

PROCESSO DE IMPLANTAÇÃO DO MANEJO DA SEDE NO PACIENTE QUEIMADO CIRÚRGICO EMBASADO NO *KNOWLEDGE TRANSLATION*

Aline Korki Arrabal Garcia¹ 
Marília Ferrari Conchon¹ 
Isadora Pierotti¹ 
Lígia Fahl Fonseca¹ 

¹Universidade Estadual de Londrina, Programa de Pós-graduação em Enfermagem. Londrina, Paraná, Brasil.

RESUMO

Objetivo: Relatar 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) em uma unidade de queimados.

Método: Relato de experiência sobre a implantação que ocorreu em duas etapas: Preparação e Implantação/mudança, ambas obedecendo uma sequência de passos para sua realização.

Resultados: A implementação foi realizada em quatro ciclos da ferramenta de melhoria PDSA. Todos tiveram o mesmo indicador coletado, com metas crescentes a serem alcançadas. Considerando as barreiras identificadas, 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.

Conclusão: O relato de todo o processo de implantação com o uso da intervenção *Evidence-based Practice for Improving Quality*, apontando suas fragilidades e fortalezas, mostra-se útil, necessária e inovador. 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.

COMO CITAR: Garcia AKA, Conchon MF, Pierotti I, Fonseca LF. Processo de implantação do manejo da sede no paciente queimado cirúrgico embasado no Knowledge Translation. Texto Contexto Enferm [Internet]. 2023 [acesso MÊS ANO DIA]; 32:e20220032. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2022-0032pt>

PROCESS OF IMPLEMENTING THIRST MANAGEMENT IN SURGICAL BURNED PATIENTS, BASED ON KNOWLEDGE TRANSLATION

ABSTRACT

Objective: to report the path taken to implement the Thirst Management Model using the Knowledge Translation Evidence-based Practice for Improving Quality intervention in a Burn unit.

Method: an experience report on the implementation, which took place in two stages: Preparation; and Implementation/Change, both requiring a sequence of steps.

Results: the implementation was performed in four cycles of the PDSA improvement tool. All had the same indicator collected, with increasing goals to be attained. Considering the barriers identified, multiple combined Knowledge Translation strategies were used, namely: posters; theoretical and practical training sessions, individual or in group; videos; dynamics; music; logo development for implementation visibility; audit and feedback; and didactic and illustrated clinical protocols.

Conclusion: the report of the entire implementation process using the Evidence-based Practice for Improving Quality intervention, pointing out its weaknesses and strengths, proves to be useful, necessary and innovative. This study may assist in future evidence-based implementations that choose to use multifaceted interventions.

DESCRIPTORS: Evidence-based clinical practice. Thirst. Burns units. Translational medical research. Quality improvement.

PROCESO DE IMPLEMENTACIÓN DEL MANEJO DE LA SED EN PACIENTES QUIRÚRGICOS CON QUEMADURAS, SOBRE LA BASE DE KNOWLEDGE TRANSLATION

RESUMEN

Objetivo: informar el camino recorrido para implementar el Modelo de Manejo de la Sed recurriendo a la intervención *Knowledge Translation* llamada *Evidence-based Practice for Improving Quality* (Práctica Basada en Evidencia para Mejorar la Calidad) en una unidad especializada en Quemaduras.

Método: informe de experiencia sobre la implementación, que tuvo lugar en dos etapas: Preparación e Implantación/cambio, ambas obedeciendo una secuencia de pasos para su realización.

Resultados: la implementación se realizó en cuatro ciclos de la herramienta de mejoras PDSA. En todos los ciclos se recolectó el mismo indicador, con metas crecientes por alcanzar. Considerando las barreras identificadas, se utilizaron múltiples estrategias combinadas de *Knowledge Translation*, a saber: posters; sesiones de capacitación teóricas y prácticas, individuales o en grupo, videos, dinámicas, música, desarrollo de un logotipo para conferir visibilidad a la implementación; auditoría y *feedback*; y protocolos clínicos didácticos e ilustrados.

