

ARTIGO ORIGINAL

Aplicando a estrutura conceitual consolidada para pesquisa de implementação em um programa da doença de Parkinson

Applying the consolidated conceptual framework for implementation research in a Parkinson's disease program

Ana Amália de Sá¹, Brenda Nazaré Gomes Andriolo², Cauã Leal do Espírito Santo³, Adriano Massuda⁴

1. Educadora física. Grupo Cynthia Charone. Belém PA

2. Médica. Grupo Cynthia Charone. Belém PA

3. Acadêmico de medicina. Universidade do Estado do Pará. Belém PA

4. Médico. Professor da Escola de Administração do Estado de São Paulo da Fundação Getúlio Vargas. São Paulo SP

RESUMO

Introdução: A transformação da prestação de serviços de saúde para lidar com as doenças crônicas constitui um desafio significativo para os sistemas de saúde. **Objetivo:** A presente pesquisa teve como objetivo identificar barreiras e facilitadores para implementação do Programa Multidisciplinar e Multidimensional para Doença de Parkinson em uma instituição de saúde da região Amazônica brasileira. **Métodos:** A metodologia qualitativa e o Quadro Consolidado para Pesquisa de Implementação (CFIR) foram utilizados para descrever e aprender as etapas na formulação e implementação do programa de referência. Para a coleta de dados da pesquisa foram utilizados documentos oficiais da instituição, entrevistas semiestruturadas aplicadas a gestores e profissionais assistenciais e registros do pesquisador. Os resultados seguiram

uma análise de 34 construtos do CFIR. Por fim, os construtores foram alocados em uma matriz de domínio pelo grau de prova de barreiras e facilitadores.

Resultados: A análise revelou predominância de construtos muito evidentes vinculados ao domínio “características da intervenção” como fatores determinantes para implementação. Por outro lado, verificaram-se barreiras relacionadas ao domínio dos “processos”. **Conclusão:** Com base na análise foram apresentadas propostas que buscam maior sustentabilidade para o programa na instituição.

Palavras-chave: Ciência da implementação; Doença de Parkinson; Modelos de saúde.

ABSTRACT

Introduction: *The transformation in health service delivery to deal with chronic diseases is a significant challenge for health systems.* **Objective:** *The present research aimed to identify barriers and facilitators of implementing the Multidisciplinary and Multidimensional Program for Parkinson’s Disease in a health institution in Brazil’s Amazon region.* **Methods:** *Qualitative methodology and the Consolidated Framework for Implementation Research (CFIR) were used to describe and learn steps in formulating and implementing the reference program. To collect research data, official documents from the institution, semi-structured interviews applied to managers and care professionals, and the researcher’s records were used.* **Results:** *The results followed an analysis of 34 CFIR constructs. Ultimately, the constructors were allocated in a domain matrix by the degree of proof of barriers and facilitators. An analysis revealed a predominance of very evident constructs linked to the domain “intervention characteristics” as determining factors for implementation. On the other hand, barriers related to the domain of “processes” were verified.* **Conclusion:** *Based on the analysis, proposals were presented that seek greater sustainability for the program at the institution.*

Keywords: *implementation science; Parkinson disease; healthcare models.*

INTRODUÇÃO

A doença de Parkinson (DP) está emergindo globalmente e está associada ao processo acelerado de envelhecimento da população. Estima-se que até 2040 haverá 12 milhões de pessoas com DP em todo o mundo¹. A DP é uma condição neurodegenerativa cuja complexidade requer cuidados

multidisciplinares centrados na pessoa e na família, envolvendo vários atores no cuidado e orientação do paciente².

Evidências mostram que, devido à natureza neurodegenerativa da doença de Parkinson, o atendimento multiprofissional e interdisciplinar de forma coordenada, que considera necessidades multidimensionais, apresenta maior eficácia terapêutica em comparação ao atendimento convencional, fragmentado, realizado por especialistas isoladamente³⁻⁶.

Porém, o acesso limitado a esse tipo de serviço dificulta o diagnóstico e o tratamento adequado da DP, principalmente nos países da América Latina⁷. Surge então o desafio de formular e implementar programas com um modelo assistencial que tenha capacidade de atender a complexidade das demandas apresentadas pela população com DP, com eficiência no uso dos recursos⁸.

