situação problema a ser solucionada com o programa	Quedas hospitalares, frequentemente causadas por múltiplos fatores, são preveníveis em mais de 90% das situações. Na maioria das vezes, ocorrem em ambientes adjacentes ao leito e ao quarto do paciente, apesar da avaliação de risco para quedas e da recomendação de cuidados universais para sua prevenção <sup>(20-29)</sup> .
2. Programa de saúde criado para resolver o problema	<i>Fall TIPS</i> adaptado ao contexto brasileiro <sup>(28-34)</sup> .
3. Objetivo geral do programa	Prevenir quedas e seus danos, em instituições de saúde, por meio de um pôster laminado para fixação à beira leito, disponível a pacientes adultos, acompanhantes e equipes assistenciais, que possibilita o preenchimento, em conjunto, de fatores de risco individuais e sua correlação com estratégias preventivas de quedas <sup>(30-34)</sup> .
4. Objetivos específicos do programa	(4a) Proporcionar cuidado centrado no paciente com base nas experiências relacionadas à prevenção de quedas oriundas do programa <sup>(30-34)</sup> . (4b) Contribuir para a disseminação da cultura de segurança entre profissionais, pacientes e acompanhantes <sup>(30-34)</sup> . (4c) Facilitar a comunicação efetiva entre profissionais, pacientes e acompanhantes <sup>(30-34)</sup> . (4d) Desenvolver habilidades e competências na equipe de saúde necessárias para prestar cuidados centrados nas pessoas <sup>(30-34)</sup> .
5. Metas a serem alcançadas pelo programa	(5a) Instituir normas, padrões e rotinas focadas na prevenção de quedas entre pacientes internados em instituições de saúde, desde o planejamento, execução, avaliação e monitoramento de intervenções preventivas personalizadas para cada paciente <sup>(28-34)</sup> . (5b) Desenvolver o processo de trabalho das equipes com foco no cuidado centrado no paciente <sup>(28-34)</sup> . (5c) Envolver o paciente/acompanhante na prevenção de quedas, desde a admissão até a alta <sup>(28-34)</sup> .
6. Qual a população alvo do programa	Os envolvidos incluem profissionais de saúde, pacientes internados e acompanhantes <sup>(20-34)</sup> .
7. Quais as dimensões do programa	Os recursos são subdivididos em financeiros, físicos, materiais e humanos; a dimensão assistencial abrange <i>champions</i> , profissionais de saúde e pacientes/acompanhantes; a dimensão engajamento do paciente e do acompanhante; a educação permanente e a dimensão de gestão <sup>(30-34)</sup> .
8. Quais as atividades desenvolvidas dentro do programa	O programa envolve a avaliação do risco de quedas, a proposição e implementação de um plano de cuidados com o engajamento de pacientes, acompanhantes e profissionais de saúde em todas as suas etapas. Também inclui a gestão da mudança do processo assistencial e a cooptação e capacitação de profissionais de saúde para participarem do programa. O engajamento de pacientes e acompanhantes é essencial <sup>(27,30-34)</sup> .
9. Estruturas demandadas pelo programa para que ele cumpra sua função	Os recursos necessários para o programa incluem um ambiente físico para a educação permanente de profissionais de saúde, recursos financeiros, recursos humanos, materiais e insumos necessários à sua implantação e sustentabilidade, incluindo o pôster laminado para fixação à beira do leito <sup>(30-34)</sup> .
10. Quais os produtos que se espera obter com a realização do programa	Redução de quedas e seus danos em pacientes internados em instituições hospitalares a partir de cuidados centrados nas pessoas <sup>(27,30-34)</sup> .
11. Quais resultados o programa pretende alcançar	Evolução positiva da cultura de segurança no quesito coprodução de cuidados com pacientes e acompanhantes para uma internação hospitalar livre de quedas <sup>(27,30-34)</sup> .
12. Que fatores podem influenciar no alcance dos resultados, além dos relacionados ao programa.	a) Fatores de contexto interno/político/institucional se referem aos fatores relacionados ao apoio da gestão na implementação do programa, incluindo a alocação de recursos humanos, financeiros, físicos e materiais, bem como a cultura institucional <sup>(27,30-34)</sup> . b) Fatores de contexto externo estão ligados à organização dos sistemas de saúde, sejam eles públicos ou privados, e estão relacionados ao cenário político, econômico e aos programas de saúde do país <sup>(27,30-34)</sup> .