Conclusión: el informe de la totalidad del proceso de implementación recurriendo a la intervención *Evidence-based Practice for Improving Quality*, incluso señalando sus debilidades y puntos fuertes, demuestra que es útil, necesaria e innovadora. Este estudio puede auxiliar futuras implementaciones de evidencias que decidan utilizar intervenciones multifacéticas.

DESCRIPTORES: Práctica clínica basada en evidencias. Sed. Unidades especializadas en Quemaduras. Investigación médica traslacional. Mejora de la calidad.

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, para realização de procedimentos como enxertos ou balneoterapias, os pacientes os percebem de forma intensa. Entre os diversos desconfortos identificados durante a hospitalização, está a sede¹.

A sede pode ser desencadeada por fatores distintos presentes na internação de muitos pacientes queimados. A fisiopatologia da queimadura, por exemplo, pode acarretar desequilíbrio hidroeletrólítico, perda de líquido pelas lesões, uso de opioides, medo e ansiedade pela antecipação da experiência dolorosa após o procedimento, além dos longos períodos de jejum pré-anestésico com restrição hídrica¹. Esses fatores confluem para sede intensa e frequente no período pré-anestésico.

Para tratar 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 usado no pré e pós-operatório imediato (POI), permitindo alívio, conforto e satisfação ao paciente cirúrgico. Seu desenvolvimento baseou-se em evidências científicas sólidas, experiência clínica dos profissionais e na percepção do paciente cirúrgico que sofre esse sintoma².

A implementação de novas evidências na prática clínica pode ser desafiadora. Uma evidência forte, por si só, não é suficiente para mudar a prática. Todavia, o campo da ciência de implementação fornece abordagens, estruturas e teorias que auxiliem nesse processo³.

Para que uma evidência se transforme em uma rotina na prática dos profissionais de saúde, recomenda-se incorporar estratégias multifacetadas (conjunto de estratégias usadas para alcançar a tradução e intercâmbio do conhecimento em um processo de implantação) de *Knowledge Translation* (KT)⁴, que pode ser traduzido como Tradução e Intercâmbio do Conhecimento.

O referencial teórico KT é uma intervenção dinâmica e interativa que visa transpor a lacuna entre a evidência científica e a prática clínica. A tradução e intercâmbio são necessários, pois a simples disseminação do conhecimento ao término de uma pesquisa não garante que ele será usado pelos profissionais em sua prática⁵. 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 a intervenção *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^{6,7}.

A EPIQ 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)^{6,8-9}.

A escolha dessa intervenção dentre tantas outras se deu pelo envolvimento dos profissionais, incentivando-os a se apropriar de seus problemas e soluções locais, facilitando a aceitação e maximiza o impacto de uma implantação⁷. Isso ocorre pelo fato de a experiência do profissional e a realidade local serem valorizadas como componentes indispensáveis para uma implementação⁹. As conquistas da EPIQ são amplas e contínuas, sendo o segredo para o sucesso, mesmo que aplicadas por curto período¹⁰.

Este relato justifica-se pela importância da intervenção EPIQ nos processos de implantações e inexistência de estudos que detalham seu uso 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 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 tem como objetivo relatar 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) em uma unidade de queimados.

MÉTODO

Trata-se de um relato de experiência sobre o processo de implantação do MMS pré-operatório em um Centro de Tratamento de Queimados (CTQ), referência no norte do Paraná. Essa unidade conta com duas salas cirúrgicas, com média mensal de 69 cirurgias, e uma sala de balneoterapia, com média mensal de 122 procedimentos. Apresenta 15 leitos de enfermaria e 6 de Unidade de Tratamento Intensivo (UTI). A equipe que realiza todas as atividades desse setor é composta por oito enfermeiras 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. Todos os profissionais, pacientes e responsáveis pelos pacientes menores de idade envolvidos no processo de implantação assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido; quando os pacientes eram menores de idade 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 principal e também facilitadora externa para a implantação, priorizou a construção de uma relação de confiança e respeito com os profissionais, vivenciando o cotidiano do CTQ 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).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Intervenção multifacetada de KT - EPIQ

A implantação transcorreu em duas grandes etapas, seguindo o recomendado pela intervenção EPIQ: Preparação; Implantação e mudança^{6,9}.