Diante dessa necessidade, a equipe do Grupo Cynthia Charone (CCG), instituição de saúde referência em geriatria e gerontologia localizada na região amazônica do Brasil, desenhou o Programa Multidisciplinar e Multidimensional para Parkinson (PMP), implementado para atender pessoas com DP, principalmente para controle de sintomas motores e não motores, melhora de habilidades intrínsecas e qualidade de vida.

Compreender as barreiras e facilitadores à implementação de um programa de cuidados numa instituição de saúde, para que os recursos de investigação não sejam desperdiçados e não haja risco de atribuição errada de eficácia quando as intervenções não são implementadas conforme planejado⁹⁻¹⁰. Para tanto, é necessário definir um modelo analítico que defina conceitos e parâmetros para medir os resultados da implementação para entender o quão bem uma implementação específica funciona⁹⁻¹².

Nesse sentido, utilizou-se como referência o modelo de análise *Consolidated Framework for Implementation Research* (CFIR), e o presente artigo tem três objetivos: 1) descrever a implementação do modelo de cuidado para pacientes com doença de Parkinson; 2) identificar as barreiras e facilitadores na implementação do serviço; 3) analisar a implementação e propor alternativas para expansão do serviço na instituição estudada¹³.

MÉTODOS

O presente estudo considerou os domínios: Características da Intervenção, Cenário Externo, Cenário Interno e Processo, abrangendo 34 construtos e subcontratos. O caminho da pesquisa está ilustrado na Figura 1.

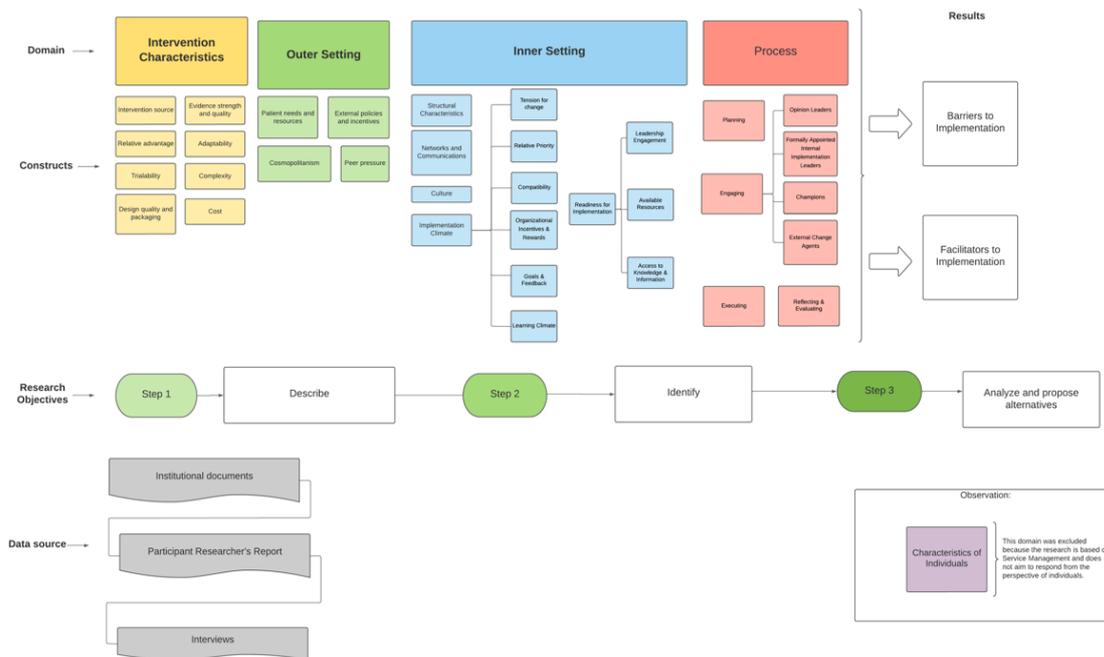


Figura 1: Diagrama do caminho da pesquisa.

Foram incluídos 35 colaboradores envolvidos com o PMP, a partir da lista disponibilizado pela instituição. Os critérios de elegibilidade foram: membros inseridos na metodologia que antecedeu o PMP, função de líder ou participante ativo em alguma etapa do projeto, e membro do PMP no novo formato, conforme caracterizado na Figura 2.