## Componente dois: desenvolvimento de uma teoria inicial do programa

No componente 2, todos os 15 *stakeholders* indicados participaram do estudo: 14 enfermeiros, sendo 13 (92,5%) do sexo feminino e 1 (7,14%) do sexo masculino. Uma profissional do sexo feminino, formada em medicina, foi indicada devido à sua participação anterior em ciclos de melhoria contínua na instituição. Entre os 15 *stakeholders*, a média de idade foi de 41,46 anos, sendo que seis (40%) tinham menos de 40 anos. O tempo de formação variou de dois a 27 anos, com uma média de 16,3 anos. Em relação à maior titulação, dois possuíam graduação (13%), três tinham especialização *latu sensu* (20%), seis tinham mestrado (40%) e quatro tinham doutorado (27%). O tempo de atuação na área atual variou de menos de um ano a 15 anos, com uma média de seis anos. Quanto à área de atuação, dois trabalhavam na segurança do paciente; cinco estavam na gestão de enfermagem e comissões de educação permanente e sistematização da assistência de enfermagem; e oito estavam nas unidades de transplante de medula óssea, infectologia, clínica cirúrgica e atendimento materno-infantil.

Partiu-se de uma proposta inicial de modelo teórico do programa que incluía um diagrama simples em formato de blocos, abordando os contextos externo e interno, a implementação e os efeitos do programa. Sobre o diagrama, as opiniões dos *stakeholders* divergiram, com alguns expressando estranheza e atribuindo graus variados de importância à temática da prevenção de quedas entre pacientes internados, conforme os excertos:

*Os profissionais de saúde têm que ter entendimento ou sensibilização quanto ao que a implementação do programa vai contribuir para a redução de quedas. (P9)*

*[precisa] Fortalecer a prevenção de quedas como uma das metas institucionais [...] e estímulo à notificação de quedas [...]. (P4)*

Nesse contexto, os participantes ofereceram sugestões sobre o que seria necessário no ambiente interno para a implementação do programa *Fall TIPS*, conforme os excertos:

*Mudança de cultura institucional [...]. (P1)*

*Treinar, formar os profissionais [...]. (P1, P2)*

*[...] os profissionais "precisam" entender ou "deixar mais clara" a importância do engajamento de pacientes e acompanhantes. (P13)*

No que diz respeito ao modelo lógico, a proposta inicial construída havia sido organizada com base nas atividades desempenhadas por cada agente dentro do programa. No entanto, na última oficina com os *stakeholders*, foi apresentada uma versão que reunia todos os agentes, mas essa versão foi considerada pouco clara e carente de informações, conforme apontado no excerto:

*O diagrama [do modelo lógico] não reflete o planejamento e implementação da estratégia [programa Fall TIPS], não conseguiu visualizar seu propósito [...] pois não alcança seu objetivo [...]. (P6, P7, P10)*

Em relação às perguntas avaliativas contidas no *planner*, não foram sugeridas inclusões pelos *stakeholders*. As duas perguntas que alcançaram consenso e às quais foi atribuída maior prioridade foram: 1) Quais necessidades que o programa atende e quais necessidades devem ser atendidas, com 44% de consenso; 2) Quais são os objetivos percebidos do programa e quais devem ser os objetivos, com 33% de consenso. No entanto, é importante observar que duas perguntas relacionadas aos recursos humanos e à disponibilidade de documentos/dados para a avaliação do programa após sua implantação alcançaram menor prioridade, ocupando respectivamente o 6º lugar com 44% de consenso e o 10º lugar com 33% de consenso. Vale destacar que essas perguntas estão mais relacionadas à necessidade de obter um conhecimento mais profundo do programa e do problema que ele se propõe a resolver, que são as quedas em hospitais.

## Componente três: coleta de feedback sobre a teoria do programa

Entre as quatro informantes-chave convidadas, três efetivamente participaram, todas do sexo feminino, com uma média de idade de 53,6 anos e um tempo de formação variando entre 15 e 43 anos, com uma média de 31,6 anos. Duas possuíam doutorado e uma mestrado em enfermagem. Neste componente, após o desenvolvimento de uma teoria inicial do programa e as mudanças sugeridas pelos *stakeholders*, foram obtidos o modelo teórico, o modelo lógico e uma proposta de indicadores para avaliação, todos validados pelas informantes-chave.