Dentro da etapa de preparação ocorreu a coleta de dados pré-implantação; formação, sensibilização e capacitação do CPP e da equipe; revisão das evidências disponíveis; decisão pela mudança de prática; identificação das barreiras e facilitadores^{6,9}.

Já na etapa de implantação e mudança, os passos foram a fixação do conteúdo trabalhado em cada um dos quatro pilares de maneira individual com a equipe; verificação e implantação do plano de mudança de prática com o uso da ferramenta de melhoria PDSA (*plan; do; study; act*); e coleta de dados pós-implantação^{6,9}.

Etapa de 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.

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 no CTQ durante a implantação. A composição se definiu por uma equipe multiprofissional: enfermeira gestora do CTQ e uma enfermeira assistencial, duas técnicas de enfermagem, cirurgião-chefe da unidade, um anestesiológico e duas docentes de enfermagem doutoras na temática sede.

Após a formação do CPP, seus integrantes foram capacitados pela facilitadora externa 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, foi desenvolvido material didático com diferentes estratégias de apresentação: apresentação de slides para exposição oral dialogada, grupos focais para identificação de barreiras e facilitadores para a implantação¹¹, dinâmicas, sensibilização quanto ao uso de estratégias tradicionais (não efetivas) de alívio da sede e as baseadas em evidência que seriam implantadas no CTQ.

Os membros do CPP conheceram a proposta da implantação, incluindo o método, o uso do KT, EPIQ e PDSA. Os profissionais foram sensibilizados quanto ao sintoma sede, além de discutir sobre estratégias, prazos e recursos.

Em concomitância, a fim de aumentar a identificação e visibilidade da implantação, as autoras e também membros do Grupo de Estudo e Pesquisa da Sede (GPS) criaram o projeto Paciente Sem Sede (PASS) (Figura 1) já com logomarca para identidade visual. O PASS foi apresentado ao CPP, profissionais do CTQ e à diretora de enfermagem 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 logomarca PASS.

Considerando a premissa do KT de sintetizar as evidências disponíveis sobre o tema⁵, a facilitadora externa fez revisão de literatura, para localizar estratégias de alívio usadas para tratar a sede no paciente queimado. Todavia a busca foi infrutífera pela ausência de publicações com esse enfoque na literatura.



Figura 1 – Logomarca projeto Paciente Sem Sede – PASS. Londrina, PR, Brasil, 2020

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 para que todos entendessem a situação do setor quanto à temática da implantação. Os resultados revelaram que não ocorria 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, ou seja, pontos de dificuldades que precisariam ser resolvidos visando a realização do processo¹¹. O mapeamento de cenário é fundamental para conseguir prever fatores contextuais que possam influenciar positiva ou negativamente a implementação. Dentre eles, cultura organizacional e receptividade a novas ideias; experiências anteriores; solidariedade da liderança e recursos disponíveis. Recomenda-se que com base nesse diagnóstico prévio se desenvolva o planejamento das estratégias de intervenção para reduzir seu impacto¹².

Embora a identificação das barreiras seja uma etapa essencial desse processo, pouco se sabe sobre como superá-las e quais intervenções são mais eficazes¹³. 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 evidência¹⁴. 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. Esse comportamento reforça a importância de sensibilizar os profissionais sobre a evidência que será implantada no setor, antes mesmo de capacitá-los¹⁴.

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

Outra barreira identificada foi a resistência dos anestesiológicos 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 classe¹⁵.

Na tentativa de transpor essa barreira, realizou-se um encontro com a chefia da anestesia da instituição para apresentar o projeto PASS, a fim de envolver essa categoria profissional e solicitar apoio, com conseqüente 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 o encontro, a facilitadora externa realizou diversas interações com os anestesiológicos, abordando suas restrições e benefícios do PASS ao paciente queimado. Com essa estratégia, estabeleceu-se melhor comunicação entre esses profissionais e a pesquisadora, reduzindo oposições.