Procedures for Data Collection and Analysis

Semi structured Interview

Elegibility Criteria:

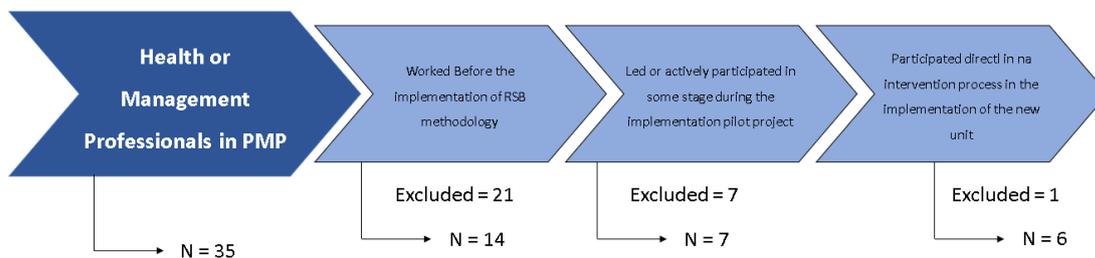


Figura 2. Filtro de elegibilidade da amostra.

Para recrutar a sequência dos entrevistados, foi enviado um convite online aos funcionários que atendessem aos critérios de elegibilidade do estudo para agendamento de entrevistas, entre dezembro de 2021 e fevereiro de 2022, com duração média de uma hora. O pesquisador principal aplicou todas as entrevistas. Os entrevistados não conheciam as questões da pesquisa e foram orientados a manter o sigilo. Os membros não sabiam os nomes dos entrevistados.

As entrevistas foram gravadas presencialmente ou por meio da plataforma Zoom após obtenção do consentimento dos participantes. A transcrição foi feita literalmente, em MS Word. O roteiro da entrevista foi classificado em cinco temas principais, totalizando 23 questões e comentários gerais livres. Os temas e seus respectivos números de questões foram distribuídos entre: Caracterização do desempenho no programa e participação na sua implementação; Organização assistencial; Implementação e consolidação do programa; Sustentabilidade financeira; Perspectivas e expansão do programa^{2,3,10}.

No acervo também foram utilizados documentos produzidos pelo CCG, como materiais institucionais, materiais de divulgação e informações públicas em sites e redes sociais. Após autorização, um cuidador foi designado e treinado para preencher o formulário de coleta de dados. Os dados foram disponibilizados via Google Drive e categorizados em: Planos; Plano de ação; Minutos de encontros; Fluxos de atendimento e/ou documentos formais da gestão do Programa; Protocolos e Orientações Assistenciais e/ou Institucionais (Protocolos de admissão, avaliações e divulgação de resultados); Relatório de resultados do Programa Multiprofissional em DP; Materiais de divulgação (redes sociais, site, apresentações institucionais).

Os registros feitos pela pesquisadora sobre o PMP foram utilizados como material de pesquisa. Além das anotações do pesquisador feitas ao longo da implementação do programa, fotos, anotações e e-mails foram utilizados como informações que poderiam ajudar a descrever a implementação a partir dos construtos do CFIR. Inicialmente, foram utilizados os dados documentais e os registros do pesquisador para cumprir o primeiro objetivo do estudo de descrever a implementação do PMP, seguindo as questões norteadoras definidas pelo CFIR.

Então, para cumprir o segundo objetivo, foi possível identificar lacunas de informação na descrição do processo de implementação associadas aos construtos de análise. A partir das lacunas identificadas, foram estabelecidas questões baseadas no modelo de análise CFIR do Interview Guide Tool e tradução do Interview Guide Tool (ver: <https://cfirguide.org/guide/app/#/>), para o roteiro de entrevista semiestruturada. Após esta etapa, as entrevistas foram realizadas com gestores e profissionais de saúde vinculados à organização para explorar suas percepções sobre o processo de implementação do PMP.