As informantes-chave concordaram com os *stakeholders* quanto à falta de clareza e fizeram sugestões que levaram à inclusão de uma figura central no modelo teórico, tornando evidente o papel dos diferentes *stakeholders* no programa *Fall TIPS* Brasil. Portanto, foi sugerida a inclusão do termo "Organização em redes" no contexto externo, com uma visão sistêmica que inclui o ambiente interno da instituição de saúde. Além disso, o contexto externo abrangueu os prestadores de serviços de saúde públicos e privados, ambos sujeitos às diretrizes e legislações brasileiras, bem como às prerrogativas do Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Nesse contexto, reconheceu-se que a organização dos serviços públicos e privados em redes é uma realidade que pode promover práticas de saúde mais seguras.

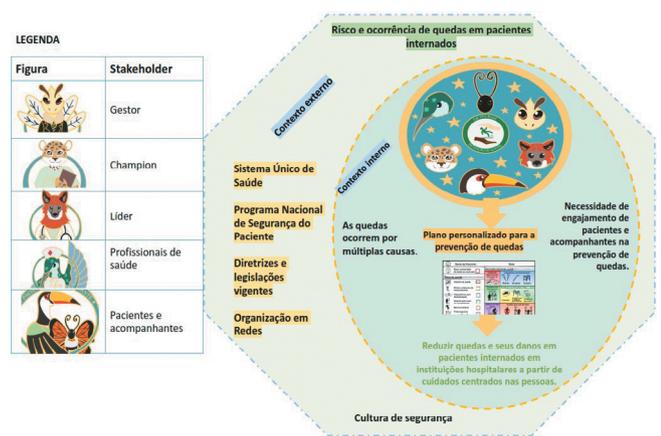
No que diz respeito ao modelo lógico, as informantes-chave também sugeriram a inclusão de um glossário de termos e dos arquétipos com animais da fauna brasileira que representam cada agente no programa (elaborados em outra etapa do projeto maior). Outra sugestão foi a inclusão dos nomes das ferramentas e instrumentos que passaram por tradução e adaptação transcultural, abordando as dimensões e atividades do programa. Portanto, optou-se por incluir a informação "uso das ferramentas e instrumentos do *Fall TIPS*" nas subdimensões.

Além disso, as informantes-chave sugeriram a reorganização do modelo em duas grandes dimensões: processo gerencial e processo assistencial. A dimensão processo gerencial incluiu as subdimensões pré-implantação, implantação e execução, e agregou recursos; ações de educação permanente; ações de planejamento e implantação; e as relacionadas ao monitoramento de adesão e resultados do programa. Já a dimensão processo assistencial,

com uma subdimensão intitulada execução, incorporou os itens: ações de recrutamento/cooptação de profissionais apoiadores do programa; ações de engajamento de pacientes e acompanhantes, associadas à avaliação de riscos; desenvolvimento; e execução do plano personalizado de prevenção de quedas.

As informantes-chave destacaram o papel da cultura de segurança como resultado das atividades do programa Fall TIPS listadas no modelo lógico, além de outros dois temas: a) a necessidade de inclusão de estudantes em atividades acadêmicas no hospital como agentes no programa Fall TIPS, no caso de hospitais de ensino; e b) o papel dos profissionais envolvidos na gestão de altas hospitalares de pacientes sob risco de quedas. Por fim, os impactos previstos para o programa Fall TIPS Brasil extrapolaram o cenário hospitalar e a prevenção de quedas, incluindo aspectos relacionados à saúde e à economia da sociedade e do sistema de saúde.

Como resultado dessas discussões, foram elaborados o modelo teórico (Figura 1) e o modelo lógico (Figura 2) do programa Fall TIPS para hospitais brasileiros.



**Figura 1** - Modelo teórico do programa Fall Tailoring Interventions for Patient Safety para hospitais brasileiros

As participantes extrapolaram as perguntas avaliativas previamente selecionadas no componente dois e sugeriram indicadores relacionados ao modelo lógico com base em suas experiências com a implantação do programa em outros cenários. Esses indicadores foram divididos entre processo gerencial e processo assistencial:

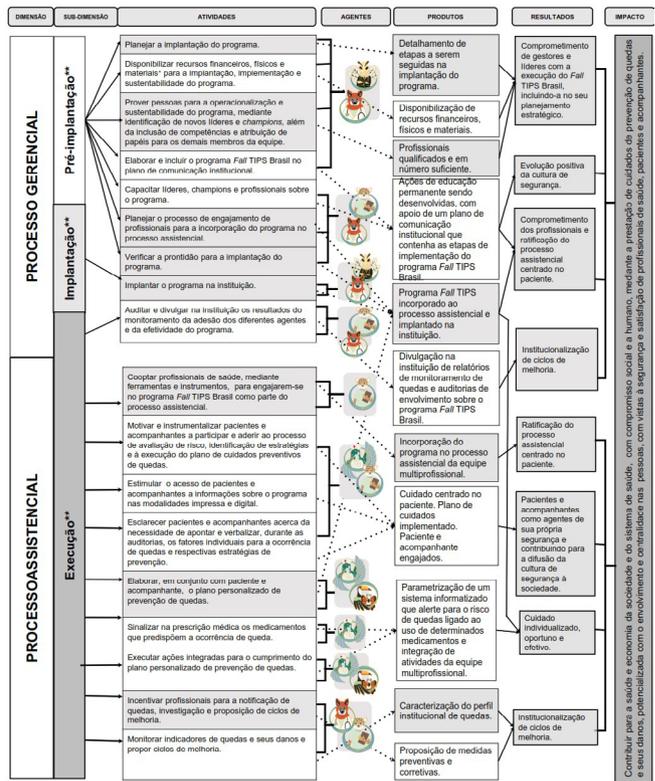
**Processo Gerencial:**

1. Percentual de conformidade com o uso do pôster laminado.
2. Percentual de profissionais de saúde e líderes/champions que concluíram os treinamentos sobre o programa Fall TIPS.
3. Taxa de quedas por 1000 pacientes/dia.
4. Taxa de quedas com dano por 1000 pacientes/dia.
5. Percentual de satisfação da equipe de saúde em relação ao programa Fall TIPS.

**Processo Assistencial:**

1. Percentual de pacientes em que a avaliação de risco foi concluída.

2. Percentual de prescrição e implementação do plano personalizado de prevenção de quedas.
3. Percentual de envolvimento de pacientes e acompanhantes no programa Fall TIPS.



\*Pôster laminado e recursos necessários ao desenvolvimento do módulo informatizado do programa Fall TIPS  
 \*\* Com o apoio de diferentes ferramentas e instrumentos do Fall TIPS

**Figura 2** - Modelo lógico do programa Fall Tailoring Interventions for Patient Safety para hospitais brasileiros

Esses indicadores abrangem tanto a eficácia do programa na prevenção de quedas quanto a adesão e engajamento dos profissionais de saúde, pacientes e acompanhantes nas atividades do programa. Eles fornecem uma visão abrangente do desempenho e dos resultados do programa Fall TIPS Brasil em instituições de saúde brasileiras.

**Componente quatro: contribuições para os usos do estudo de avaliabilidade**

Em resumo, os resultados do estudo indicam que o programa Fall TIPS Brasil é passível de avaliação, uma vez que foram desenvolvidos e validados modelos teórico e lógico, além da proposição de indicadores para sua avaliação e monitoramento. Dado o caráter inovador do programa no país, essas informações podem ser valiosas no planejamento de abordagens de avaliação, de acordo com as necessidades que surgirem durante sua implementação em diferentes contextos.

**DISCUSSÃO**

Desenvolvidas na década de 1980 e reforçadas pelas críticas à ciência social positivista, as abordagens participativas no processo

avaliativo e pré-avaliativo, como os EA, são caracterizadas pela inclusão de grupos de interesse afetados por uma dada intervenção<sup>(35-36)</sup>. Assim, destacam a importância do envolvimento das partes interessadas na definição dos indicadores a serem avaliados para garantir que os resultados avaliados, definidores do sucesso programático, sejam relevantes e significativos em um cenário específico<sup>(37)</sup>.

Desta forma, a definição do foco do estudo convergiu para o apontamento de caminhos para a melhor compreensão do programa *Fall TIPS*, seus objetivos<sup>(38)</sup> e resultados, dentre eles a redução entre 15 e 25% no número de quedas entre pacientes jovens<sup>(1,32)</sup>, bem como a redução de 34% nas quedas com danos em pacientes mais velhos<sup>(1)</sup>. Em adição, o foco do estudo supriu demandas pertinentes às particularidades de implantação do programa no cenário de saúde brasileiro.