O passo seguinte foi o CPP definir as mudanças de prática a serem implementadas no setor. Isso ocorreu ao final do último encontro formativo, após o grupo conhecer as evidências sobre o tratamento da sede pré-operatória. Optou-se por introduzir o MMS² especificamente para pacientes em jejum no período pré-anestésico, até três horas antes do procedimento, e reestruturar o instrumento de registro perioperatório, inserindo 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) para adultos e Escala de Faces (EF) para crianças; para avaliar a segurança do manejo, utilizar o Protocolo de Segurança do Manejo da Sede (PSMS) no adulto¹⁶ e o Protocolo de Segurança do Manejo da Sede Pediátrica (PSMSP) na criança¹⁷; para o pilar estratégia de alívio da sede, foram escolhidos o picolé de gelo¹⁸⁻¹⁹ e o hidratante labial sem mentol²⁰.

O último passo dessa etapa foi capacitar a equipe de enfermagem para aplicação do MMS. Os fisioterapeutas que atuam no CTQ solicitaram a participação nas capacitações, o que demonstra o interesse sobre o tema 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 trabalho, 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, foram necessários 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 sobre o tema sede. Este aspecto pode contribuir para o aumento da credibilidade do papel do facilitador²¹.

A formação do CPP também se apresentou como elemento essencial para que a facilitadora externa mantivesse relação próxima de trabalho com líderes formais e informais do CTQ¹². 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 terminar sua atuação²².

Como fator limitante, pode-se citar a falta de experiência da pesquisadora no papel de facilitadora externa em implementações. 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 experientes²³. 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 facilitador²².

Outro desafio é o comprometimento do facilitador em capacitar toda a equipe em múltiplos horários e repetidas vezes, comprovando 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 humanos²⁴.

Etapa implantação e mudança

Na segunda etapa, as evidências relacionadas aos quatro pilares do MMS foram trabalhadas intensivamente com o auxílio de estratégias variadas de KT. Para sua sistematização, utilizou-se o PDSA, que permite avaliação rápida e flexível para adaptar a mudança de acordo com o *feedback*, além da mensurar o impacto de uma intervenção no resultado de interesse²⁵.

Foram necessários quatro ciclos de PDSA, um para cada pilar do MMS, com duração de três semanas cada, a fim de fixar o conteúdo. Ao término de cada ciclo, fez-se auditoria para verificar o alcance da meta. A auditoria se baseava na ficha perioperatória, a qual continha 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 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.

Ao início de cada ciclo havia reunião com o CPP para estabelecer o plano de mudança, quais estratégias engajariam a equipe, 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 uma 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 pacientes²⁶.

Considerando como estratégia o uso de meios de comunicação para apoio da implantação, a facilitadora externa concedeu entrevistas à emissora de rádio e ao jornal da universidade. Ressalte-se o importante papel dos comunicadores em decodificar mitos, que nesse caso, envolviam 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 o CTQ na implantação.

O terceiro ciclo, por ser referente ao pilar mais complexo, teve como foco a capacitação prática e individual sobre o PSMS para os 33 técnicos de enfermagem e 8 enfermeiras e do PSMS para as enfermeiras, sendo a facilitadora externa a capacitadora. A complexidade da evidência é um fator limitador da sustentação na prática, principalmente em países de baixa e média renda²⁴.

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 implantação²⁷.

Outra estratégia desenvolvida foi a criação de protocolos operacionais padrão (POP) para aplicação do MMS adulto e pediátrico. No entanto, observou-se 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. Como solução à barreira, desenvolveu-se o POP didático, com imagens e texto sintético, plastificados e colados em paredes estratégicas do setor, facilitando seu uso e conhecimento palpável.

Iniciou-se o último ciclo, sendo necessário continuar as capacitações práticas e individuais. 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. Essa é a barreira mais comum identificada pelos profissionais para a realização do KT efetivo, principalmente em setor com alta carga de trabalho, como o CTQ^{11,28}.