Para análise das entrevistas, foi entregue aos entrevistados um código para transcrever as gravações, definido como E1-E6. Após a transcrição, conforme definição, os trechos mais relevantes foram destacados em tabela Excel para análise das barreiras e facilitadores por construtos. A partir dos dados

analisados, foram identificadas as características alavancadoras dos facilitadores ou sugeridas ações para superar os obstáculos à implementação da inovação do PMP na organização, seguido da avaliação do grau de relevância dos construtos durante a implementação, adaptado do modelo de acordo com Tabela 1 cumprindo o terceiro objetivo deste estudo¹⁴.

Tabela 1. Critérios por grau de evidência.

Classificação	Critério Principal
Barreira muito clara	O construto é uma influência negativa na organização, uma influência impeditiva nos processos de trabalho e/ou um efeito impeditivo nos esforços de implementação.
A barreira não é muito evidente	A influência negativa é mencionada apenas de passagem, sem exemplos ou evidências de descrições reais e concretas de como esta construção se manifesta.
Neutro (não é uma barreira clara ou facilitador para implementação)	Parece ter efeito neutro (puramente descritivo) ou é apenas mencionado genericamente sem valência; nenhuma evidência de influência positiva ou negativa; os entrevistados se contradizem.
Habilitador de baixa clareza	A influência positiva é mencionada apenas de passagem, sem exemplos ou evidências de descrições reais e concretas de como esta construção se manifesta.
Facilitador muito claro	O construto é uma influência positiva na organização, um impacto facilitador nos processos de trabalho e/ou uma influência facilitadora nos esforços de implementação.

RESULTADOS

A análise da implementação do PMP no CCG, utilizando os construtos propostos pelo modelo CFIR, permitiu identificá-los, conforme Tabela 2.

Tabela 2. Resumo da classificação dos construtos em barreiras, neutros e facilitadores.

Seis barreiras muito óbvias	Quatro barreiras não muito evidentes	Sete construtos neutras	Oito facilitadores pouco claros	Nove facilitadores muito óbvios
------------------------------------	---	--------------------------------	--	--

Custo	Complexidade	Pressão dos colegas	Cosmopolitismo	Fonte de intervenção
Política externa e incentivos	Características estruturais	Tensão por mudança	Cultura	Força e qualidade da evidência
Redes e comunicação	Vantagem relativa	Incentivos e recompensas organizacionais	Clima de implementação	Vantagem relativa
Metas e feedback	Refletindo e Avaliando	Prontidão para implementação	Compatibilidade	Adaptabilidade
Planejamento		Líderes de opinião	Clima de aprendizagem	Testabilidade
		Líderes de implementação internos formalmente nomeados	Acesso ao conhecimento e informação	Qualidade de design e embalagem
		Campeões	Noivado	Necessidades e recursos do paciente
			Agentes de mudança externos	Engajamento da liderança
			Executando	Recursos disponíveis

Os construtos foram alocados em uma matriz por domínios para melhor visualizar a classificação das barreiras e facilitadores e permitir a identificação dos construtos que podem dificultar a implementação em questão (Figura 3). Observa-se a ausência de construtos classificados como muito evidentes no domínio processo e considerados fundamentais para uma implementação eficaz.

	Not Very Evident	Very Clear	
Barriers	Complexity	Cost	Intervention characteristics
		External policy & incentives	External setting
	Structural characteristics Relative advantage	Goals and Feedback Networks & communication	Internal scenario
	Reflecting & Evaluating	Planning	Processes
Constructs		Intervention source Relative advantage Evidence strength & quality Adaptability Design quality & packaging Trialability	Intervention characteristics
	Cosmopolitanism	Patient needs & resources	External setting
	Implementation climate Learning climate Culture Compatibility Access to knowledge & information	Leadership engagement Available resources	Internal scenario
	Executing Engagement External change agents		Processes

Figura 3. Matriz de barreiras e facilitadores por domínios.