Em relação ao modelo teórico, os itens apontados nos contextos interno e externo convergiram com a literatura, especialmente no tocante à influência e reciprocidade entre eles e suas relações com os componentes, objetivos, recursos, atividades e efeitos de um programa<sup>(39)</sup>. Da mesma forma, destacou-se a notação de cultura de segurança a permear os dois contextos<sup>(40)</sup>, dado seu caráter intrínseco e transversal. O contexto externo inclui aspectos sociais, políticos e econômicos externos à instituição<sup>(41)</sup>, em que a organização dos serviços públicos e privados em redes é uma realidade e um fator capaz de fomentar práticas de saúde mais seguras. Da mesma forma, no cenário brasileiro, ambas as esferas de prestação de serviços são influenciadas pelo PNSP, suas legislações e pelo Sistema Único de Saúde (SUS), universal, público, descentralizado quanto a atribuições e recursos e inspirado em valores como igualdade, democracia e emancipação<sup>(42)</sup>.

Da sua concepção à implantação em diferentes realidades, os idealizadores do programa *Fall TIPS* aprimoraram processos capazes de facilitar sua adoção em diferentes contextos<sup>(34)</sup>, com base na ciência da implementação. Para além de implementar, avaliar resultados e definir impactos de programas, um dos desafios é converter erros e acertos provenientes do processo de mudança em aprendizado contínuo nos sistemas de saúde<sup>(43)</sup>. Assim, a disponibilidade de ferramentas e instrumentos no *website Fall TIPS* vem ao encontro de uma característica importante durante a implantação de práticas baseadas em evidências, que é a possibilidade de adaptações. Para tanto, precisam ser feitas de maneira sistemática e fiel aos princípios do programa (44), além de ter ciência e colaboração dos seus idealizadores<sup>(34)</sup>.

Nos EA a definição de perguntas avaliativas sucede a definição sobre o que é o programa, seus objetivos, metas, e sobre como seus componentes se articulam para o alcance de objetivos<sup>(16)</sup>. Por isso constitui um passo importante para a reflexão sobre o programa<sup>(45)</sup>. Nesse sentido, a constatação de formas de entendimento díspares sobre a magnitude das quedas no ambiente estudado sugere que seja dada atenção acerca do problema e do programa junto a *stakeholders*, durante todo o processo de implantação. Essa medida pode ser uma condição facilitadora à medida em que aponta para aspectos conceituais úteis<sup>(46)</sup>.

A implementação de programas baseados em evidências em diferentes realidades é árdua, a começar pelo tempo que resultados e preferências relatados pelo paciente levam para serem convertidos em soluções sustentáveis<sup>(47)</sup>. Para além da redução de quedas e seus danos, entende-se que a experiência

com a adoção do kit de ferramentas e documentos do programa *Fall TIPS* proporcionará aos profissionais e serviços brasileiros o desenvolvimento de habilidades técnicas e interpessoais úteis às equipes de saúde durante a gestão dos demais incidentes de segurança do paciente. Isso se dará pelo emprego de estratégias para abordagem, encorajamento e engajamento de pacientes e acompanhantes, entendidos como primordiais para a promoção de uma cultura para a prestação de cuidados de saúde seguros<sup>(48)</sup>.

Para o estabelecimento de funções ao longo do processo de implementação, o mapeamento de *stakeholders* em todos os níveis e setores antecede o desenvolvimento de estratégias e a estimativa de tempo destinado ao seu engajamento<sup>(37)</sup>. Destaca-se que a concretização de projetos complexos não é isenta de surpresas no que se refere a problemas eventualmente não antecipados, os quais podem trazer tensões e desafios à implementação<sup>(49)</sup>. Nesse interim, reconhece-se a importância de informações provenientes das fases de planejamento, implementação e conclusão de projetos ou intervenções como ferramentas para a implantação de programas<sup>(49)</sup> e como arcabouços para a continuidade de pesquisas avaliativas<sup>(10)</sup>. Para aumentar a validade interna e a confiabilidade do estudo, foram empregadas evidências científicas disponíveis, incluindo a análise de documentos, a realização de oficinas com *stakeholders* e informantes, além da revisão de literatura predominantemente dos últimos 5 anos.

### Limitações do estudo

Esta pesquisa apresenta algumas limitações. O adiamento das fases do projeto *Fall TIPS* Brasil foi uma limitação atribuída à pandemia de Covid-19. A indicação de *stakeholders*, majoritariamente ligados à enfermagem, pode apontar para viés de seleção. Além disso, a realização da coleta de dados em meio a um período pandêmico também pode ter influenciado os resultados. Outra limitação é que neste estudo o EA foi utilizado como uma etapa preparatória, sem aplicação prática dos seus produtos, o que pode constituir uma limitação.

### Contribuições para a Área

As principais contribuições deste estudo para a área da enfermagem e segurança do paciente incluem a disponibilização de modelos teórico e lógico do programa *Fall TIPS* Brasil, juntamente com uma proposta de indicadores que supera visões positivistas de avaliação. A execução do método, alinhado à ciência da implementação, incluindo a divulgação dos produtos relacionados, oportuniza a redução do tempo entre a publicação de novas evidências e sua implementação em cenários assistenciais diversos. Os produtos do EA serão disponibilizados no website do programa *Fall TIPS* Brasil, e poderão ser utilizados por organizações hospitalares brasileiras interessadas na implantação do programa e condução de processos avaliativos futuros do programa em organizações hospitalares brasileiras.

### CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste EA, elaborou-se a teoria do programa, estabelecendo a contextualização e o seu desenho lógico, com objetivos, metas,

atividades, produtos, resultados e impacto, até então não sistematicamente explicitados na literatura e em documentos sobre o programa Fall TIPS. Ao mesmo tempo, antecipou os desafios trazidos pela concretização de projetos complexos pautados em abordagens participativas, que nem sempre seguem caminhos controlados e requerem flexibilidade, criatividade e abertura a adaptações por parte de seus envolvidos.

## CONTRIBUIÇÕES

Medeiros ARP e Gonçalves LS contribuíram com a concepção ou desenho do estudo/pesquisa. Medeiros ARP e Gonçalves LS contribuíram com a análise e/ou interpretação dos dados. Medeiros ARP e Gonçalves LS contribuíram com a revisão final com participação crítica e intelectual no manuscrito.

## REFERÊNCIAS

1. Dykes PC, Burns Z, Adelman J, Benneyan J, Bogaisky M, Carter E, et al. Evaluation of a patient-centered fall-prevention tool kit to reduce falls and injuries. *JAMA Network Open*. 2020;3(11):1-10. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.25889>
2. Quadros DV, Magalhães AMM, Wachs P, Severo IM, Tavares JP, Dal Pai D. Modeling of adult patient falls and the repercussions to nursing as a second victim. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2022;30:e3617. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.5830.3617>
3. World Health Organization (WHO). Draft Global Patient Safety Action Plan 2021-2030: towards eliminating avoidable harm in health care [Internet]. Geneva: WHO; 2021 [cited 2021 May 6]. 86 p. Available from: [https://cdn.who.int/media/docs/default-source/patient-safety/gpsap/final-draft-global-patient-safety-action-plan-2021-2030.pdf?sfvrsn=fc8252c5\\_5](https://cdn.who.int/media/docs/default-source/patient-safety/gpsap/final-draft-global-patient-safety-action-plan-2021-2030.pdf?sfvrsn=fc8252c5_5)
4. National Steering Committee For Patient Safety. National Action Plan to Advance Patient Safety [Internet]. Boston: IHI; 2020 May [cited 2020 May 4] 41 p. Available from: [www.ihio.org/SafetyActionPlan](http://www.ihio.org/SafetyActionPlan)
5. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa). Boletim Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde nº 29: incidentes relacionados à assistência à saúde: 2014 a 2022 [Internet]. Brasília: Anvisa; 2022 [cited 2022 Oct 04]. Available from: [https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/boletins-e-relatorios-das-notificacoes-de-iras-e-outros-eventos-adversos-1/BR\\_2014\\_\\_2022.pdf](https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/boletins-e-relatorios-das-notificacoes-de-iras-e-outros-eventos-adversos-1/BR_2014__2022.pdf)
6. Dykes PC, Adelman JS, Alfieri L, Bogaisky M, Carroll D, Carter E, et al. The Fall TIPS (Tailoring Interventions for Patient Safety) Program: a collaboration to end the persistent problem of patient falls. *Nurse Leader*. 2019;17(4):365-70. <https://doi.org/10.1016/j.mnl.2018.11.006>
7. Universidade Federal do Paraná (UFPR). Projeto Fall Tips Brasil [Internet]. Curitiba: UFPR; 2023 [cited 2023 Oct 01]. Available from: <http://www.saude.ufpr.br/portal/enfermagem/projeto-Fall-tips/>
8. Vieira da Silva LM. Avaliação de políticas e programas de saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2014. 110p.
9. Walser TM, Trevisan MS. Evaluability assessment thesis and dissertation studies in graduate professional degree programs: review and recommendations. *Am J Evaluation*. 2015;37(1):118-38. <https://doi.org/10.1177/1098214015583693>
10. Macedo TR, Possoli L, Natal S, Calvol MCM. [Integrative review on Health Evaluability Studies in Brazil]. *Braz J Health Rev*. 2020;3(5):13620-37. <https://doi.org/10.34119/bjhrv3n5-183> [Portuguese].
11. Leviton LC, Khan LK, Rog D, Dawkins N, Cotton D. Evaluability assessment to improve public health policies, programs, and practices. *Annu Rev Public Health*. 2010;31(1):213-33. <https://doi.org/10.1146/annurev.publhealth.012809.103625>
12. Baratieri T, Nicolotti CA, Natal S, Lacerda JT. Evaluability Assessment application on health field: an integrative review. *Saúde Debate*. 2019;43(120):240-55. <https://doi.org/10.1590/0103-1104201912018>
13. Chen HT. Theory-driven evaluations. London: Sage Publications; 1994. 328p.
14. Guimarães EAA, Machado RM. Avaliação de serviços de saúde: aplicações e métodos. Curitiba: Appris Editora; 2020. 225 p.
15. Gatto Júnior JR, Sousa LA, Pesce S, Fortuna CM. Participation in research with participatory methodologies: reflection on experiences. *Rev Bras Prom Saude*. 2018;31(Supl):1-10. <https://doi.org/10.5020/18061230.2018.8643>
16. Trevisan MS, Walser TM. Evaluability Assessment: improving evaluation quality and use. Califórnia: SAGE Public; 2015. 200 p.
17. Trentini M. O processo convergente assistencial. In: Trentini M, Paim L, Silva DMG. (Eds.), Pesquisa convergente assistencial: delineamento provocador de mudanças nas práticas de saúde. Porto Alegre: Moriá; 2014. p. 31-61.
18. Bezerra LCA, Cazarin G, Alves CKA. Modelagem de programas: da teoria à operacionalização. In: Samico I, Felisberto E, Figueiró AC, Frias PG (Org). Avaliação em saúde: bases conceituais e operacionais. Rio de Janeiro: MedBook; 2010. 196 p.
19. Bardin L. Análise de Conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2021.
20. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa). Resolução de Diretoria Colegiada n.36, de 25 julho de 2013. Brasília: Diário Oficial da União; 2013.
21. Ministério da Saúde (BR). Portaria de Consolidação n.5, de 28 de setembro de 2017. Brasília: Diário Oficial da União; 2017.
22. Ministério da Saúde (BR). Portaria n. 2095, de 24 de setembro de 2017. Brasília: Diário Oficial da União, 2017.
23. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa). Protocolo de Prevenção de Quedas. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.15p.
24. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa). Implantação do Núcleo de Segurança do Paciente. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.69p.
25. Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). Documento de referência para o Programa de Segurança do Paciente. Brasília: Ministério da Saúde; 2014. 42p.

26. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa). Assistência Segura: uma reflexão teórica aplicada à prática. Brasília: Ministério da Saúde; 2013. 168p.
27. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa). Como posso contribuir para aumentar a segurança do paciente: orientações aos pacientes, familiares e acompanhantes. Brasília: Ministério da Saúde; 2017. 61p.
28. Hermann AP, Medeiros ARP, Zanesco C, Andrade IMPG, Wolff LDG, Figueiredo KC, et al. Falls of patients admitted to a public and teaching hospital: an analysis of notifications. *Rev Min Enferm.* 2023;27:e-151. <https://doi.org/10.35699/2316-9389.2023.38457>
29. Gonçalves LS, Meira GC, Medeiros ARP, Zanesco C, Silva LS, Faria LMG, et al. Use of the empathy map in technological production to prevent hospital falls. *J Health Infor;* 2023;15(Esp):1-14. <https://doi.org/10.59681/2175-4411.v15.iEspecial.2023.1094>
30. Schnock KO, Howard EP, Dykes PC. Fall prevention self-management among older adults: a systematic review. *Am J Prev Med.* 2019;56(5):747-55. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2018.11.007>
31. Dykes PC, Khasnabish S, Adkison LE, Bates DW, Bogaisky M, Burns Z, et al. Use of a perceived efficacy tool to evaluate the Fall TIPS program. *J Am Geriatr Soc.* 2021;69(12):3595-601. <https://doi.org/10.1111/jgs.17436>
32. Carter EJ, Khasnabish S, Adelman JS, Bogaisky M, Lindros ME, Alfieri L, et al. Adoption of a patient-tailored fall prevention program in academic health systems: a qualitative study of barriers and facilitators. *OBM Geriatr.* 2020;4(2):119. <https://doi.org/10.21926/obm.geriatr.2002119>
33. Duckworth M, Adelman J, Belategui K, Feliciano Z, Jackson E, Khasnabish S, et al. Assessing the effectiveness of engaging patients and their families in the three-step fall prevention process across modalities of an evidence-based fall prevention toolkit: an implementation science study. *J Med Internet Res.* 2019;21(1):e10008. <https://doi.org/10.2196/10008>
34. Fall T.I.P.S. A Patient-Centered Fall Prevention Toolkit [Internet]. Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality; 2023[cited 2023 Aug 27]. Available from: <https://www.falltips.org/>
35. Furtado JP, Serapioni M, Pereira MF, Tesser CD. Participation and participatory health assessment: reflections from a case study. *Interface (Botucatu).* 2021;25:e210283. <https://doi.org/10.1590/interface.210283>
36. Patton MQ. Pedagogical principles of evaluation: interpreting Freire. In: Patton MQ (Org). *Pedagogy of evaluation: new directions for evaluation.* Hoboken: John Wiley & Sons; 2017. p. 49-77.
37. Kerkhoff AD, Farrand E, Marquez C, Cattamanchi A, Handley MA. Addressing health disparities through implementation science—a need to integrate an equity lens from the outset. *Implement Sci.* 2022;17(1):13. <https://doi.org/10.1186/s13012-022-01189-5>
38. Walser T, Trevisan M. *Completing your evaluation dissertation, thesis, or culminating project.* Thousand Oaks (Ca): SAGE; 2021. 232p.
39. Guerreiro CS, Delgado MM, Bandeira J. Avaliação de impacto de intervenções de saúde e desenvolvimento: dos aspectos teóricos à realidade prática. In: Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *Zulmira Hartz: inovação, humanidade e dinamismo na pesquisa, no ensino, na gestão e na avaliação em saúde.* LEIASS – Volume 7. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde; 2021. 364p.
40. Weng SJ, Wu CL, Gotcher DF, Liu SC, Yang KF, Kim SH. Impact on patient safety culture by the intervention of multidisciplinary medical teams. *J Patient Saf [Internet].* 2022 [cited 2023 Aug 26];18(3):e601-e605. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34406988/>
41. Warner ET, Huguet N, Fredericks M, Gundersen D, Nederveld A, Brown MC, et al. Advancing health equity through implementation science: identifying and examining measures of the outer setting. *Soc Sci Med.* 2023;331:116095. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2023.116095>
42. Paim JS. Thirty years of the Unified Health System (SUS). *Ciênc Saúde Colet.* 2018;23(6):1723-1738. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.09172018>
43. Bennett NM, Orlando E, Meissner P. Linking dissemination and implementation science to Learning Health Systems: opportunities for clinical and translational science award institutions. *J Clin Transl Sci.* 2020;4(3):176-9. <https://doi.org/10.1017%2Fcts.2020.15>
44. Baumann AA, Cabassa LJ. Reframing implementation science to address inequities in healthcare delivery. *BMC Health Serv Res.* 2020;20(1):190. <https://doi.org/10.1186/s12913-020-4975-3>
45. Bonfim M, Hartz Z, Araujo-Jorge T. Evaluability study of the health research induction program in Brazil to mitigate problems related to extreme poverty. *Saúde Debate.* 2021;45(128):19-28. <https://doi.org/10.1590/0103-1104202112801>
46. Medeiros GAR, Nickel DA, Calvo MCM. Uses of evaluation results: integrative review of articles published from 2012 to 2016. *Meta: Aval.* 2020;12(34):59-87. <https://doi.org/10.22347/2175-2753v12i34.2188>
47. Trinkley KE, Ho PM, Glasgow RE, Huebschmann AG. How dissemination and implementation science can contribute to the advancement of learning health systems. *Acad Med.* 2022;97(10):1447-58. <https://doi.org/10.1097/acm.0000000000004801>
48. Rodrigues JLSQ, Portela MC, Malik AM. Agenda for patient-centered care research in Brazil. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2019;24(11):4263-73. <https://doi.org/10.1590/1413-812320182411.04182018>
49. Vieira ACG, Gastaldo D, Harrison D. How to translate scientific knowledge into practice? Concepts, models and application. *Rev Bras Enferm.* 2020;73(5):e20190179. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0179>