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 implementação²⁹. 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 gestão²⁶. 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 implantação²⁹.

A equipe também provou 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

às novas estratégias de alívio da sede e a possibilidade em poder ofertar algo eficaz e prazeroso ao paciente. Essa intervenção considerou a premissa da importância da sensibilização da equipe quanto à evidência a ser inserida¹⁴.

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

Com o objetivo de elucidar dúvidas e transpor a barreira da alta rotatividade de funcionários no setor¹¹, 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 a 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.

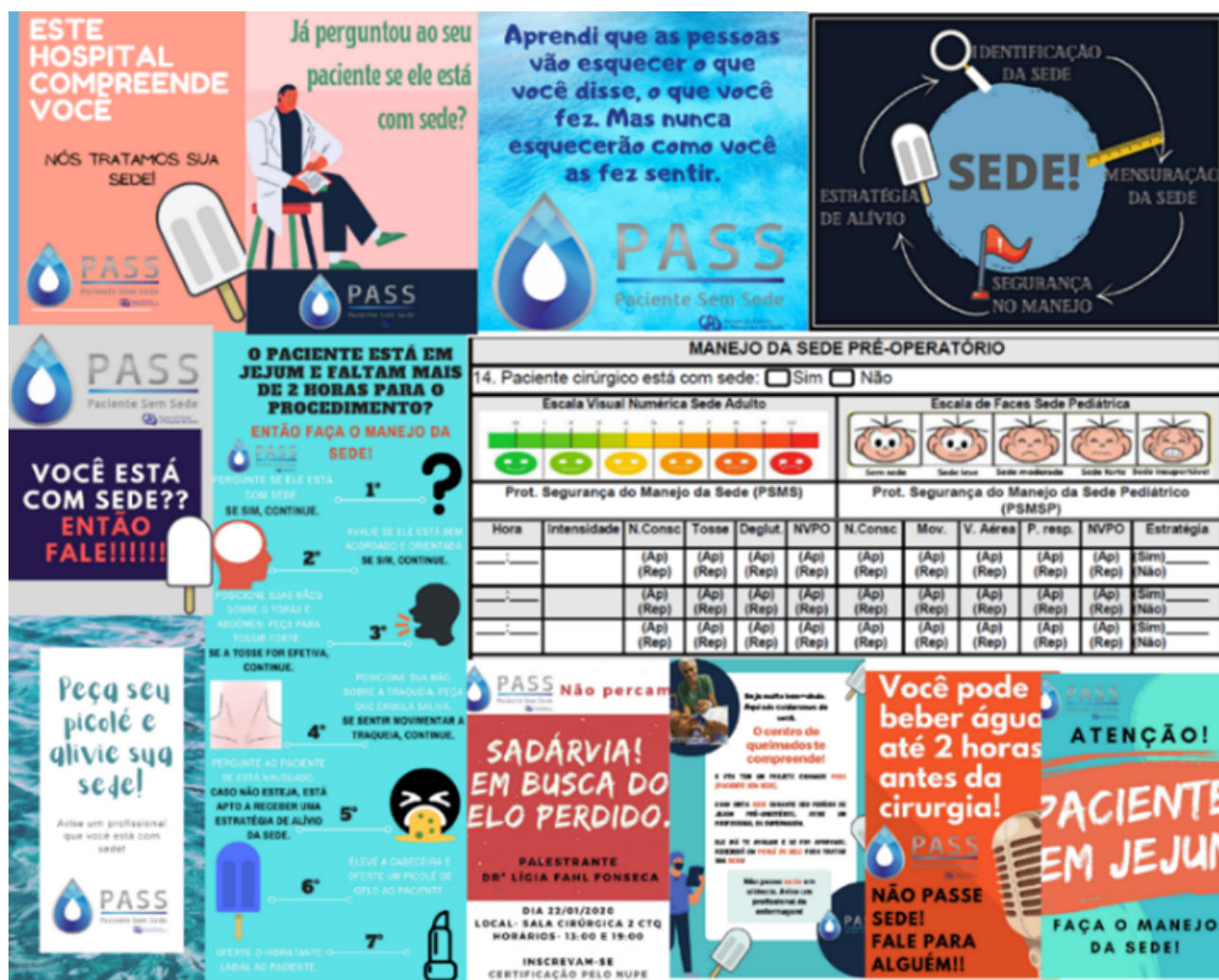


Figura 2 – Mosaico das artes relacionadas ao manejo da sede desenvolvidas para profissionais e pacientes. Londrina, PR, Brasil, 2020.