Quanto ao domínio “Características da intervenção”, foram identificados 6 facilitadores. Primeiramente, a fonte para a intervenção configura um benefício essencial para o PMP, pois se baseia em uma metodologia já utilizada para o tratamento especializado de pacientes com DP, a Rock Steady Boxing (RSB), a qual motivou o modelo e a busca por inovação do programa; nesse sentido, oito profissionais foram treinados e certificados na metodologia Rock Steady Boxing (RSB). Assim, a instituição tornou-se a primeira afiliada da América Latina a implementar o RSB. Somado a isso, o protocolo proposto pelo PMP é baseado em evidências científicas que apontam um benefício desse cuidado, como o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para a Doença de Parkinson (CPTG-PD), baseado em referências como a Organização Mundial

da Saúde (OMS). A vantagem desse projeto também se encontra na disponibilização de uma solução que foque na qualidade de vida do paciente com DP, buscando a melhora da qualidade de vida e de outros desfechos clínicos importantes nessa condição, e na adaptabilidade da intervenção, pois, durante o período de acompanhamento de 1 ano, os pacientes precisavam que a intervenção fosse adaptada, por meio da associação com abordagens da equipe multiprofissional, e essa mudança proporcionou uma maior integralidade do cuidado ao paciente. Por último, antes da implementação da RSB, foi realizado um teste piloto com um grupo de pacientes em uma unidade específica e os treinadores frequentaram semanalmente aulas específicas de boxe para que sua prática pudesse atender as necessidades dos pacientes com DP.

Nesse mesmo domínio, duas barreiras foram identificadas: a complexidade do projeto e os custos. Quanto ao primeiro, o cuidado multidimensional envolve profissionais comprometidos e novos modelos de assistência que possam compreender a complexidade da doença, o que torna gera uma maior dificuldade para a implementação desse projeto. Em relação ao segundo, não foi possível visualizar os registros para o custo para a implementação e a manutenção infraestrutura, permanecendo desconhecido.

Tratando-se do domínio “Cenário Externo”, foram identificados dois facilitadores. O primeiro se trata do entendimento das necessidades dos pacientes, em que os funcionários da instituição estudada receberam treinamento especializado em Gerontologia e certificação em Metodologia para DP, com conhecimentos específicos sobre o perfil do paciente e manejo dos sintomas da doença antes mesmo da implementação da inovação. O segundo se relaciona ao cosmopolitismo, pois a ligação com a instituição americana da RSB possibilita o compartilhamento de informações, como as orientações recebidas pela instituição e uma relação de troca de experiências, para promover o melhor cuidado ao paciente com DP e com conhecimentos prévios em Gerontologia. Uma barreira foi identificada, a ausência de políticas e incentivos externos que favoreçam a implementação dessa inovação. Porém, no PMP PCDT, há apoio internacional da OMS para sua¹⁵. Embora existam evidências da importância dos serviços integrados para DP, não foi possível observar iniciativas estratégicas na instituição estudada¹⁶.

Em relação ao cenário interno da instituição, esta possui uma área específica para aplicação do RSB e integração com software direcionado ao Serviço 60+ da instituição para registro de informações no sistema. Tudo isso favorece a implementação. Porém, são observadas limitações para expansão devido à centralização de ações e decisões para o PMP, dificultando a administração em outros polos. O centro também possui um canal de comunicação e software de informações assistenciais, por onde são feitos encaminhamentos entre as equipes interdisciplinares. A maior parte das discussões é sobre casos clínicos e adequações do programa com base nos resultados de suas avaliações. Todas as reuniões são formalmente documentadas com atas e disponibilizadas à liderança. Porém, os processos formais e as comunicações não acompanham a velocidade das mudanças que ocorrem na instituição, gerando alguns problemas na eficácia da comunicação interna. Por fim, a instituição apresenta um cenário favorável a implementação do projeto, por possuir

valores consolidados de promoção de ações de cuidado, assim como uma maturidade técnica ao longo da experiência de implementação do PMP

Em última análise, o domínio “Processos”, que se refere a implementação do programa, apresentou 3 pontos principais, como barreiras e facilitadores entre eles. O planejamento para a implementação favorece o desenvolvimento do programa, sobretudo com o treinamento dos profissionais em RSB, a implantação de um projeto piloto e a organização da unidade específica; entretanto, nas outras fases do projeto não foi possível identificar um planejamento formal, as necessidades foram percebidas e ajustadas conforme a implantação. Da mesma forma, o ambiente favorável e o engajamento dos executores do projeto facilitaram o processo de implementação do PMP.

DISCUSSÃO

A pesquisa apontou um alinhamento sólido como facilitador no domínio das características da Intervenção, o que contribuiu para a adoção da implementação. No domínio do cenário interno, o comprometimento da liderança do CCG foi um construto bastante evidente, e a equipe multiprofissional com conhecimento técnico prévio sobre gerontologia destacou-se nos recursos disponíveis para construir. Neste sentido, a cultura e o clima de uma organização são altamente influenciados pela sua liderança; a forte relação entre os construtos de cenários internos é porque eles podem influenciar uns aos outros¹⁷.

Assim, a combinação dos domínios das características da Intervenção e do cenário interno indica que a formulação da inovação ocorreu em um ambiente favorável à sua implementação. Novas construções devem ser incluídas no uso do CFIR em países de baixa e média renda para características de intervenção e ambientes domésticos¹⁸.

Para as características da intervenção, a inclusão do construto de escalabilidade, que visa compreender como a implementação pode ser otimizada para que os componentes principais da intervenção sejam replicados, e o construto de sustentabilidade, que visa capturar a probabilidade de uso continuado do programa com resultados desejáveis para a população¹⁸. Além disso, estas duas novas construções encorajarão os investigadores a explorarem-nas como determinantes. A escalabilidade e a sustentabilidade nortearam a construção desta pesquisa e indicaram que são temas relevantes para a ciência da implementação.

Os autores sugerem também a inserção do construto características da equipe para o domínio do cenário interno, com o objetivo de incluir a análise dos papéis das equipes, dos fluxos de trabalho e da alocação de responsabilidades e explicar as normas de práticas hierárquicas presentes nesses países. Outro construto sugerido seria a eficácia coletiva para explicar crenças compartilhadas e sua capacidade de atingir objetivos comuns de implementação¹⁷.

No que diz respeito ao domínio processo, observamos a ausência de construtos classificados como facilitadores muito evidentes, e este domínio envolve quatro atividades fundamentais consideradas relevantes para uma implementação eficaz¹²⁻¹³.

Verificou-se que o construto Metas e feedback foi uma barreira bastante evidente pela ausência de uma definição clara do que a organização espera dos envolvidos com o PMP. Da mesma forma, a construção de rede e comunicação carece de canais para comunicar e documentar formalmente as decisões. A compreensão das questões de implementação fornece informações que ajudam a conceber e melhorar estratégias para garantir que as intervenções sejam implementadas com fidelidade e, assim, a sua eficácia possa ser medida com confiança¹⁰.

Para o domínio do cenário externo, constatou-se que a construção da Política externa e incentivos foi uma barreira muito evidente devido à ausência de elementos e mecanismos direcionados para incentivar a implementação do PMP ou mesmo a sua manutenção. No entanto, este componente crítico pode promover ou impedir que prestadores, organizações e sistemas de saúde desenvolvam, implementem e sustentem inovações nas suas práticas organizacionais¹⁹.

Outro ponto de reflexão é adicionar um domínio no modelo CFIR denominado características de sistemas²⁰, que visa permitir uma análise da compatibilidade entre sistemas e implementação. Além disso, a sustentabilidade percebida pode ser condicionada pela capacidade de adaptabilidade da intervenção e pela forma como está satisfaz as necessidades locais ao longo do tempo. Isto pode ajudar a resolver a ambiguidade dos determinantes externos à organização e a compreender os fatores contextuais da hierarquia do sistema de saúde que interferem nas configurações internas e externas.

Por fim, para o domínio Características da intervenção, uma barreira muito evidente à implementação do PMP no CCG identificada neste estudo foi o construto Custo. Segundo os investigadores²⁰, além de conhecer o custo da intervenção, que é assumido a partir da utilização de um recurso novo ou adicional, a organização precisa de ter em mente os custos de implementação da intervenção separadamente. Um dos principais achados da pesquisa foi a necessidade de dimensionamento do Custo do programa e o desconhecimento dos respondentes sobre esse construto que pode afetar diretamente a sustentabilidade da intervenção, bem como sua eficiência e uso adequado.