Esta pesquisa não abarcou com toda a profundidade requerida o escopo da sustentação do processo³⁰. Estratégias isoladas foram desenvolvidas visando uma aproximação da sustentabilidade. Discute-se que este é um dos elementos essenciais do KT e precisa ser trabalhado em momento futuro.

A falta da cultura institucional de incentivo à adoção de evidências foi um desafio, fazendo com que o cenário e os atores envolvidos estivessem menos receptivos à mudança. É necessária a reflexão a respeito da necessidade do estímulo a novas pesquisas na unidade, a fim de abarcar os desafios apontados.

CONCLUSÃO

A importância deste estudo está no relato dos detalhes do processo de implantação do MMS pré-operatório no CTQ, descrevendo as etapas e fases percorridas da intervenção multifacetada de KT denominada EPIQ, almejando o alcance da implantação bem-sucedida.

Um estudo que traga a riqueza de detalhes da sua utilização, apontando fragilidades e fortalezas, mostra-se útil, necessária e inovadora, pois não se encontram relatos similares na literatura nacional e internacional. Dessa forma, este estudo poderá auxiliar nos futuros processos de implementações de evidências na prática clínica com o uso da intervenção EPIQ.

REFERÊNCIAS

1. Togo HYA, Lopes EC. Preoperative fasting reduction in burned patients: A systematic review. *Burns Open* [Internet]. 2020 [acesso 2021 Jun 15];4(4):176-82. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.burnso.2020.06.004>
2. Nascimento LA, Garcia AKA, Conhon MF, Aroni P, Pierotti I, Martins PR, et al. Advances in the Management of Perioperative Patients' Thirst. *AORN Journal* [Internet]. 2020 [acesso 2021 Out 18];111(2):165-79. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/aorn.12931>
3. Hunter SC, Kim B, Mudge A, Hall L, Young A, McRae P, et al. Experiences of using the i-PARIHS framework: a co-designed case study of four multi-site implementation projects. *BMC Health Serv Res* [Internet]. 2020 [acesso 2021 Jun 5];20(573). Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12913-020-05354-8>
4. Olson A, Oudshoorn A. Knowledge translation: A concept analysis. *Nurs Forum* [Internet]. 2019 [acesso 2020 Jun 1];55(2):157-64. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/nuf.12410>
5. Canadian Institutes of Health Research (CIHR). More about Knowledge Translation at CIHR – long descriptions [Internet]. 2016 [acesso 2019 Ago 16]. Disponível em: <https://cihr-irsc.gc.ca/e/46642.html>
6. Lee SK, Aziz K, Singhal N, Cronin CM, James A, Lee DSC, et al. Improving the quality of care for infants: a cluster randomized controlled trial. *CMAJ* [Internet]. 2009 [acesso 2019 Out 1];181(8):469-76. Disponível em: <https://doi.org/10.1503/cmaj.081727>
7. Lee SK, Singhal N, Aziz K, Cronin CM. The EPIQ evidence reviews – practical tools for an integrated approach to Knowledge Translation. *Paediatr Child Health* [Internet]. 2011 [acesso 2019 Nov 15];16(10):629-630. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3225472/pdf/pch16629.pdf>
8. Cao Y, Jiang S, Zhou Q. Introducing evidence-based practice improvement in Chinese neonatal intensive care units. *Transl Pediatr* [Internet]. 2019 [acesso 2020 Nov 3];8(3):257-261. Disponível em: <https://doi.org/10.21037/tp.2019.07.07>
9. Stevens BJ, Yamada J, Promislow S, Stinson J, Harrison D, Victor JC. Implementation of multidimensional knowledge translation strategies to improve procedural pain in hospitalized children. *Implement Sci* [Internet]. 2014 [acesso 2021 Ago 4];9:120. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s13012-014-0120-1>