A partir da análise dos facilitadores e barreiras são apresentadas propostas que buscam conferir maior sustentabilidade ao programa na instituição. Em relação aos Custos, propõe-se mensurar previamente a necessidade de recursos financeiros porque o programa requer uma equipe multidisciplinar altamente especializada e uma infraestrutura adaptada para realizar as atividades propostas, bem como orientar a sustentabilidade do programa e facilitar sua replicação em outras configurações. Nesse sentido, também é fundamental considerar novos formatos de remuneração assistencial da equipe assistencial, que vão além do tradicional pagamento pela produção (taxa de serviço)²¹.

Quanto à política externa e incentivos, sugere-se a consolidação do serviço como referência na rede de saúde na região amazônica, o que poderá auxiliar na organização sistêmica da oferta de tratamento e possíveis fontes abertas de financiamento para o PMP. Além de adotar novos modelos de remuneração para cuidados de longa duração, a organização deve auxiliar com dados e informações sobre a eficácia das soluções propostas para doenças como DP, SUS e saúde suplementar.

Para networking e comunicação, é necessário estabelecer contatos formais sobre decisões estratégicas de liderança relativamente a cargos e responsabilidades e garantir uma comunicação eficaz a todos os níveis hierárquicos da instituição.

Desde o planejamento da implementação, pretende-se criar estratégias sistematizadas de monitoramento das Metas e feedback. Além disso, sistematizar o monitoramento de dados quantitativos e qualitativos para medir resultados clínicos e resultados financeiros em comparação com outros modelos. Por fim, divulgar o acompanhamento dos resultados para a gestão e assistência para apoiar a tomada de decisão.

Em relação ao Planejamento, recomenda-se formalizar o planejamento sequencial com ações, prazos, custos e responsabilidades. Além disso, a necessidade de sistematizar, desde a fase de planejamento, as métricas e metas de implementação, para que seja possível mensurar sua eficácia.

A presente pesquisa teve algumas limitações críticas. Destacamos a utilização exclusiva de dados qualitativos sobre o processo de mudança sem análise dos produtos e resultados do programa investigado. Além disso, destaca-se o viés de análise do pesquisador, implicado com o objeto estudado. Embora tenham sido tomadas medidas mitigadoras, nem sempre foram suficientes para eliminar o viés de análise do pesquisador.

CONCLUSÃO

Implementar um modelo de cuidado para pacientes com DP é um desafio contemporâneo. A pesquisa na Amazônia brasileira, utilizando a ciência da implementação no modelo de análise proposto, permite elaborar esses fatores contextuais e oferecer soluções que atendam às demandas de cuidado vivenciadas pelas organizações do sistema de saúde.

Ao identificar as barreiras e facilitadores na implementação do serviço, foi possível perceber que o domínio dos processos, tanto na ausência de planejamento formal, comunicação ou metas estabelecidas, poderia ter sido mais eficaz e presente. Mesmo outras áreas podem interferir na sua sustentabilidade a longo prazo, tais como a ausência de políticas e incentivos externos e de conhecimento sobre o custo do programa proposto.

Nas alternativas propostas para expansão do serviço na instituição estudada, propõe-se um modelo que supere barreiras e uma ferramenta que possa

orientar e orientar a implementação de novas soluções. Mais pesquisas que confirmem esses achados são essenciais e podem ocorrer em diferentes fases de implementação para garantir os efeitos dos construtos do CFIR e viabilizar a implementação de um modelo de cuidado inovador.

Para estudos futuros, recomenda-se novas pesquisas com análise comparativa e verificação de desfechos clínicos para confirmar ou não os efeitos de viabilidade e sustentabilidade de um programa de cuidado, identificando mais detalhes sobre a relação dos construtos e suas associações com o sucesso da implementação para DP pacientes.