10. Brindle ME. The challenge of achieving continuous quality improvement in Canadian pediatric care. *CMAJ* [Internet]. 2020 [acesso 2021 Jun 15];192(4):E79-80. Disponível em: <https://doi.org/10.1503/cmaj.200008>
11. Garcia AKA, Conchon MF, Pierotti I, Zampar EF, Fonseca LF. Barriers and facilitators in the management of preoperative thirst of the burned patient in the light of Knowledge Translation. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2021 [acesso 2021 Dez 20];55:e03764. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2020039803764>
12. Harvey G, Lynch E. Enabling continuous Quality improvement in Practice: the role and contribution of Facilitation. *Front Public Health* [Internet]. 2017 [acesso 2020 Jun 7];5:27. Disponível em: <https://doi.org/10.3389/fpubh.2017.00027>
13. Baker R, Camosso-Stefinovic J, Gillies C, Shaw EJ, Trapaceiro F, Flottorp S, et al. Tailored interventions to address determinants of practice. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2015 [acesso 2019 Ago 6]. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD005470.pub3>
14. Légaré F, Zhang P. Barriers and facilitators: Strategies for identification and measurement. In: Strauss SE, Tetroe J, Graham ID. *Knowledge Translation in Health Care Moving from Evidence to Practice*. 2th ed. UK: BMJ Books; 2013. p. 121-37. Disponível em: https://ktru.iuums.ac.ir/files/ktru/files/KT_in_HeaLth_Care-2013.pdf
15. 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* [Internet]. 2017 [acesso 2020 Abr 15];126(3):376-393. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/ALN.0000000000001452>
16. Nascimento LA, Fonseca LF, Santos CB. Inter-rater reliability testing of the safety protocol for thirst Management. *J Perianesth Nurs* [Internet]. 2018 [acesso 2021 Mar 14];33(4):527-36. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jopan.2016.07.008>
17. Pierotti I, Nascimento LA, Rossetto EG, Furuya RK, Fonseca LF. Elaboration, validation and reliability of the safety protocol for pediatric thirst management. *Rev Lat Am Enfermagem* [Internet]. 2020 [acesso 2021 Mar 7];28:e3321. Disponível em: <http://doi.org/10.1590/1518-8345.3333.3321>
18. Aroni P, Fonseca LF, Ciol MA, Margatho AS, Galvão CM. The use of mentholated popsicle to reduce thirst during preoperative fasting: a randomised controlled trial. *J Clin Nurs* [Internet]. 2020 [acesso 2021 Out 8];29(5-6):840-51. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/jocn.15138>
19. Conchon MF, Fonseca LF. Efficacy of an Ice Popsicle on thirst management in the immediate postoperative period: a randomized clinical trial. *J Perianesth Nurs* [Internet]. 2018 [acesso 2021 Jun 15];33(2):153-61. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jopan.2016.03.009>
20. Serato VM, Fonseca LF, Birolim MM, Rossetto EG, Mai LD, Garcia AKA. Package of menthol measures for thirst relief: a randomized clinical study. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2019 [acesso 2020 Mar 17];72(3):600-8. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0057>
21. Azimi A, Fattahi R, Asadi-Lari M. Knowledge translation status and barriers. *J Med Libr Assoc* [Internet]. 2015 [acesso 2019 Maio 3];103(2):96-9. Disponível em: <http://doi.org/10.3163/1536-5050.103.2.008>
22. Connolly SL, Sullivan JL, Ritchie MJ, Kim B, Miller CJ, Bauer MS. External facilitators' perceptions of internal facilitation skills during implementation of collaborative care for mental health teams: a qualitative analysis informed by the i-PARIHS framework. *BMC Health Serv Res* [Internet]. 2020 [acesso 2021 Maio 5];20:165. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12913-020-5011-3>
23. Kitson A, Harvey G. Methods to succeed in effective knowledge translation in clinical practice. *J Nurs Scholarsh* [Internet] 2016 [acesso 2019 Jun 29];48(3):294-302. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/jnu.12206>

24. Hailemariam M, Bustos T, Montgomery B, Barajas R, Evans LB, Drahota A. Evidence-based intervention sustainability strategies: a systematic review. *Implementation Sci* [Internet]. 2019 [acesso 2021 Ago 15];14:57. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s13012-019-0910-6>
25. Taylor MJ, McNicholas C, Nicolay C, Darzi A, Bell D, Reed JE. Systematic review of the application of the plan-do-study-act method to improve quality in healthcare. *BMJ Qual Saf* [Internet]. 2014 [acesso 2021 Jul 7];23(4):290-8. Disponível em: <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2013-001862>
26. Pantoja T, Opiyo N, Lewin S, Paulsen E, Ciapponi A, Wiysonge CS, et al. Implementation strategies for health systems in low-income countries: an overview of systematic reviews. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2017 [acesso 2021 Jun 15];9(9):CD011086. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD011086.pub2>
27. Bianchi M, Bagnasco A, Bressan V, Barisone M, Timmins F, Rossi S, et al. A review of the role of nurse leadership in promoting and sustaining evidence-based practice. *J Nurs Manag* [Internet]. 2018 [acesso 2020 Abr 28];26(8):918-32. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/jonm.12638>
28. Harvey G, Kelly J, Kitson A, Thornton K, Owen V. Leadership for evidence-based practice – Enforcing or enabling implementation? *Collegian* [Internet]. 2019 [acesso 2021 Out 5];27(1):57-62. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.colegn.2019.04.004>
29. Li SA, Jeffs L, Barwick M, Stevens B. Organizational contextual features that influence the implementation of evidence based practices across healthcare settings: a systematic integrative review. *Syst Rev* [Internet]. 2018 [acesso 2020 Jun 1];7(1):72. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s13643-018-0734-5>
30. Tricco AC, Ashoor HA, Cardoso R, MacDonald H, Cogo E, Kastner M, et al. Sustainability of knowledge translation interventions in healthcare decision making: a scoping review. *Implement Sci* [Internet]. 2016 [acesso 2019 Maio 4];11:55. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s13012-016-0421-7>

NOTAS

ORIGEM DO ARTIGO

Extraído da tese – Implantação do Modelo de Manejo da Sede na unidade de queimados: estudo de intervenção norteado pelo Knowledge Translation, apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade Estadual de Londrina, em 2021.

CONTRIBUIÇÃO DE AUTORIA

Concepção do estudo: Garcia AKA, Conchon MF, Pierotti I, Fonseca LF.

Coleta de dados: Garcia AKA, Conchon MF, Pierotti I, Fonseca LF.

Análise e interpretação dos dados: Garcia AKA, Conchon MF, Pierotti I, Fonseca LF.

Discussão dos resultados: Garcia AKA, Conchon MF, Pierotti I, Fonseca LF.

Redação e/ou revisão crítica do conteúdo: Garcia AKA, Conchon MF, Pierotti I, Fonseca LF.

Revisão e aprovação final da versão final: Garcia AKA, Conchon MF, Pierotti I, Fonseca LF.

AGRADECIMENTO

A Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior e ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico.

FINANCIAMENTO

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

APROVAÇÃO DE COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Londrina, parecer n. 3.476.724/2019, Certificado de Apresentação para Apreciação Ética 13638519.1.0000.5231.

CONFLITO DE INTERESSES

Não há conflito de interesses.

EDITORES

Editores Associados: Gisele Cristina Manfrini, Ana Izabel Jatobá de Souza.

Editor-chefe: Elisiane Lorenzini.

HISTÓRICO

Recebido: 21 de fevereiro de 2022.

Aprovado: 27 de julho de 2022.

AUTOR CORRESPONDENTE

Aline Korki Arrabal Garcia

alinekorki@yahoo.com.br