REFERÊNCIAS

1. Dorsey ER, Sherer T, Okun MS, Bloem BR. The Emerging Evidence of the Parkinson Pandemic. *J Parkinsons Dis.* 2018; 8:S3–S8.
2. Bloem BR, Okun MS, Klein C. Parkinson's disease. *Lancet.* 2021; 397: 2284–2303.
3. Vaughn CP, Prizer LP, Vandenberg AE, Goldstein FC, Trotti LM, et al. A Comprehensive Approach to Care in Parkinson's Disease Adds Quality to the Current Gold Standard. *Mov Disord Clin Pract.* 2017; 4:743–749.
4. Rajan R, Brennan L, Bloem BR, Dahodwala N, Gardner J et al. Integrated care in parkinson's disease: a systematic review and meta-analysis. *Mov Disord.* 2020; 35:1509–1531.
5. van der Marck MA, Bloem BR. How to organize multispecialty care for patients with Parkinson's disease. *Parkinsonism Relat Disord.* 2014; 20 Suppl 1:S167–S173.
6. Radder DLM, Nonnekes J, van Nimwegen M, Eggers C, Abbruzzese G, Alves G, et al. Recommendations for the Organization of Multidisciplinary Clinical Care Teams in Parkinson's Disease. *J Parkinsons Dis.* 2020; 10:1087–1098.
7. Llibre-Guerra JJ, Prina M, Sosa AL, Acosta D, Jimenez-Velazquez IZ, et al. Prevalence of parkinsonism and Parkinson disease in urban and rural populations from Latin America: A community based study. *Lancet Reg Health Am.* 2022; 7:100136.
8. Kirk MA, Kelley C, Yankey N, Birken SA, Abadie B, Damschroder L. A systematic review of the use of the Consolidated Framework for Implementation Research. *Implement Sci.* 2016; 11:72.
9. Goldani MZ, Mosca PRF, Portela AK, Silveira PP, Silva CH. The impact demographic and epidemiological transition in the health of children and adolescents in Brazil. *Clin Biomed Res.* 2012; 32:49-57.

10. Holmes JA, Logan P, Morris R, Radford K. Factors affecting the delivery of complex rehabilitation interventions in research with neurologically impaired adults: a systematic review. *Syst Rev.* 2020; 9:1-17.
11. Peters D, Tran NT, Adam T. Implementation research in health: a practical guide [Internet]. Geneva: World Health Organization. 2013.
12. Damschroder LJ, Hagedorn HJ. A guiding framework and approach for implementation research in substance use disorders treatment. *Psychol Addict Behav.* 2011; 25:194-205.
13. Damschroder LJ. Clarity out of chaos: Use of theory in implementation research. *Psychiatry Research.* 2020; 283:112461.
14. Damschroder LJ, Aron DC, Keith RE, Kirsh SR, Alexander JA, et al. Fostering implementation of health services research findings into practice: a consolidated framework for advancing implementation science. *Implementation Science.* 2009; 4.
<https://implementationscience.biomedcentral.com/articles/10.1186/1748-5908-4-50>.
15. World Health Organization. World report on ageing and health. Geneva: World Health Organization. 2015.
16. Damschroder LJ, Lowery JC. Evaluation of a large-scale weight management program using the consolidated framework for implementation research (CFIR). *Implementation Science.* 2013; 8:8-51.
17. Fernandez ME, Walker TJ, Weiner BJ, Calo WA, Liang S, Risendal, B. et al. Developing measures to assess constructs from the Inner Setting domain of the Consolidated Framework for Implementation Research. *Implementation Science.* 2018; 13
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29587804/>.
18. Means AR, Kemp CG, Gwayi-Chore MC, Gimbel S, Soi C, Sherr K, et al. Evaluating and optimizing the consolidated framework for implementation research (CFIR) for use in low- and middle-income countries: a systematic review. *Implementation Science.* 2020; 15.
<https://implementationscience.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13012-020-0977-0>
19. Hinde J, Bray J, Kaiser D, Mallonee, E. The influence of state-level policy environments on the activation of the Medicaid SBIRT reimbursement codes. *Addiction.* 2017; 112:82–91.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28074562/>
20. Gold HT, McDermott C, Hoomans T, Wagner TH. Cost data in implementation science: categories and approaches to costing. *Implementation Science.* 2022; 17.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35090508/>

21. Counte MA, Howard SW, Chang L, Aaronson W. Global Advances in Value-Based Payment and Their Implications for Global Health Management Education, Development, and Practice. *Frontiers in Public Health*. 2019; 6.
<https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpubh.2018.00379/full>
-

Recebido: 17 de outubro de 2024. **Aceito:** 19 de dezembro de 2024

Correspondência: Cauã Leal. **E-mail:** caualeal2003@gmail.com

Conflito de Interesses: os autores declararam não haver conflito de interesses

© This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited