

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE FARMÁCIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS FARMACÊUTICAS**

Protocolo Clínico para a Atenção Básica do SUS: análise dos conflitos
e harmonias na percepção dos profissionais médicos

Dissertação apresentada por **Fábio José da Silva**
para obtenção do GRAU DE MESTRE em Gestão
da Assistência Farmacêutica.

Orientador: Prof. Dr. Sotero Serrate Mengue

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE FARMÁCIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS FARMACÊUTICAS**

Protocolo Clínico para a Atenção Básica do SUS: análise dos conflitos e harmonias na percepção dos profissionais médicos

FÁBIO JOSÉ DA SILVA

PORTO ALEGRE, 2004

Dissertação apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas da Universidade Federal do Rio Grande do Sul e aprovada em 13 de Janeiro de 2005, pela Comissão Examinadora constituída por:

Prof. Dr. Paulo Mayorga Borges

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Prof. Dr. Ronaldo Bordin

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Dr. Airton Stein

Fundação Faculdade de Ciências Médicas de Porto Alegre

S586p Silva, Fábio José da

Processo de alteração do protocolo clínico: qual a percepção dos profissionais sobre este processo/ Fábio José da Silva - Porto Alegre: UFRGS, 2004. – ix, 67 p.: il., gráf., tab.

Dissertação (mestrado profissionalizante). UFRGS. Faculdade de Farmácia. Programa de Pós-graduação em Ciências Farmacêuticas.

1. Protocolos clínicos 2. Assistência farmacêutica. I. Men-
gue, Sotero Serrate. II. Título.

CDU: 615.15

Bibliotecária responsável:

Margarida Maria C. F. Ferreira –CRB 10/480

Sumário

INTRODUÇÃO	1
JUSTIFICATIVA	4
OBJETIVOS	6
Objetivo geral	6
Objetivos específicos	6
REVISÃO	7
Aspectos gerais	7
Construção e composição dos protocolos	9
Implantação	14
MÉTODO	21
Escolha dos respondentes	21
Instrumento de coleta de dados	21
Planejamento da análise	24
Determinação dos conflitos	26
RESULTADOS	27
Comentários sobre os resultados	46
Limitações do estudo	53
Implicações	47
CONCLUSÃO	56
Anexo	
Anexo 1: Questionário	55
Anexo 2: Respostas das questões abertas	58

Lista de Tabelas

Tabela 1: Frequência de emprego dos protocolos pelos respondentes _____	27
Tabela 2: Respostas dos profissionais quanto a intenção de alterar a estrutura dos protocolos _____	31
Tabela 3: Frequência e percentual das características enumeradas quanto a necessidade de existência em um protocolo _____	32
Tabela 4: Relação entre as cinco características necessárias a um protocolo com maior % e classificação destes em primeiro lugar em importância e total _____	33
Tabela 5: Frequência e percentual com que cada característica foi classificada pelos respondentes em função do grau de importância _____	34
Tabela 6: Classificação das características em função do escores _____	34
Tabela 7: Relacionamento entre as frequências das respostas dos participantes em função da adequação do protocolo a realidade local e a necessidade de alteração _____	36
Tabela 8: Frequência e percentual com que cada característica foi classificada pelos respondentes para o grupo dos que responderam “concordo com partes” tanto para adequação do protocolo a realidade local como a alteração do protocolo na unidade básica _____	37
Tabela 9: Frequência e percentual com que cada característica foi classificada pelos respondentes para o grupo dos que responderam diferente de “concordo com partes” tanto para adequação do protocolo a realidade local como a alteração do protocolo na unidade básica _____	38
Tabela 10: Percentual e escores das características classificadas por no mínimo 50% ou uma vez em primeiro lugar pelos integrantes dos grupos <i>concordo com partes</i> e <i>diferente de concordo com partes</i> _____	40

Tabela 11: Conflitos que se encontram relacionados as sete características que mais se destacaram na opinião dos participantes _____ 41

Tabela 12: Número de vezes que cada conflito é referenciado pelas principais características, soma do número de vezes que cada conflito foi escolhido pelos participantes _____ 42

Lista de Quadros

Quadro 1: Os dois diferentes componentes de qualquer diretriz _____	12
Quadro 2: Nomenclatura usada para as questões três e seis e suas subdivisões _____	23
Quadro 3: Lista das características utilizadas para conhecer os conflitos dos protocolos _____	24
Quadro 4: Questão aberta 3-2 citações feitas pelos profissionais que discordam totalmente quanto aos protocolos ficarem fora da realidade da unidade _____	29
Quadro 5: Citações dos profissionais que concordaram parcialmente que “Os protocolos precisam ser alterados pelos profissionais da rede básica” _____	30
Quadro 6: Citações dos profissionais que discordam totalmente que “Os protocolos precisam ser alterados pelos profissionais da rede básica”, para ambos os municípios _____	31
Quadro 7: Citação dos participantes que classificaram vontade política como a primeira característica em importância na questão cinco, para ambos os municípios _____	35
Quadro 8: Citação dos participantes que classificaram vontade política como a quinta característica em importância na questão cinco, para ambos os municípios _____	36

Lista de Figuras

Figura 1: Contexto dos protocolos clínicos _____	10
Figura 2: Respostas dos participantes em percentual quanto ao protocolo estar fora da realidade _____	28
Figura 3: Percentual de resposta dos profissionais na quanto ao protocolo precisar ser alterado _____	30
Figura 4: Classificação percentual da característica "Vontade política do gestor em implantar o protocolo" na questão cinco _____	39

Abreviaturas

SUS – Sistema Único de Saúde

NOB - Norma Operacional Básica

NOAS - Normas Operacionais da Assistência à Saúde

WHO (OMS) - World Health Organization

UBS - Unidades Básicas de Saúde

NAEPP – National Asthma Education and Prevention Program

Resumo:

Objetivos: Descrever a opinião dos profissionais médicos que trabalham em unidades de atenção primária do Sistema Único de Saúde, dos municípios de Ponta Grossa – PR e Cuiabá - MT, com relação ao que estes apontam como importantes e, assim, compor a percepção destes profissionais sobre os conflitos e harmonias a que os protocolos clínicos usados na atenção primária estão expostos, quando levados para dentro da unidade. **Método:** Este trabalho é um estudo de caso do tipo levantamento realizado nos municípios de Ponta Grossa – PR e Cuiabá – MT, através de um questionário composto por perguntas abertas e fechadas. **Resultados e Conclusões:** As principais características apontadas pelos participantes são: Clareza nos passos a serem seguidos; Facilidade na consulta e compreensão; Capacidade da unidade em realizar as recomendações perante as demais atividades já existentes”; Vontade política do gestor em implantar o protocolo; Presença de mecanismos que permitam o acompanhamento e verificação da evolução do caso; Dificuldade em se mudar uma rotina que já existe há muito tempo no local; e Atividades econômicas do público que será atendido. De acordo com as características os protocolos estão expostos a todos os conflitos dos Cs Cessantes, sendo, para os participantes, os mais importantes o Custo e o Cerceamento. Os cerceamentos mais citados são: Comportamentais, Tradicionais e Autoritários. **Palavras-chaves:** 1- Protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas na atenção primária, 1.1- Conflitos e harmonia dos protocolos na percepção dos Médicos; 1.2- Aspectos teóricos da implantação, 2. Assistência farmacêutica.

Abstract:

Objectives: To describe the opinions of medical professionals who work in primary care units of the Brazilian National Health System (SUS) in the municipalities of Ponta Grossa (Paraná) and Cuiabá (Mato Grosso), with regard to what they consider to be important, and thus to compile these professionals' perceptions regarding the conflicts and points of convergence to which the clinical protocols used in primary care are exposed, when taken into the unit. **Method:** This work was a case study of survey type, carried out in the municipalities of Ponta Grossa (Paraná) and Cuiabá (Mato Grosso) by means of a questionnaire composed of open and closed questions. **Results and Conclusions:** The main characteristics indicated by the participants were: clarity in the steps to be followed; ease of consulting and comprehension; capacity of the unit to carry out the recommendations, in the light of its other activities that already exist; administrators' political will to implement the protocol; presence of mechanisms that allow follow-up and verification of the evolution of cases; difficulty in changing routines that have already existed in that location for a long time; and the economic activities of the population that will be attended. According to these characteristics, the protocols are exposed to all the conflicts of “Killer Bs”. The most important of these for the participants were the “Bargains” and “Barriers”. The “barriers” most cited were traditional and authoritarian and behavioral. **Key words:** 1- Clinical protocols and therapeutic directives in primary care, 1.1- Doctors' perceptions of conflicts and points of convergence in protocols; 1.2- Theoretical aspects of implementation, 2. Pharmaceutical attendance.

INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) passa por um processo de ampla discussão, em virtude das ações serem, hoje, altamente assistencialistas. De acordo com Silva, a permanência dessa característica ocorre principalmente através das Normas Operacionais Básicas (NOB) e das Normas Operacionais da Assistência à Saúde (NOAS) ^[1].

A Política Nacional de Medicamento, através da Portaria 3916 de 30/10/1998 do Ministério da Saúde, aprovada pela Comissão Intergestores Tripartite e pelo Conselho Nacional de Saúde, representa um avanço dentro do cenário da assistência farmacêutica no Brasil, este documento traz como diretrizes: adoção de relação de medicamentos essenciais, regulamentação sanitária de medicamentos, reorientação da assistência farmacêutica, promoção do uso racional de medicamentos, desenvolvimento científico e tecnológico, promoção da produção de medicamentos, garantia da segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos, desenvolvimento e capacitação de recursos humanos ^[2].

Com a descentralização das ações de atenção à saúde, que ocorreu nos últimos anos, algumas demandas passaram a fazer parte do cenário de gestão dos municípios. Entre elas está a assistência farmacêutica, no que se refere à programação e aquisição de medicamentos da farmácia básica e à programação dos medicamentos estratégicos e prioritários. Diante deste cenário, múltiplas foram as alternativas de organização adotadas pelos municípios da federação, também no que se refere ao seu

nível de estruturação ^[3]. Recentemente alguns municípios e estados têm utilizado protocolos como ferramenta de organização dos serviços.

Os protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas são ferramentas que orientam o serviços de saúde, que pode ser um hospital, um unidade de atenção primária ou sistema de saúde, e envolvem aspectos da epidemiologia, da prevenção, do diagnóstico, do tratamento medicamentoso ou não, do acompanhamento ao paciente e dos problemas decorrente do tratamento. São elaborados considerando as características intrínsecas e extrínsecas à atividade que se está tentando implantar.

Historicamente, no setor de saúde pública do Brasil, têm se instituído normas e regulamentos técnicos para o setor, apesar da sua adesão ser obscura. A Secretaria de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul emitiu, em 1972, uma análise institucional e programação de atividades para o período de 1972-1974. Nela, há relatos da utilização de “instruções e normas”, desde 1946, para o serviço de Tuberculose, destacando que as normas devem ser simplificadas para se tornarem fáceis de se executar rotineiramente ^[4].

Foram observadas as normas técnicas utilizadas por gestores públicos no Brasil, nas quais pode ser percebido que, em sua maioria, elas são elaboradas por um grupo de profissionais da área de saúde e editadas na forma de portarias, ou instituídas por estas, ficando aparente o seu caráter impositivo. Entretanto, ao que parece, esta característica não lhe assegura a adesão ^{[4] [5] [6] [7] [8] [9] [10]}.

Em contraposição ao caráter impositivo, o que se destaca é a dificuldade de implantar essa ferramenta, fator que leva a reconsiderar a estratégia de implantação utilizada até o momento. Assim, torna-se necessário que se vislumbrem, outras formas de implantação.

Outra estratégia de implantação utilizada no Brasil é a de financiamento direto do medicamento, como é o caso do programa Hiperdia. Segundo Formoso, Liberati e Magrini, este tipo de estratégia não é vista como muito apropriada por profissionais da Itália ^[11]. Para a realidade do SUS, ela necessita de uma avaliação mais crítica, pois pode estar desviando o foco para a questão medicamentosa, enquanto o protocolo abrange uma maior diversidade de ações.

No decorrer do tempo, ocorreram várias alterações nas normas técnicas utilizadas pelo setor de saúde pública no Brasil, o que fez com que perdessem a estrutura de lei e a elas fossem incorporados mais recursos didáticos, como: quadros e fluxogramas, fichas de acompanhamento fármaco-terapêutico e guia de aconselhamento ao paciente. Esses e outros recursos passam a ser aglomerados em uma ferramenta, denominada Protocolo Clínico, resultando em uma considerável evolução no que diz respeito à estrutura e à nomenclatura ^[12].

Nas publicações do Ministério da Saúde é possível encontrar protocolo clínico tanto para a atenção básica como para os níveis de média e alta complexidade. Estes são utilizados como ferramentas de auxílio ao clínico, de uniformização no atendimento e de apoio a programação de insumos.

Os protocolos são ferramentas que podem otimizar recursos; no entanto, para que eles cumpram este objetivo, as estratégias de implantação precisam ser bem-desenvolvidas. No Brasil a estratégia mais usada é a distribuição do material às unidades de saúde e o financiamento direto do insumo. No entanto pouco se sabe sobre a eficácia destas estratégias, das alterações que os protocolos sofrem na prática diária, assim como das barreiras enfrentadas por estes.

JUSTIFICATIVA

Os uso dos protocolos clínicos passa por um processo de expansão no Brasil dentro da estrutura do SUS, principalmente com os objetivos de melhorar a qualidade dos serviços de atenção da saúde, e de racionalizar a aplicação dos recursos. Podendo ser encontrado material desenvolvido tanto para a atenção primária, como para a alta complexidade. O que torna a temática abordada relevante, atual e em pleno processo de implantação, no SUS.

No SUS também é utilizada a estratégia do financiamento direto do insumo medicamento, esta no entanto, não é muito indicada ^[11], sendo assim precisa ser bem avaliada, pois podem desviar o foco da atenção apenas para a área financiada.

A adesão aos protocolos ainda é um campo pouco explorado no SUS, já que não se conhece o quanto das práticas presentes nos protocolos são efetivamente incorporadas à rotina, nem se a implantação do protocolo é custo-efetiva. Tampouco se sabe sobre os conflitos que são enfrentados, quando levados para as unidades para serem usados na rotina.

Conhecer a opinião dos profissionais médicos da atenção básica a saúde que atuam no SUS, fornecem informações que subsidiam trabalhos posteriores de análise de estratégias, e na própria elaboração dos protocolos assim como na sua implantação. Desta forma auxiliando tanto os gestores estaduais como o nível federal na elaboração de diretrizes para o setor saúde.

A avaliação dos conflitos e harmonias dos protocolos clínicos dentro do SUS, percebido pelos profissionais médicos das Unidades Básicas, possibilita que se inicie uma discussão sobre a sua utilização dentro deste sistema, proporcionando a observação da relação entre a estratégia de utilizar protocolos clínicos para a atenção básica, e as diretrizes do SUS. Considerando nesta discussão os diversos níveis de gestão e a sua autonomia gestora.

OBJETIVOS

Objetivo geral

Descrever os principais conflitos envolvendo protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas, segundo os profissionais médicos que trabalham em Unidades Básicas de Saúde (UBS) das redes municipais de Ponta Grossa – PR e Cuiabá – MT.

Objetivos específicos

1. Descrever a frequência de emprego do protocolo nas UBS dos municípios em questão;
2. Descrever a percepção quanto à adequação à realidade local e a necessidade de alteração dos protocolos existentes pelos profissionais das unidades básicas;
3. Descrever as características consideradas importantes em um protocolo;
4. Identificar os conflitos e harmonias existentes na aplicação dos mesmos em uma UBS.

REVISÃO

O protocolo é uma ferramenta que ajuda na decisão do clínico, sendo útil aos sistemas de saúde, que hoje se deparam com um número crescente de avanços tecnológicos e científicos. Assim este deve maximizar o aproveitamento dos recursos, principalmente dos sistemas de saúde públicos, nos quais o financiamento é finito ^[13], procurando propor o melhor princípio a ser aplicado na prática, com base na melhor evidência ^{[13][14][15]}, assim como proporcionar a aplicação de avanços eficazes à prática diária ^[16].

Esta ferramenta possui um papel importante na reestruturação das práticas dos serviços de saúde, por procurar melhorar a qualidade e reduzir custos ^[16]. No Brasil dentro da estrutura do SUS, a utilização do protocolo possui tanto o objetivo de racionalizar o uso dos recursos, como o de ajudar na decisão do clínico propondo o melhor princípio. O auxílio na tomada de decisão tem, em outros países, contribuído para o incremento no número de publicações nos últimos 10 anos ^[16].

Aspectos gerais

Desenvolver um protocolo exige conhecimento sobre a realidade onde esta ferramenta será implantada ^{[17][18]}. É preciso saber que diversos fatores estão presentes na construção dos protocolos, tais como, de forma geral: a influência de crenças e conhecimentos do indivíduo, a organização econômica e comunitária do paciente e a organização do sistema de atenção à saúde ^{[15][19]}.

Os protocolos podem ser tanto elaborados como obtidos em diversos tipos de instituições. Todavia, quando eles não são elaborados no local, precisam ser adaptados à situação local, levando-se em conta, por exemplo, as políticas locais de financiamento, de atenção à saúde ou a disponibilidade pronta de testar métodos ^[16].

A Organização Mundial da Saúde (OMS) publicou recentemente o documento “Drug And Therapeutics Committees: A practical guide” que, de acordo com o seu prefácio, foi elaborado para os níveis elevados de atenção à saúde, principalmente hospitalar. Esse material aponta a utilização do “Guia Padrão de Tratamento” como uma das formas de propiciar o uso racional de medicamentos ^[20].

O documento da OMS (2004) ^[20] compara algumas vantagens e desvantagens, tanto para o desenvolvimento como para a adoção e adaptação de protocolos, sendo importante que os Comitê de Droga e Terapêutica as considerem na hora de escolher a estratégia de implantação dos Guias Padrão de Tratamento. O que em uma tradução livre seria:

- Desenvolvimento: como vantagens, tem-se uma rotina com grandes propriedades locais e aceitação; a desvantagem é que para se elaborar este tipo de documento são necessários muito tempo e recursos.
- Adoção e adaptação: a vantagem é que essas estratégias são cômodas e rápidas, porém resultam em baixas propriedades locais e de aceitação.

Os protocolos clínicos são recursos que podem ser usados como fonte de disseminação de informações, porém os profissionais médicos ainda preferem outras fontes de informações ^[11]. Assim, uma série de cuidados são necessários na construção do protocolo, para que este seja aceito nos serviços da unidade.

Construção e composição dos protocolos

O protocolo clínico apresenta variação de nomenclatura e estrutura. O Ministério da Saúde desenvolveu para os medicamento de alto custo, uma série de protocolos clínicos, os quais apresentam uma estrutura simples e de fácil compreensão, consulta e visualização.

Estes protocolos de alto custo, estão compostos de cinco módulos: diretrizes terapêuticas, termo de consentimento informado, fluxogramas de tratamento de dispensação, ficha fármaco-terapêutica e guia de orientação ^[12]. Cada um destes módulos possuem as seguintes características ^[12]:

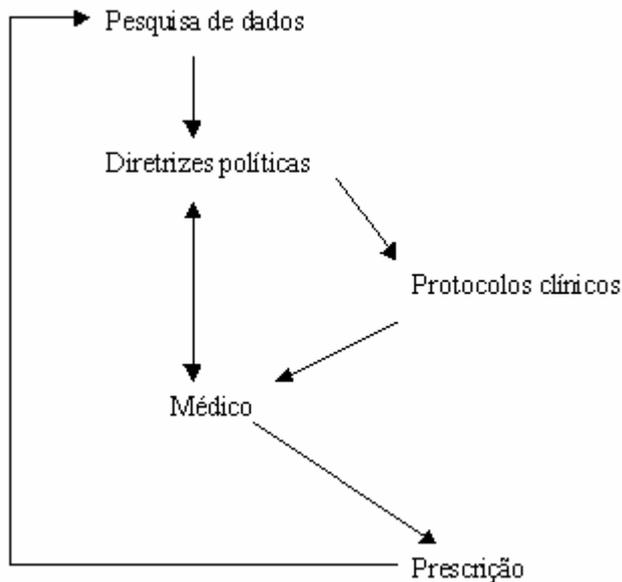
1. No módulo Diretrizes Terapêuticas são dispostos, de forma geral, aspectos do diagnóstico e tratamento;
2. Com o objetivo de envolver o comprometimento tanto do médico como do paciente, este documento traz o módulo Termo de Consentimento Informado, no qual se encontram informações sobre o benefício e possíveis riscos, assinado pelo médico e paciente;
3. Os Fluxogramas de Tratamento representam graficamente os passos envolvidos no manejo do paciente e as etapas a serem seguidas pelos farmacêuticos a partir do momento que o paciente solicita o medicamento;
4. A Ficha Fármaco-terapêutica subsidia um maior controle do tratamento estabelecido, facilitando a detecção de reações adversas,

interações medicamentosas, contra-indicações, que possam surgir no decorrer do tratamento.

5. A guia de orientação ao paciente fornece informações sobre o medicamento ao paciente.

A construção de protocolos é uma tarefa que exige recursos tanto humanos como financeiros ^[20]. São necessárias extensas revisões dos artigos publicados, uma atualização constante das evidências ^[17] ^[20], avaliações sobre o impacto do protocolo na melhoria do atendimento, considerando os costumes locais da comunidade, a prática atual no local e a organização do sistema de saúde ^[13] ^[17].

Figura 1: Contexto dos protocolos clínicos



Fonte: NATSCH, S., MEERY, J. W. M. van der. The role of clinical guidelines, policies and stewardship. Tradução livre.

Quando se elabora um protocolo, é necessário considerar para quem está sendo elaborado e com que finalidade, procurando considerar as opiniões dos seus futuros usuários ^[16]. Segundo Natsch e Meery ^[16], a influência dos futuros usuários se faz tanto através do retorno direto de informação a quem elabora, como de dados advindos das receitas, conforme figura 1.

O grupo que desenvolve o protocolo deve ser capaz de retirar a melhor evidência e interpretá-la, tendo em vista o conhecimento que ele tem do sistema de saúde ^[23], envolvendo uma equipe multiprofissional ^{[19] [12] [14]}.

A construção do protocolo deve considerar uma série de aspectos intrínsecos e extrínsecos à atividade que se está tentando implantar. Observando os aspectos envolvidos na construção do protocolo, o que se percebe é que as dimensões que envolvem os conflitos são as esferas: política, organizacional do sistema, técnico-profissional, social, econômica e estrutural da ferramenta. Essas dimensões, por sua vez, se inter-relacionam de forma a compor o cenário no qual se encontram os “Cs Cessantes” descritos abaixo por Sackett ^[21].

A composição do protocolo divide-se em: evidência e recomendação ^{[14] [15]}. A evidência é obtida através da revisão da literatura ^[17], e a recomendação é reflexo das características sociais e econômicas da cidade e diretrizes do sistema de saúde ^[13] ^{[15] [17] [22]}.

Sackett propôs dois componentes aos protocolos, “Componente evidência” e “Componente instrução detalhada” (Quadro 1). Composição coerente com a do parágrafo anterior, mas com, a recomendação sendo parte do componente “instrução detalhada”. Ele ainda remete à responsabilidade de garantir o item evidência ao nível nacional, atribuindo ao nível local a responsabilidade de gerar o segundo componente ^[21].

Quadro 1: Os dois diferentes componentes de qualquer diretriz

	Componente evidência	Componente instrução detalhada
Aspectos mais importantes.	Aqui está o efeito típico da intervenção diagnóstica, de tratamento e prevenção no paciente típico.	Aqui está exatamente o que fazer para/com esse paciente.
Exigências básicas.	Validade. Importância. Atualização.	Relevância local.
Especialidades necessárias para a execução deste componente.	Biologia humana, ciência clínica, consumo, busca em banco de dados, epidemiologia clínica, bioestatística.	Experiência clínica, valores regionais dos pacientes, prática atual no local, geografia local, economia local, sociologia local, política local e tradição local.
Local onde o componente deve ser originado.	Nacional ou internacional.	Local.
Forma de aplicação.	Níveis de evidência.	Grau de recomendação, instruções detalhadas, fluxogramas, protocolos (talvez informatizados).

Fonte: retirado de Sackett; David L. Medicina Baseada em Evidências: Prática e ensino, 2003 .

Sackett divide os fatores que podem influenciar os conflitos e alterar a harmonia do protocolo com a realidade local, a que ele chama de “Cs Cessantes”, definidos como ^[21]:

- *A Carga* da doença na comunidade. Não se devem criar protocolos para doenças de pouca ocorrência ou com desfechos raros.
- *A Crença* dos pacientes individuais ou da comunidade sobre o valor das intervenções. Deve-se cuidar para não criar rotinas de difícil aceitação pela comunidade ou por grande parte dos indivíduos;
- *Os Custos* de implementação desse protocolo devem estar apoiadas no bom uso das verbas da instituição ou da comunidade. As recomendações não podem entrar em conflito com a política de aplicação dos recursos da comunidade;
- *Os Cerceamentos* insuperáveis para a implantação do protocolo no nosso paciente ou na nossa comunidade. Neste item há não só as preferências, mas as limitações da comunidade e do indivíduo. Os cerceamentos, por sua vez, estão divididos em seis partes, que o autor define como sendo ^[21]:

- Geográficos – quando a intervenção não está disponível na comunidade, ou as características geográficas do local impedem a viabilização;
- Organizacionais – quando o serviço não está organizado na estrutura física ou administrativa para atender à rotina protocolada;
- Tradicionais – são as dificuldades encontradas para se mudarem as rotinas existentes nas comunidades;
- Autoritários – podem ser tanto do ponto de vista da ordem para que se proceda de uma forma específica, como em relação à dificuldade de se alterar uma rotina existente;
- Legal – é o medo de abandonar uma prática comum no local, mesmo que esta seja improdutiva ou inadequada, e sofrer com isso processos judiciais;
- Comportamentais – estão relacionados com as falhas na aplicação das diretrizes por parte dos profissionais ou pelo não-cumprimento das recomendações por parte do paciente.

Quatro perguntas são sugeridas por Sackett para identificar os Cs cessantes presentes nos protocolos, com o intuito de avaliar a sua viabilidade ao serviço, ao paciente, ao hospital ou à comunidade. São elas: “A Carga da doença (frequência na sua comunidade, probabilidade pré-exame do paciente, taxa esperada do evento no paciente [TEEP]) é muito baixa para garantir a implantação?”; “As Crenças dos pacientes individuais ou da comunidade sobre o valor das intervenções ou suas

consequências são compatíveis com a diretriz?”; “Os Custos do implemento dessa diretriz são oportunos ou consistem em mau uso das verbas da instituição ou da comunidade?”; “Os Cerceamentos (geográficos, organizacionais, tradicionais, autoritários, legais e comportamentais) são tão grandes que não vale a pena superá-los?”^[21].

Natsch e Meery^[16] citam que Cabana et al. identificaram sete categorias gerais de barreiras em três áreas, que seriam: o conhecimento, a atitude e o comportamento. As barreiras por áreas são:

1. Conhecimento – falta de conhecimento ou falta de familiaridade;
2. Atitudes – falta de acordo, falta de eficácia da pessoa, falta de expectativa do resultado e a inércia gerada pela prática já utilizada;
3. Comportamento – barreiras externas, que podem estar relacionadas com o protocolo, com o paciente ou com o ambiente.

É natural que no processo de desenvolvimento dos protocolos, estes sejam avaliados criticamente pelos potenciais usuários^[14]. Esta afirmação, no conjunto do que foi observado até o momento, traz para a discussão aspectos que indicam a possibilidade dos protocolos serem adaptados, e dá a base para que estes sejam alterados nos municípios, principalmente por parte dos profissionais da rede básica de saúde.

Implantação

Quando se constrói um protocolo procura-se reduzir as diferenças entre os

conhecimentos advindos de uma pesquisa e a aplicabilidade das informações na prática diária do serviço ^[23] ^[16]. Assim, o objetivo final do protocolo clínico é conseguir a melhoria na qualidade do atendimento.

A estratégia implantação deve ser desenhada para assegurar que ocorram mudanças na prática diária. Protocolos que não são compatíveis com as normas e valores existentes no local, que requerem novos conhecimentos e habilidades para sua execução, enfrentam maiores resistências no momento da implantação ^[23] ^[16].

Grimshaw fez uma revisão sistemática sobre os métodos de implantação de protocolos existentes em seis bancos de dados, e seus achados foram ^[13]:

1. Comumente são trabalhos que avaliam a simples intervenção com lembretes, distribuição de material educativo, auditoria e feedback, obtendo melhores resultados o que utilizou lembretes como estratégia de implantação;
2. As evidências de que estratégias de disseminação e implantação sejam eficazes são imperfeitas, principalmente quanto à ligação existente entre o incremento de novas práticas com a implantação do protocolo, isso porque o protocolo não é a única ferramenta que pode incluir uma rotina nova à prática diária;
3. Há pouca quantidade de estudos de custo-efetividade para a implantação do protocolo, principalmente aqueles que analisam o custo de elaboração e implantação, considerando a sua capacidade de mudar a prática. A maioria dos trabalhos analisa o custo da rotina protocolada, sem incluir nesta análise a melhor estratégia a ser usada

na implantação e o quanto vai ser gasto com ela.

Diversas são as estratégias usadas na implantação de protocolos, incluindo desde a educação até a divulgação por meio de material informativo. No Brasil as estratégias mais utilizadas pelo Ministério da Saúde para os materiais da atenção básica são: a divulgação por meio da publicação, o financiamento direto do insumo medicamento e o treinamento.

A implantação do protocolo será mais bem-sucedida quanto maior for a participação de todos os envolvidos no processo ^[24]. O envolvimento do profissional no processo de implantação pode acontecer através de atividades educativas, favorecendo a mudança no comportamento de profissionais ^{[19] [25]}. No entanto, para que ela possua uma maior efetividade, deve estar voltada para os conflitos locais existentes ^{[19] [21]}.

O protocolo que não sofre uma avaliação crítica do que é necessário à sua implantação permanece como um exercício teórico ^[16]. Por mais cuidadoso que seja o desenvolvimento de uma rotina de última geração, se esta não alcançar os usuários e convencê-los a cumpri-la, terá pouca influência no incremento da qualidade dos cuidados. Isso porque fatores como normas sociais, ética, regulamentos, motivação pessoal, capacidade do sistema de suportar a demanda, assim como problemas específicos do paciente, afetam o seu uso na prática diária ^[16].

A análise crítica do protocolo, objetivando a identificação dos conflitos ^[19] ^[21], é uma forma de envolver os profissionais ^{[14] [16] [22]}. A utilização das estratégias de auditoria clínica e revisão prática são formas de organizar o sistema, de maneira que a auditoria clínica reduza os conflitos deste com a prática, enquanto a revisão prática permite uma retroalimentação com informações oriunda do usuário. Esta estrutura permite avaliar a qualidade das rotinas disponíveis no sistema ^[22]. Este tipo de

atividade envolve o profissional e pode resultar em aumento da adesão, porém, para estas estratégias serem viabilizadas, é preciso criar orientação sobre a estrutura do protocolo e separar no protocolo, para cada procedimento, o nível de recomendação e de evidência.

As orientações devem conter a composição do protocolo, as escalas usadas para se classificar a evidência e a recomendação, as características de cada componente do protocolo e a sugestão de como elaborar o fluxograma de tratamento e de diagnóstico, assim como as fichas de acompanhamento fármaco-terapêutico.

A indicação do nível de evidência e de recomendação possibilita ao profissional da atenção primária conhecer a qualidade do procedimento indicado, a evidência e a recomendação do que está sendo disponibilizado ao paciente. Desta forma, tornar acessível ao clínico as informações a respeito do procedimento ^[14].

Um atributo necessário para que se tenha a aderência ao desenvolvimento de um novo protocolo, assim como para a adoção de um já existente, é verificar se estes são desenvolvidos considerando método validado cientificamente, clinicamente relevante e aplicável à prática ^[16].

Alguns atributos contribuem muito fortemente à não-adesão tais como: presença de controvérsias, incompatibilidade com os valores atuais, indefinição ou recomendação vaga e recomendações que exijam mudanças de rotinas existentes. Situações como a alta rotatividade de profissionais e sobrecarga de atividade podem dificultar a aceitação, uma vez que os profissionais podem não se lembrar da rotina e executar aquelas com que estão mais familiarizados ^[16].

De acordo com Eccles e Grimshaw ^[17], fatores relacionados à complexidade

do protocolo ou do serviço, compatibilidade da rotina com a realidade local e a necessidade de novas habilidades à execução podem promover ou inibir o uso de um protocolo clínico.

A estratégia de incentivo financeiro direto à implantação precisa ser analisada, para não desviar o foco do protocolo para uma determinada área em função do financiamento. O estímulo econômico direto como forma de fomentar a implantação não é visto como apropriado, enquanto incentivos não-monetários e de infra-estrutura são tidos como mais recomendados. Os incentivos não-monetários constam de assinatura de revistas especializadas e participações em congressos. Já os de infra-estrutura são os equipamentos, estrutura física e melhoria organizacional do serviço ^[11].

A disseminação de protocolos informatizados tem despertado grandes interesses. São geralmente lembretes que possibilitam fornecer informações sobre a situação vivenciada em um paciente específico; no entanto, este modelo deve ser visto com cautela ^[17].

Disponibilidade dos protocolos clínicos

A tarefa de obtenção do protocolo clínico configura-se como uma etapa fundamental à estratégia de implantação desta ferramenta. Esta tarefa teve um ganho significativo com o advento da Internet, onde uma grande quantidade de informações passa agora a estar disponível, disseminando também os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas.

O incremento no número de protocolos publicados ocorreu paralelamente ao aumento de vias de publicação, havendo, no momento, páginas especializadas neste

tipo de ferramenta, como por exemplo: National Guideline Clearinghouse (<http://www.guideline.gov/>); a neozelandesa New Zealand Guidelines Group (<http://www.nzgg.org.nz/library.cfm>); além das páginas em espanhol do Fisterra (<http://www.fisterra.com/>); e da Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica (<http://www.seimc.org/>) e o Ministério da Saúde do Brasil.

Foram encontradas também guias informatizadas para computadores de mão, como as oferecidas pelo National Institutes of Health (http://hin.nhlbi.nih.gov/as_palm.htm), para o tratamento da asma, baseadas no trabalho Expert Panel Report 2: Guidelines for the Diagnosis and Management of Asthma, do National Asthma Education and Prevention Program (NAEPP).

É possível obter protocolos advindos de instituições de classe, hospitais, universidades, órgãos governamentais, entre outros ^[21]. Desta forma, há uma vasta diversidade de intenções envolvidas nos protocolos existentes, o que acaba por gerar uma riqueza enorme de informação. Assim, é importante observar de forma exaustiva a fonte de informação a ser usada, na tentativa de identificar quais os interesses envolvidos no protocolo, não perdendo de vista o objetivo do que se está elaborando ^[21].

Quando se pesquisam protocolos clínicos deve-se considerar a variedade de nomenclatura para designá-los, porém todas as ferramentas possuem a intenção de ajudar o clínico no diagnóstico e tratamento do paciente ^{[26] [27]}. O termo “protocolo clínico” frequentemente apresenta uma inter-relação com os termos “guia”, “padrão”, “algoritmo” e “plano para cuidado do paciente” ^[28]. Bruce cita a definição dada por Tomson aos protocolos, que seria: Guias adaptados a circunstâncias locais para contornar condições específica da população onde este será utilizado ^[28].

Dessa forma, em função da consistência na nomenclatura, estrutura e

composição, dos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas para os medicamentos excepcionais do Ministério da Saúde do Brasil ^[12], convencionou-se usar a mesma nomenclatura utilizada nestas publicações.

MÉTODO

Escolha dos respondentes

Os profissionais que participaram da pesquisa são médicos que trabalham em unidades básicas de saúde do SUS, de acordo com a disponibilidade daqueles que quiseram participar.

Os questionários foram distribuídos em dois municípios, Cuiabá, em Mato Grosso, e Ponta Grossos, no Paraná. A escolha dos municípios se deu em função da facilidade de acesso do pesquisador ao município, e observando o número de habitantes e a modalidade de gestão. O questionário foi aplicado no período de agosto a setembro de 2004.

O município de Ponta Grossa possui ao todo 130 postos de saúde e 14 unidades de saúde da família, num total de 144 unidades de atenção básica na sua gestão ^[29]. Cuiabá possui 3 postos de saúde 36 centros de saúde e 21 unidades de saúde da família num total de 60 unidades de atenção básica na sua gestão ^[29].

Instrumento de coleta de dados

Neste trabalho é utilizado um questionário (anexo 1) que foi baseado em dados recolhidos anteriormente no município de Barra do Bugres –MT.

Em Cuiabá – MT os questionários foram distribuídos nas unidades pelo próprio pesquisador, onde após dois a três dias este retornava para recolher. Em Ponta Grossa – PR, a distribuição contou com a ajuda de um contato dentro da secretaria, o qual distribuiu as unidades por meio da farmácia municipal, sendo utilizada a mesma via para o recolhimento.

A ferramenta questionário estava dividida em três partes com as seguintes intenções: 1- obter a frequência com que o respondente emprega o protocolo; 2- descrever a percepção do respondente sobre a adequação dos protocolos a realidade local e a necessidade de serem alterados pelos profissionais das unidades básicas; 3- coletar as características que eles julgam importantes em um protocolo.

A primeira parte, com a intenção de conhecer a frequência de uso do protocolo, era composta por duas perguntas: 1) Utiliza algum protocolo clínico ou diretriz terapêutica?; 2) Se sim, com que frequência? Para a questão as opções de respostas foram sim ou não.

A segunda parte buscava investigar a percepção dos respondentes diante dos protocolos, quanto a estes, de uma forma geral, estarem fora da realidade local e se havia a constatação de que precisavam ser alterados pelos profissionais das unidades básicas de saúde. Contidas nas questões três e seis, ambas, divididas em duas outras, sendo uma delas questão aberta. Nesta os participantes manifestaram a sua opinião com mais clareza e detalharam melhor a sua opinião.

Para facilitar a exposição dos dados referentes a percepção do participante sobre os protocolos estarem fora da realidade local, e precisarem ser alterados pelos profissionais das unidades básicas, as afirmações das questões três e seis foram resumidas conforme está no quadro 3.

Quadro 2: Nomenclatura usada para as questões três e seis e suas subdivisões

Quest.	Nomenclatura	Afirmativa completa
3	De forma geral, ficam fora da realidade das unidades.	Tradicionalmente, os protocolos são feitos em grandes centros por especialistas e ficam longe da realidade das unidades de atenção primária à saúde.
3-1a	Ficam fora da realidade das unidades, por serem feitos nos grandes centros.	Que tradicionalmente, os protocolos são feitos nos grandes centros, então estes ficam longe da realidade das unidades.
3-1b	Ficam fora da realidade das unidades, por serem feitos por especialista.	Que tradicionalmente, os protocolos são feitos por especialistas, logo por pessoas que conhecem a patologia, mas desconhecem a realidade das unidades.
3-1c	Os protocolos ficam fora da realidade das unidades.	Que tradicionalmente, os protocolos ficam longe da realidade das unidades de atenção primária à saúde.
6	De forma geral, os protocolos precisam ser alterados.	Os protocolos precisam ser alterados nos municípios, pelos profissionais das unidades básicas de saúde, para se tornarem adequados à realidade das unidades.
6-1a	Os protocolos precisam ser alterados nos municípios.	Que os protocolos precisam ser alterados nos municípios, para se tornarem adequados à realidade das unidades.
6-1b	Os protocolos precisam ser alterados pelos profissionais da rede básica.	Que os protocolos precisam ser alterados nos municípios, pelos profissionais das unidades básicas de saúde.

A terceira parte procurava identificar as características que os profissionais apontavam como importante dentro de um protocolo para, a partir delas, mostrar a opinião dos participantes quanto aos conflitos mais importantes a que os protocolos estão expostos quando utilizados nas unidades básicas. Esta relação esta exposta no quadro 2. Para desenhar esta opinião, foram utilizadas as questões quatro e cinco, cujos enunciados são respectivamente: “Marque com um X os itens abaixo que julga serem necessários a um protocolo”; “Escolha 5 dos onze itens da questão 4 e ordene do maior para o menor grau de importância, de acordo com a sua opinião”.

Quadro 3: Lista das características utilizadas para conhecer os conflitos dos protocolos

Itens na questão quatro	Conflitos
Clareza nos passos a serem seguidos.	Tradicionais e Comportamentais.
Facilidade na consulta e compreensão.	Tradicionais e Comportamentais.
Capacidade da unidade em realizar as recomendações perante as demais atividades já existentes.	Custo e Comportamentais.
Vontade política do gestor em implantar o protocolo.	Custo e Autoritária.
Presença de mecanismos que permitam o acompanhamento e verificação da evolução do caso.	Tradicionais e Comportamentais.
Experiência clínica.	Tradicionais e Comportamentais.
Fatores geográficos, como a distância do município e o local onde é realizado o procedimento.	Custo, Geográficos, Comportamentais e Organizacionais.
Dificuldade em se mudar uma rotina que já existe há muito tempo no local.	Tradicionais, Legais e Comportamentais.
Atividades econômicas do público que será atendido.	Geográficos, Comportamentais e Tradicionais
Reação favorável ou não dos pacientes ou da comunidade diante do que está sendo protocolado.	Crença e Comportamentais.
Doença deve ter grande ocorrência na comunidade.	Carga.

Na questão sete, foi solicitado que escolhessem, dentro de uma lista de itens que estão presentes nos protocolos, o que gostariam de alterar. Sendo os itens: Guia (checklist) padrão de bolso, formulário de informação para o paciente, fichas de avaliação do paciente, o elenco de medicamento, os recursos diagnósticos e fluxo do tratamento.

Planejamento da análise

Para se determinar as características mais importantes na opinião dos participantes, observaram-se alguns parâmetros como: coincidência entre as principais características na questão quatro e cinco, classificação da alternativa como de maior importância na questão cinco, classificação geral das características na questão cinco, determinação de grupos com opiniões diferentes, e as opções mais importantes na

questão cinco em cada um dos grupos. Estes critérios foram aplicados com a seguinte dinâmica:

1- foram identificadas as características que cinquenta por cento ou mais dos participantes assinalaram na questão quatro, para, em seguida, compará-los com os das respostas da questão cinco;

2- foram observadas, na questão cinco, as ocorrências de características que pudessem indicar a presença de grupos com opiniões diferentes;

3- foram usados os discursos das questões abertas para se obter uma melhor caracterização dos grupos que apareceram nas respostas da questão cinco;

4- foram selecionados os itens mais importantes em cada grupo, de acordo com o seguinte critério: características marcadas por pelo menos um indivíduo como sendo de maior importância na questão cinco e/ou por cinquenta por cento ou mais dos participantes como estando de um a cinco em importância;

5- foram considerados como importantes as características selecionadas em cada grupo, que apareceram em ambos os grupos ou; que obteve escores maior que 2,5 tanto no grupo como no total da questão, e que acima de 50% dos componentes do grupo tenham optado pela característica.

Na classificação dos conflitos foi utilizada uma escala de escores na qual o primeiro em importância possuía peso 5, diminuindo até o peso 1 para o quinto em importância.

Determinação dos conflitos

Através da ligação das características mais importantes aos conflitos, presentes na questão quatro, foram determinadas as barreiras a que os protocolos estão expostos quando são usados nas unidades básicas de acordo com o quadro 4.

A ligação das características aos conflitos acontece da seguinte forma: quando o profissional indica quais características são mais importantes de se observar, elas remetem a uma série de conflitos relacionados. Assim se afirma que na opinião dos respondentes estes são os conflitos a que os protocolos estão expostos. A partir das características relevantes, obtêm-se quais são os conflitos mais importantes.

A importância dos conflitos foi determinada ao se somar o número de respondentes que escolheu cada uma das opções na questão quatro. Estes números foram então acumulados por conflito.

RESULTADOS

Em Cuiabá, foram distribuídos 39 questionários e recolhidos 22, o que corresponde a 56% de resposta. Na cidade de Ponta Grossa foram entregues 18, e 9 foram respondidos, o que corresponde a 50% de resposta..

Dos questionários distribuídos, foi obtido um total de 31 participantes, sendo em Cuiabá 22 (17%) e em Ponta Grossa 9 (29%). Não houve uma diferença entre as respostas dadas pelos participantes de ambos os municípios.

As respostas das questões abertas foram usadas para delinear melhor a opinião dos participantes. Dos 31 participantes, 48% fizeram citações nas 3 questões discursivas, que se encontram em anexo.

Tabela 1: Frequência de emprego dos protocolos pelos respondentes

Variável	n.	%
Emprego do protocolo clínico		
Sim	26	84
Não	5	16
Frequência de uso		
Freqüentemente	19	73
Ocasionalmente	7	27
Raras Vezes	—	—

A figura 2, apresenta o perfil das respostas dos profissionais para as questões que se referem ao protocolo estar fora da realidade local, nestas questões ocorreram duas perdas, uma na questão “Fora da realidade das unidades, por serem feitos nos grandes centros”, e outra na “Os protocolos estão fora da realidade das unidades”. Estas perdas foram por falta de resposta do participante na questão, porém, suas respostas nas demais questões

forma computadas.

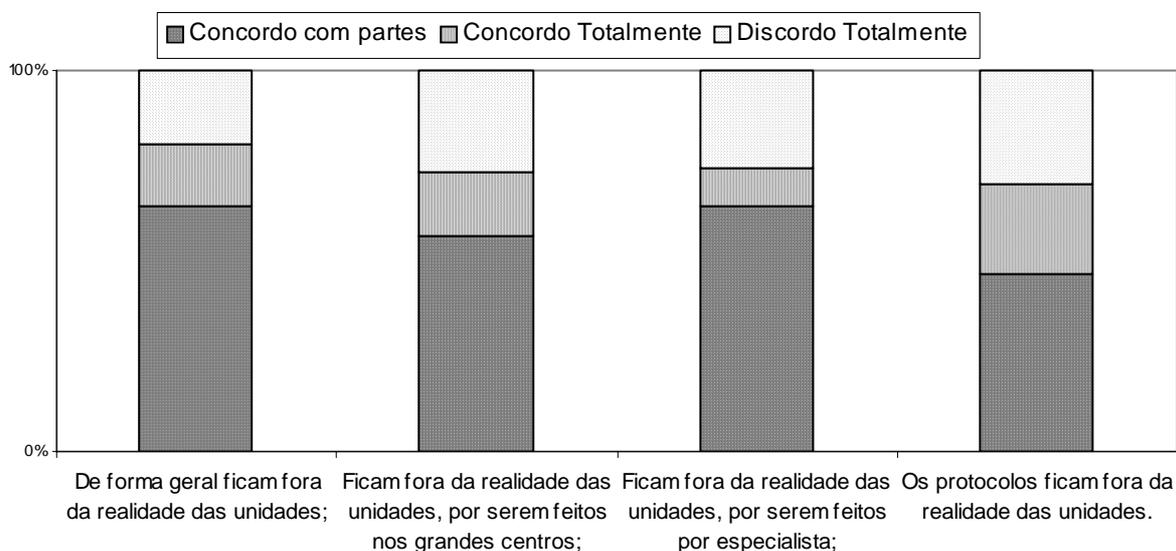


Figura 2: Respostas dos participantes em percentual quanto ao protocolo estar fora da realidade, em função do total de depoentes na questão, subdividido por questão

Nas três primeiras colunas há uma semelhança entre as opiniões dos participantes, sendo que a maioria destes permanecem na faixa de indiferença. No entanto, de uma forma geral as respostas apresentaram uma leve tendência para discordância de que os protocolos estejam fora da realidade, sendo que a maioria ficou na faixa de indiferença.

Assim, foram separados os indivíduos que disseram “discordar totalmente” para a coluna “Os protocolos ficam fora da realidade das unidades”, e localizados os discursos que eles fizeram na questão aberta.

Nos discursos, os profissionais reforçaram suas opiniões e relataram como problema para a implantação dos protocolos a carência de recursos – estrutura física, recursos diagnósticos, medicamentos, material ambulatorial - , assim como mostra no quadro 4. Um dos respondentes ainda remeteu a falta dos recursos à gerência local.

Quadro 4: Questão aberta 3-2 citações feitas pelos profissionais que discordam totalmente quanto aos protocolos ficarem fora da realidade da unidade, em ambos os municípios

Os protocolos são feitos de modo a padronizar o uso de medicamento no tratamento das doenças de forma correta, e as unidades podem perfeitamente segui-los; há, no entanto, a gerência local que não oferece os recursos e materiais necessários (medicamentos).
Os protocolos são elaborados geralmente em grandes centros, baseados em estudos com grande amostragem e randomizados, com grupo-controle. Portanto, são considerados válidos para a nossa realidade.
<u>Consenso</u> – São guias produzidos / promovidos por entidades representativas de especialidades, compostos por autoridades científicas e acadêmicas com abrangência e ciência parcial dos problemas em nível primário. <u>Protocolos</u> - São diretrizes formuladas para orientar um restrito público de instituição / unidade de saúde (hospital, clínicas, secretarias), acerca de situações clínicas / procedimentos no âmbito destas instituições, para melhorar o índice de eficácia terapêutica e racionalização de custos.

Os resultados expostos no quadro 4 dão indícios de que a estratégia de se criarem protocolos nacionais pode estar gerando rotinas que conflitam com as prioridades políticas do município, dificultando a sua implantação, o que é condizente com a afirmação de que os protocolos devem considerar as necessidades locais ^[13] ^[21]
[18] [16] [14] [15] [17]

Na questão seis, foi captada a opinião dos profissionais quanto ao protocolo ser alterado no município. Os dados dessa questão estão apresentados na figura 3. Ao se analisar esta figura, percebe-se que na coluna “Os protocolos precisam ser alterados pelos profissionais da rede básica”, as seções: “concordo totalmente” e “concordo com partes”, são menores que na coluna “De forma geral os protocolos precisam ser alterados”. Neste gráfico pôde ser notado que a maioria dos participantes se manteve na faixa neutra, com uma leve inclinação para a discordância, principalmente na terceira coluna.

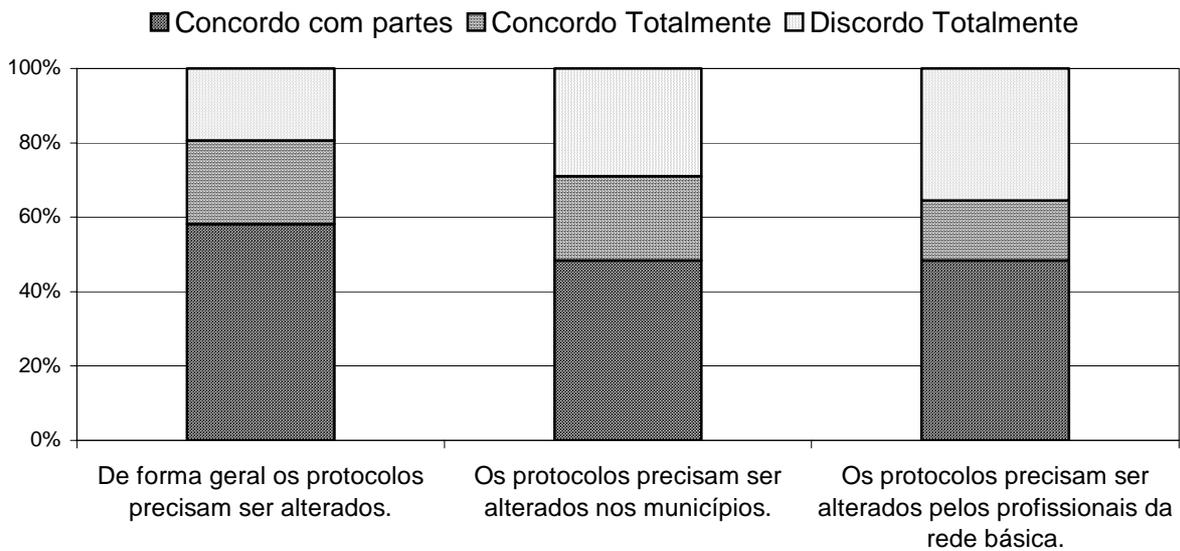


Figura 3: Percentual de resposta dos profissionais na quanto ao protocolo precisar ser alterado em ambos os municípios, por afirmativa e opção de resposta

Assim, para uma melhor visualização, foram separadas as respostas da questão aberta (questão 6-2) dos indivíduos que responderam “Concordo com partes” e “Discordo Totalmente” que “Os protocolos precisam ser alterados pelos profissionais da rede básica” (quadro 5 e 6).

Quadro 5: Citações dos profissionais que concordaram parcialmente que “Os protocolos precisam ser alterados pelos profissionais da rede básica”, para ambos os municípios (n=5)

Apesar de os Protocolos precisarem ser alterados, deve-se ter cuidado de manter a qualidade, ou seja, a mudança tem que ser bem cuidadosa, mais em relação ao fluxo ou aos exames solicitados pela atenção primária.
Os profissionais das unidades básicas devem participar da elaboração dos protocolos, mas sempre embasados em estudos maiores, científicos, oriundos de universidades idôneas, preferencialmente usando medicina baseada em evidência.
<i>Algumas recomendações dos protocolos não podem mudar em virtude da população a ser atendida, visto serem primordiais e necessárias.</i> <i>Acho que os profissionais das unidades básicas de saúde não precisam mudar os protocolos, mas precisam conhecê-los e, se possível, participar da sua elaboração.</i>
<i>A realidade local deve ser levada em consideração, sem deixar que o empirismo de qualquer profissional anule o cientificismo do protocolo.</i>
<i>Algumas vezes é necessário não seguir o protocolo por falta de recursos ou reconhecimento do protocolo pelos vários setores do município - almoxarifado com os medicamentos - recursos diagnósticos, exames laboratoriais e principalmente referência e contra-referência.</i>

As citações dos profissionais que concordaram parcialmente que a alteração deve ser feita pelos profissionais das unidades, fornece a informação de que eles se

preocupam em introduzir o “componente instrução detalhada”, sem alterar a evidência, e envolvendo os profissionais da rede básica, conforme o quadro 5.

No quadro 6 encontram-se as citações dos profissionais que disseram discordar totalmente que “Os protocolos precisam ser alterados pelos profissionais da rede básica”. E assim como no quadro 4, há queixas referentes à falta de condições para execução dos protocolos, principalmente quanto aos exames diagnósticos.

Quadro 6: Citações dos profissionais que discordam totalmente que “Os protocolos precisam ser alterados pelos profissionais da rede básica”, para ambos os municípios (n=3)

A não ser que existissem fatores que influenciassem na aplicabilidade do protocolo, o mesmo só deve ser mudado se não houver boa possibilidade da sua aplicabilidade. Não há necessidade de mudança do protocolo, a não ser que o município não dê condição para a sua aplicação.
Se é para ser alterado pelas Unidades Básicas de Saúde, não necessita de ‘protocolo’.
6.1.b – Precisamos ter condições operacionais para seguir os protocolos. Ex. HAS - protocolo prevê dosagem de microalbuminúria; o município não dispõe, mas é importante.

Tabela 2: Respostas dos profissionais quanto a intenção de alterar a estrutura dos protocolos em função de uma lista de componente estrutural, para ambos os municípios (n.=26)

Itens apresentados	n.	%
Recursos diagnósticos	22	85
Elenco de medicamentos	19	73
Fluxo de tratamento	16	62
Requisição de exame padrão	17	65
Formulário de informação para o paciente	12	46
Guia (checklist) padrão de bolso	4	15
Ficha de avaliação do paciente	7	27

Na Tabela 2, encontram-se as respostas dos participantes à questão 7: “Se você fosse convidado a participar de um grupo, responsável por alterar um protocolo clínico, quais itens abaixo você vê necessidade de alterar?”. Os mais citados foram

Recursos diagnósticos e Elenco de medicamentos. Nesta questão ocorreu uma perda de 5 questionários em função da falta de resposta.

Na tabela 3 tem-se o número de respondente em cada item da questão 4: “Marque com um X os itens abaixo que julga serem necessários a um protocolo”.

Nesta tabela, foi observado que 94% e 90% dos participantes marcaram respectivamente os itens “Clareza nos passos a serem seguidos” e “Facilidade na consulta e compreensão”. Enquanto os itens “Reação favorável ou não, dos pacientes ou da comunidade diante do que está sendo protocolado” e “Doença ter grande ocorrência na comunidade” foram respectivamente assinaladas por 35% e 32% dos respondentes.

Tabela 3: Freqüência e percentual das características enumeradas quanto a necessidade de existência em um protocolo (questão de escolha múltipla) (n.=31)

Resposta	n.	%
Clareza nos passos a serem seguidos.	29	94
Facilidade na consulta e compreensão.	28	90
Capacidade da unidade em realizar as recomendações perante as demais atividades já existentes.	27	87
Vontade política do gestor em implantar o protocolo.	26	84
Presença de mecanismos que permitam o acompanhamento e verificação da evolução do caso.	23	74
Experiência clínica.	15	48
Fatores geográficos, como a distância do município e o local onde é realizado o procedimento.	15	48
Dificuldade em se mudar uma rotina que já existe há muito tempo no local.	13	42
Atividades econômicas do público que será atendido.	12	39
Reação favorável ou não, dos pacientes ou da comunidade diante do que está sendo protocolado.	11	35
Doença deve ter grande ocorrência na comunidade.	10	32

Foram separadas as cinco características mais citadas na tabela 3, as quais foram comparadas com a classificação em primeiro grau de importância, que os participantes deram a estas características, compondo a tabela 4.

Tabela 4: Relação entre os cinco itens com maior % na questão quatro (características necessárias a um protocolo) e o % destes na questão cinco (classificação das características de maior para menor grau de importância), em primeiro lugar em importância e total do item, para ambos os municípios (n.=31)

Características	Questão 4		Questão 5			
	n.	%	Primeiro em grau de importância		Total	
	n.	%	n.	%	n.	%
Clareza nos passos a serem seguidos.	29	94	2	6	28	90
Facilidade na consulta e compreensão.	28	90	10	32	26	84
Capacidade da unidade em realizar as recomendações perante as demais atividades já existentes.	27	87	-	-	22	71
Vontade política do gestor em implantar o protocolo.	26	84	9	29	18	58
Presença de mecanismos que permitam o acompanhamento e a verificação da evolução do caso.	23	74	2	6	16	52

Na comparação entre os 5 itens mais citados na questão quatro e a classificação de maior importância na questão cinco, apenas um não é citado como de maior importância pelo menos uma vez na classificação das características. Este item é “Capacidade da unidade em realizar as recomendações perante as demais atividades já existentes”. Porém, ele fica como o terceiro item mais citado na questão cinco. Assim, esse item pode ser considerado como importante para os profissionais, como é mostrado na tabela 4.

Na tabela 5 foi separada, a classificação das características em grau de importância feita na questão 5 nos cinco níveis de classificação, o total de profissionais que responderam a esta questão foi de 31.

Tabela 5: Frequência e percentual com que cada característica foi classificada pelos respondentes em função do grau de importância, em ambos os municípios (n.=31)

Características	Primeiro	Segundo	Terceiro	Quarto	Quinto	Total
	n. %	n. %	n. %	n. %	n. %	n. %
Facilidade na consulta e compreensão.	10 32	7 23	2 6	5 16	2 6	26 84
Vontade política do gestor em implantar o protocolo.	9 29	3 10	1 3	1 3	4 13	18 58
Clareza nos passos a serem seguidos.	2 6	11 35	7 23	2 6	6 19	28 90
Presença de mecanismos que permitam o acompanhamento e verificação da evolução do caso.	2 6	4 13		7 23	3 10	16 52
Dificuldade em se mudar uma rotina que já existe há muito tempo no local.	2 6	4 13		1 3	1 3	8 26
Experiência clínica.	2 6	1 3	3 10	2 6	2 6	10 32
Atividades econômicas do público que será atendido.	2 6		1 3	1 3	2 6	6 19
Reação favorável ou não dos pacientes ou da comunidade diante do que está sendo protocolado.	1 3		3 10		2 6	6 19
Doença deve ter grande ocorrência na comunidade.	1 3		2 6		2 6	5 16
Capacidade da unidade em realizar as recomendações perante as demais atividades já existentes.		1 3	10 32	8 26	3 10	22 71
Fatores geográficos, como a distância do município e o local onde é realizado o procedimento.			1 3	2 6	2 6	5 16

Para uma melhor classificação das características importantes foi aplicada uma escala de escores, essa classificação em escores encontra-se na tabela 6.

Tabela 6: Classificação das características citadas pelos respondentes em função do escores

Características	Escores
Facilidade na consulta e compreensão	3,7
Vontade política do gestor em implantar o protocolo	3,7
Dificuldade em se mudar uma rotina que já existe há muito tempo no local	3,6
Clareza nos passos a serem seguidos	3,0
Experiência clínica	2,9
Atividades econômicas do público que será atendido	2,8
Presença de mecanismos que permitam o acompanhamento e verificação da evolução do caso	2,7
Reação favorável ou não, dos pacientes ou da comunidade diante do que esta sendo protocolado	2,7
Doença deve ter grande ocorrência na comunidade	2,6
Capacidade da unidade em realizar as recomendações perante as demais atividades já existentes	2,4
Fatores geográficos, como a distancia do município e o local onde é realizado o procedimento	1,8

A característica “*Vontade política do gestor em implantar o protocolo*” foi

classificada pelos participantes como um dos mais importantes segundo os escores da tabela 6. Na tabela 5 esta característica é a segunda mais importante no primeiro grau de importância, porém, no total geral, ele aparece como o quarto item mais citado na questão cinco. Isto possibilitou a divisão em dois grupos, um que acredita que este item é o que mais influencia, e outro que crê ser ele o que menos influencia, segundo a classificação de um a cinco.

Assim, com o intuito de melhor conhecer a opinião destes profissionais foram analisadas as questões abertas 3-2, 6-2 e 8, dos indivíduos que optaram por vontade política como a resposta à questão 5 para o primeiro e o quinto lugar em grau de importância. Com essa análise, as posições dos dois grupos se tornam mais aparentes, sendo que um coloca a vontade política como o principal item a influenciar na adesão ao protocolo, e outro procura dar ênfase à parte técnica, conforme os quadros 7 e 8.

Quadro 7: Citação dos participantes que classificaram vontade política como a primeira característica em importância na questão cinco, nas questões: 3-2, 6-2 e 8, para ambos os municípios (n.=7)

3-2) adequação dos protocolos a realidade local
<i>Em Cuiabá os médicos se reúnem, quinzenalmente, para discutirmos os protocolos e adaptá-los à nossa realidade.</i>
<i>Os protocolos são feitos de modo a padronizar o uso de medicamento no tratamento das doenças de forma correta, e as unidades podem perfeitamente segui-los; há, no entanto, a gerência local que não oferece os recursos e materiais necessários (medicamentos).</i>
<i>A meu ver o maior problema na implantação e manutenção dos protocolos clínicos é a falta de vontade política, assim como o suporte ou suplementação dos mesmos.</i>
6-2) necessidade de serem alterados pelos profissionais das unidades básicas
<i>Apesar de os Protocolos precisarem ser alterados, deve-se ter cuidado de manter a qualidade, ou seja, a mudança tem que ser bem cuidadosa, mais em relação ao fluxo ou aos exames solicitados pela atenção primária.</i>
<i>Algumas vezes é necessário não seguir o protocolo por falta de recursos ou reconhecimento do protocolo pelos vários setores do município - almoxarifado com os medicamentos - recursos diagnósticos, exames laboratoriais e principalmente referência e contra-referência.</i>
8) observações gerais sobre o que seja relevante aos protocolos clínicos
<i>Não creio que o problema dos protocolos se resolva com a sua alteração, mas sim na aceitação das equipes e o aprender utilizá-lo rotineiramente, seguirem o fluxograma adequadamente. Pois são de grande ajuda em situações diversas e poderiam melhorar a resolutividade da unidade e a satisfação do usuário.</i>
<i>Cada protocolo deve ser trabalhado individualmente, é uma questão de peculiaridades.</i>

O grupo do quadro 7 reforça a sua opinião quanto a falta de vontade política ser um dos conflitos importantes na implantação do protocolo, e aponta este como sendo uma das causas para a falta de insumos para viabilizar a aplicação do protocolo. No quadro 8 notamos que as citações estão voltadas para características técnicas dos protocolos, como a evidência clínica.

Quadro 8: Citação dos participantes que classificaram vontade política como a quinta característica em importância na questão cinco, nas questões: 3-2, 6-2 e 8, para ambos os municípios

3-2) adequação dos protocolos a realidade local
<i>Os protocolos são elaborados geralmente em grandes centros, baseados em estudos com grande amostragem e randomizados, com grupo-controle. Portanto, são considerados válidos para a nossa realidade.</i>
6-2) necessidade de serem alterados pelos profissionais das unidades básicas
<i>Os profissionais das unidades básicas devem participar da elaboração dos protocolos, mas sempre embasados em estudos maiores, científicos, oriundos de universidades idôneas, preferencialmente usando medicina baseada em evidência.</i>
8) observações gerais sobre o que seja relevante aos protocolos clínicos
<i>Que ele seja de execução viável. Não adianta nada termos os protocolos, se o 'SUS' não fornece as condições para executá-los como: materiais de ambulatório e medicamentos essenciais.</i>

Ainda tentando desenhar melhor a opinião dos profissionais que optaram pelo item vontade política do gestor, foi feito o cruzamento entre as respostas das em função da adequação do protocolo a realidade local e da necessidade de ser alterado pelos profissionais da unidade básica, cujo resultado se encontra na tabela 7.

Tabela 7: Relacionamento entre as frequências das respostas dos participantes em função da adequação do protocolo a realidade local e a necessidade de alteração, para ambos os municípios

Adequação do protocolo a realidade local (afirmação 3)	Necessidade de ser alterado pelos profissionais da unidade básica (afirmação 6)						Total n.
	Concordo com partes		Concordo Totalmente		Discordo Totalmente		
	n.	%	n.	%	n.	%	
Concordo com partes	14	45	3	10	3	10	20
Concordo Totalmente	1	3	4	13			5
Discordo Totalmente	3	10			3	10	6
Total	18	58	7	23	6	19	31

Na tabela 7, observa-se que 45% dos participantes da pesquisa optaram por marcar “Concordo com partes”, tanto na questão três como na questão seis. Isso nos levou a analisar separadamente cada um dos 7 grupos da tabela 7. Desse modo, pode

ser percebido que o grupo que concordava parcialmente com a afirmação três e seis, portava-se diferentemente dos demais nas questões quatro e cinco. Assim, foram separadas as pessoas que responderam às questões três, seis e cinco, em duas tabelas, uma com os que marcaram “concordo com partes” (tabela 8) e em outra os que optaram por diferente de “concordo com partes” (tabela 9).

Tabela 8: Frequência e percentual com que cada característica foi classificada pelos respondentes para o grupo dos que responderam “concordo com partes” tanto para adequação do protocolo a realidade local como a alteração do protocolo na unidade básica, em ambos os municípios (n. = 14)

Resposta	Primeiro		Segundo		Terceiro		Quarto		Quinto		Total	
	n.	%	n.	%	n.	%	n.	%	n.	%	n.	%
Facilidade na consulta e compreensão.	8	57	1	7	1	7	3	21			13	93
Presença de mecanismos que permitam o acompanhamento e verificação da evolução do caso.	2	14	1	7			3	21	3	21	9	64
Vontade política do gestor em implantar o protocolo.	1	7	2	14			1	7	3	21	7	50
Dificuldade em se mudar uma rotina que já existe há muito tempo no local.	1	7	1	7							2	14
Atividades econômicas do público que será atendido.	1	7			1	7			1	7	3	21
Doença deve ter grande ocorrência na comunidade.	1	7									1	7
Clareza nos passos a serem seguidos.			9	64	2	14			2	14	13	93
Capacidade da unidade em realizar as recomendações perante as demais atividades já existentes.					7	50	3	21			10	71
Experiência clínica.					2	14	2	14	2	14	6	43
Fatores geográficos, como a distância do município e o local onde é realizado o procedimento.					1	7	1	7	1	7	3	21
Reação favorável ou não dos pacientes ou da comunidade diante do que está sendo protocolado.									1	7	1	7

Tabela 9: Frequência e percentual com que cada característica foi classificada pelos respondentes para o grupo dos que responderam diferente de “concordo com partes” tanto para adequação do protocolo a realidade local como a alteração do protocolo na unidade básica, em ambos os municípios (n. = 17)

Resposta	Primeiro n. %	Segundo n. %	Terceiro n. %	Quarto n. %	Quinto n. %	Total n. %
Vontade política do gestor em implantar o protocolo.	8 47	1 6	1 6		1 6	11 65
Facilidade na consulta e compreensão.	2 12	6 35	1 6	2 12	2 12	13 76
Clareza nos passos a serem seguidos.	2 12	2 12	5 29	2 12	4 24	15 88
Experiência clínica.	2 12	1 6	1 6			4 24
Dificuldade em se mudar uma rotina que já existe há muito tempo no local.	1 6	3 18		1 6	1 6	6 35
Reação favorável ou não dos pacientes ou da comunidade diante do que está sendo protocolado.	1 6		3 18		1 6	5 29
Atividades econômicas do público que será atendido.	1 6			1 6	1 6	3 18
Presença de mecanismos que permitam o acompanhamento e verificação da evolução do caso.		3 18		4 24		7 41
Capacidade da unidade em realizar as recomendações perante as demais atividades já existentes.		1 6	3 18	5 29	3 18	12 71
Doença deve ter grande ocorrência na comunidade.			2 12		2 12	4 24
Fatores geográficos, como a distância do município e o local onde é realizado o procedimento.				1 6	1 6	2 12

Observando as classificações das características em função dos grupos “Concordo com partes” e diferente de “Concordo com partes”, é notada uma diferença na classificação da “Vontade política do gestor em implantar o protocolo”. A partir de então foi separada a classificação dada a esta característica pelos dois grupos o qual se encontra na figura 4.

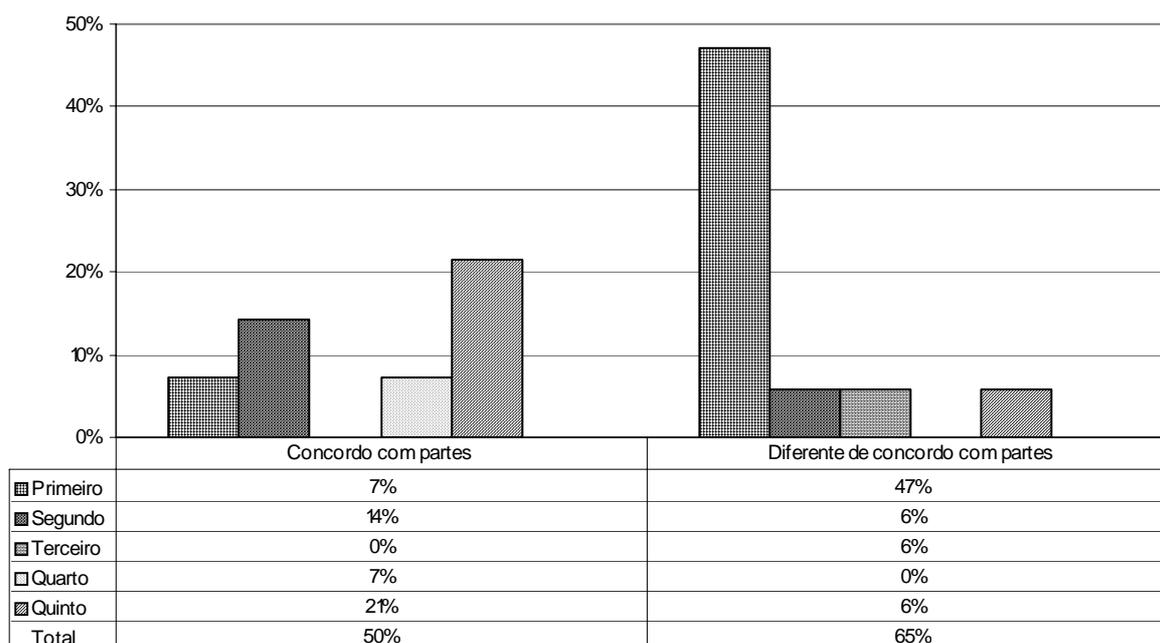


Figura 4: Classificação percentual da característica "Vontade política do gestor em implantar o protocolo" na questão cinco, divididas pelos grupos "Concordo com partes" e diferente de "Concordo com partes" tanto para adequação do protocolo a realidade local como a alteração do protocolo na unidade básica, em ambos os municípios

Observando a figura 4, nota-se que os participantes que responderam “Diferente de concordo com partes” nas afirmações 3 - De forma geral, ficam fora da realidade das unidades - e 6 - De forma geral, os protocolos precisam ser alterados -, destacaram muito fortemente o item vontade política como o de maior importância, enquanto os participantes que escolheram “Concordo com partes” em relação às afirmações das questões 3 e 6 tendem a dar menor valor ao item vontade política.

Estes dados mostram que estes dois grupos se comportam de forma diferente, principalmente em função do item vontade política. Assim, a escolha dos itens considerados importantes será em função destes dois grupos.

A partir das tabelas 8 e 9, foram separadas as características que foram classificadas por cinquenta por cento ou mais dos participantes, como estando de um a cinco em grau de importância, ou que um participante tivesse apontado como estando

em primeiro, e foi calculado o escore no grupo, conforme está na tabela 10.

Tabela 10: Percentual e escores das características classificadas por no mínimo 50% ou uma vez em primeiro lugar pelos integrantes dos grupos *concordo com partes* e *diferente de concordo com partes*, divididos em percentual em primeiro e geral no grupo, escores no grupo e no total dos respondentes, para os dois municípios

Características	Primeiro %	Geral %	Escore no grupo	Escore no total
<i>Concordo com partes (n.=14)</i>				
Doença deve ter grande ocorrência na comunidade	7	7	5,0	2,6
Dificuldade em se mudar uma rotina que já existe há muito tempo no local	7	14	4,5	3,6
Facilidade na consulta e compreensão	57	93	4,1	3,7
Clareza nos passos a serem seguidos	-	93	3,4	3,0
Atividades econômicas do público que será atendido	7	21	3,0	2,8
Capacidade da unidade em realizar as recomendações perante as demais atividades já existentes	-	71	2,7	2,4
Vontade política do gestor em implantar o protocolo	7	50	2,6	3,7
Presença de mecanismos que permitam o acompanhamento e verificação da evolução do caso	14	64	2,6	2,7
<i>Diferente de concordo com partes (n.=17)</i>				
Vontade política do gestor em implantar o protocolo	47	65	4,4	3,7
Experiência clínica	12	24	4,3	2,9
Dificuldade em se mudar uma rotina que já existe há muito tempo no local	6	35	3,3	3,6
Facilidade na consulta e compreensão	12	76	3,3	3,7
Reação favorável ou não, dos pacientes ou da comunidade diante do que está sendo protocolado	6	29	3,0	2,7
Clareza nos passos a serem seguidos	12	88	2,7	3,0
Atividades econômicas do público que será atendido	6	18	2,7	2,8
Capacidade da unidade em realizar as recomendações perante as demais atividades já existentes	-	71	2,2	2,4

Dos 10 itens dispostos na tabela 10, apenas 6 estão presentes em ambos os grupos. A característica “Presença de mecanismos que permitam o acompanhamento e verificação da evolução do caso” foi citada por 64% dos respondentes do grupo *concordo com partes* e obteve escores acima de 2,5 no grupo e no geral, desta forma também é considerada relevante, conforme o critério do método.

A característica “Doença ter grande ocorrência na comunidade” não foi selecionada como importante, apesar de ter um escore de 5,0 no grupo concordo com partes, pois este só aparece neste grupo e apenas 1 (7%) dos respondentes optou por ela.

Assim, foi possível separar 7 itens como sendo de relevância na opinião dos participantes. São eles: “facilidade na consulta e compreensão”; “clareza nos passos a serem seguidos”; “capacidade da unidade em realizar as recomendações perante as demais atividades já existentes”; “dificuldade em se mudar uma rotina que já existe há muito tempo no local”; “presença de mecanismos que permitam o acompanhamento e verificação da evolução do caso”; “vontade política do gestor em implantar o protocolo”; e “atividades econômicas do público que será atendido”. Para analisar estes itens, tendo em vista os conflitos a que estão relacionados, foi estruturada a tabela 11.

Tabela 11: Conflitos que se encontram relacionados as sete características que mais se destacaram na opinião dos participantes, e o número de vezes que cada item foi assinalado pelos participantes na questão quatro

Item	Conflito	Questão 4
Clareza nos passos a serem seguidos.	Tradicionais e Comportamentais.	29
Facilidade na consulta e compreensão.	Tradicionais e Comportamentais.	28
Capacidade da unidade em realizar as recomendações perante as demais atividades já existentes.	Custo e Comportamentais.	27
Vontade política do gestor em implantar o protocolo.	Custo e Autoritária.	26
Presença de mecanismos que permitam o acompanhamento e verificação da evolução do caso.	Tradicionais e Comportamentais.	23
Dificuldade em se mudar uma rotina que já existe há muito tempo no local.	Tradicionais, Legais e Comportamentais.	13
Atividades econômicas do público que será atendido.	Geográficos, Comportamentais e Organizacionais.	12

Na tabela 11 foram separadas as vezes que cada conflito é citado. A soma do valor da coluna Questão 4 a cada referência, conforme está disposto na tabela 12.

Tabela 12: Número de vezes que cada conflito é referenciado pelas principais características, soma do número de vezes que cada conflito foi escolhido pelos participantes na questão quatro

	Custo	Cerceamentos					
		Geográficos	Organizacionais	Tradicionais	Autoritários	Legais	Comportamentais
Número de vezes que o Cs Cessantes é referenciado	2	1	1	4	1	1	6
Valores absolutos das somas na questão 4	53	12	12	93	26	13	132

A tabela 12 traz como conflitos mais importantes para os participantes o Custo e os Cerceamentos; Comportamentais, Tradicionais, Autoritários, Legais, Geográficos e Organizacionais.

Ao final da análise das questões 3, 4, 5 e 6, percebe-se que há dois grupos que foram divididos em função das respostas dadas na questão três e seis: um concorda com partes nas duas questões; o outro opta por concordar ou discordar plenamente. As diferenças dos grupos são:

- Concordo com partes - classificam vontade política como de menor importância, ressaltam as especificações técnicas na construção dos protocolos, acham importante que o profissional da rede básica participe da elaboração dos protocolos, porém se preocupam em não alterar o “componente evidência”, além de reforçar a falta de materiais necessários à execução da rotina protocolada.
- Diferente de concordo com partes – classificam vontade política como de maior importância, ressaltam como barreiras à implantação dos protocolos a falta de recursos materiais, o desconhecimento por parte dos servidores envolvidos com a execução e a falta de materiais para a execução das rotinas.

Para conhecer melhor o que está por trás de cada conflito, foram feitas

algumas considerações referentes às características presentes em cada conflito apontado como importante.

Custo – observa-se que os itens que estão ligados a esse elemento, conforme as tabelas 22 e 23, são: “Vontade política do gestor em implantar o protocolo” e “Capacidade da unidade em realizar as recomendações perante as demais atividades já existentes”. Portanto percebe-se que, na opinião dos participantes, é preciso que os gestores invistam para que as unidades tenham capacidade de realizar as recomendações dos protocolos, e estes investimentos estão ligados à vontade política do gestor em implantar a rotina ^[13] ^[21]. Assim, este é um ponto de conflito que os protocolos sofrem ao serem levados às unidades básicas de saúde. Tal conflito é reforçado nas questões abertas pelos seguintes discursos:

...há, no entanto, a gerência local que não oferece os recursos e materiais necessários (medicamentos).

...o mesmo só deve ser mudado se não houver boa possibilidade da sua aplicabilidade.

Não há necessidade de mudança do protocolo, a não ser que o município não dê condição da sua aplicação.

Precisamos ter condições operacionais para seguir os protocolos.

Não adianta nada termos os protocolos, se o ‘SUS’ não fornece as condições para executá-los

Entre os cerceamentos por ordem de referência temos:

Comportamentais – ligado a 6 dos 7 itens exceto à vontade política do gestor, fica clara a abrangência deste conflito, que envolve todos os fatores que possam levar os profissionais ou pacientes a falharem no cumprimento do tratamento – medicamentoso ou não ^[21]. Assim, esse pode ser influenciado por vários fatores, entre eles: não compreensão das diretrizes ^[17] ^[16]; pouco conhecimento sobre o assunto;

nível de instrução; rotinas complexas ou falta de treinamento ^[19] ^[30]; e a inércia à mudança tanto por parte dos profissionais como do paciente ^[16]. Observem os seguintes discursos feitos nas questões abertas:

Não creio que o problema dos protocolos se resolva com a sua alteração, mas sim na aceitação das equipes e o aprender utilizá-lo rotineiramente, seguirem o fluxograma adequadamente.

Acho que os profissionais das unidades básicas de saúde não precisam mudar os protocolos, mas precisam conhecê-los e, se possível, participar da sua elaboração.

Tradicionais – remete a análise para os quatro itens seguintes: “Clareza nos passos a serem seguidos”; “Facilidade na consulta e compreensão”; “Presença de mecanismos que permitam o acompanhamento e verificação da evolução do caso”; e “Dificuldade em se mudar uma rotina que já existe há muito tempo no local”. Procurando analisar conjuntamente os quatro itens, nota-se que esses se inter-relacionam. Para explicar esta ligação, pode ser tirado de Sackett ^[21]: “sempre fizemos de outro modo”, que conota a dificuldade de se mudar uma rotina. Essa dificuldade pode ser reduzida com ferramentas que facilitem a consulta e compreensão, que indiquem claramente os passos a serem seguidos e tragam em seu bojo mecanismos que permitam acompanhar e verificar a evolução do caso ^[21] ^[16] ^[17]. Esse discurso também mostra a influência dos conhecimentos anteriores na aceitação do protocolo.

Autoritários – a sua ligação é com o item “Vontade política do gestor em implantar o protocolo”, demonstrando a intervenção da política na implantação dos protocolos. Para clarificar essa argumentação, recorre-se novamente às palavras de Sackett ^[21], que aponta o seguinte: “isso sempre fez do meu jeito!”, que pode-se complementar da seguinte forma: “por que você quer fazer de forma diferente?”.

Legais – a ligação deste cerceamento é com o item “Dificuldade em se mudar uma rotina que já existe há muito tempo no local.”. Porém a forma de ligação é

diferente da relatada no tradicional, pois os protocolos podem não ter conflito com as experiências do profissional, mas com o medo de sofrer com processos judiciais por não procederem da maneira costumeira, mesmo que este procedimento costumeiro não seja tão adequado como o proposto pelo protocolo ^[21].

Geográficos – o item que está ligado a esse conflito é “A atividade econômica do público a ser atendido”. Os protocolos estão sujeitos tanto a influências de fatores geográficos como à atividade econômica, fatores culturais, distâncias e renda familiar ^{[21] [19] [15]}. Estratégias que permitam as análises críticas por parte de quem irá utilizar o protocolo podem reduzir a influência destes fatores e aumentar a adesão às rotinas sugeridas.

Organizacionais – o item ligado a esse conflito é o mesmo do conflito geográfico. Assim, quando é citada a organização do serviço para atender à comunidade, significa também buscar mecanismos que possam reduzir os conflitos entre o protocolo e a atividade da comunidade ^{[13] [19]}. A organização do serviço para atender a uma determinada condição, por exemplo, a dificuldade de adesão à recomendação de caminhada por parte de paciente hipertensos, pode ser diminuída através da articulação por parte do município ou unidade para promover a atividade. Desta forma, a avaliação da capacidade de organização do serviço dá subsídios importantes às estratégias de implantação, uma vez que o município em certas circunstâncias deverá se organizar para atender a esta necessidade, requerendo investimentos ou formação de parcerias. Nota-se que a capacidade de organização pode ser influenciada por uma série de fatores como: recursos financeiros disponíveis, relação do poder público com a iniciativa privada, conhecimento técnico da equipe do município e relacionamento da comunidade com o serviço.

Comentários sobre os resultados

Nos discursos das questões abertas e nos resultados da questão 6, a necessidade de alteração é apontada pelos participantes como parcial. No discurso que melhor caracteriza esta posição, um dos participantes diz que o protocolo só deve ser mudado se não houver boa possibilidade de sua aplicação. Todavia, eles indicaram que se preocupam com a perda da qualidade quando os protocolos são alterados, e buscam rotinas executáveis.

A variedade na nomenclatura pode ser percebida pela citação de um dos respondentes o qual caracteriza consenso, protocolo e a diretriz. Na visão de deste, protocolo e diretrizes seriam a mesma coisa, dando a eles uma forte presença de fatores locais. Para o profissional, os conceitos de consenso e protocolo seriam:

- Consenso – guias elaborados por entidades representativas de especialistas, sendo que os especialistas teriam a ciência parcial dos problemas do nível primário;
- Protocolos – diretrizes elaboradas para orientar um grupo de profissionais pertencente a uma mesma instituição, para melhorar a eficácia da terapêutica e racionalizar o tratamento e o custo.

O conflito custo também pode ser percebido através das queixas de falta de recursos para a execução das rotinas e vontade política, que aparece nas respostas das questões abertas. Um outro participante fez uma observação quanto ao exame de microalbuminúria, relatando que ele se encontra no protocolo, mas não é fornecido à população. Novamente ressalta a falta de recursos, mas aponta como causa a vontade política, com o depoimento:

Os protocolos estão dentro da realidade, mas os municípios precisam investir para tornar possível sua execução, ou seja, os municípios* estão fora da realidade. Não é possível deixarmos de aplicar novos recursos tecnológicos e medicamentos **, por falta de investimentos. * lê-se Gestores. ** Ver complemento do 6.1.b.*

Esse discurso indica a presença da influência política na aplicação do protocolo, já que, para esse profissional, quem está fora da realidade são os gestores, e que é preciso investir para tornar possível a aplicação dos protocolos. Dessa forma, se os investimentos para viabilização das rotinas não fizerem parte das diretrizes do município, elas não terão condições de uma efetiva implantação.

Esta argumentação deixa clara a ligação causalidade entre a vontade política e a falta de recursos, mostrando que a estratégia de implantação do protocolo está conflitando com as diretrizes políticas locais, e gerando problemas de suprimento. Tanto a vontade política quanto a capacidade da unidade de executar os protocolos são características destacadas pelos respondentes.

Implicações

Com este trabalho, podem ser traçadas, de forma genérica, as dificuldades que existem na implantação do protocolo, ressaltando a importância da análise de custo-efetividade na elaboração e implantação dos protocolos.

Uma discussão importante gira em torno do item “facilidade na consulta e compreensão”. Grimshaw ^[13], em uma revisão sistemática, obteve que a estratégia com maior média absoluta de melhoria nos cuidados clínicos foram as que usaram de lembretes. Esse fato pode estar associado ao desejo de uma ferramenta simples e de fácil consulta, não de um manual extenso. Todavia, não se trata de fornecer um livro

de receituário, tampouco extinguir os manuais, mas sim produzir ou orientar a elaborar guias para consultas rápidas, que contenham o fluxograma de tratamento e diagnóstico, indicações de reações adversas e interações do medicamento.

Protocolos simples e de fácil consulta podem reduzir conflitos do tipo: comportamentais, tradicionais e autoritários, à medida que, quanto mais fáceis forem o seu manuseio e sua compreensão, menores serão as distorções da rotina pelo seu não entendimento, assim como auxiliam na incorporação de novos conhecimentos e habilidades ^{[16] [17]}.

Outra estratégia que, associada a anterior, poderia reduzir os conflitos comportamentais e tradicionais, seria o treinamento. Neste trabalho, nota-se que para alguns participantes esta questão precisa ser mais bem-trabalhada. Alguns programas do Ministério da Saúde utilizam o treinamento como via de implantação, como é o caso dos programas de Hanseníase e Tuberculose, porém não há uma avaliação de custo-efetividade da estratégia.

A realização de oficinas regionais e estaduais de capacitação, que envolvam diversas áreas profissionais, como a jurídica e a administrativa, é uma estratégia importante à adesão. Estas oficinas são espaços valiosos para se discutir, avaliar criticamente os protocolos, aumentar a coerência destes com as necessidades locais e treinar os profissionais no seu manuseio, na intenção de melhorar a adesão, dando força ao gestor municipal para que este consiga quebrar as barreiras comportamentais, tradicionais, autoritárias e legais ^{[16] [17]}.

A barreira custo detectada neste trabalho traz à tona aspectos importantes da implantação, já que as estratégias de implantação exigem que sejam alocados recursos que, no caso do SUS, precisam ser das três esferas gestoras – municipal, estadual e

federal. Assim, por exemplo, se não estiver nas diretrizes do município o fornecimento dos recursos necessários para a viabilização da utilização do protocolo, este fatalmente não terá sucesso. Vale lembrar que os protocolos não englobam apenas o tratamento medicamentoso, mas incluem o diagnóstico e o tratamento não-medicamentoso.

Para aprofundar mais na análise do conflito custo, é preciso considerar a estrutura do SUS, adentrando às diretrizes políticas que norteiam este sistema ^{[13] [18] [16]} ^[17] o qual tem como uma de suas bases a municipalização da saúde, que está estabelecida na Constituição Federal (Artigo 30, VII) e na Lei Federal 8.080 (Artigo 7º, IX, a). Esta municipalização está pautada em dois aspectos que são a habilitação e a descentralização da ação ^[31].

Esta municipalização da saúde vem acontecendo gradativamente através das NOBs e NOAS. A NOB-SUS 01/93 estabelece três condições de habilitação para os Municípios e duas para os Estados, e para cada condição existe um grau de descentralização das ações ^[31]. Estes níveis de habilitação ainda foram revistos na NOB-01/96 e NOAS-01/2001, aumentando de forma gradativa a responsabilidade do município na gestão do SUS ^[31]. Hoje toda a atenção básica encontra-se sob a gestão dos municípios habilitados na gestão plena da atenção básica.

Para se entender o significado da expressão “a atenção básica encontra-se sob gestão dos municípios”, foi visto o conceito de gestão para o SUS. O qual é definido, na NOB-SUS 01/96, como sendo administração de um Sistema de Saúde, através das funções de direção ou comando, coordenação, planejamento, controle, avaliação e auditoria ^[31]. Ela também esclarece que gerência é a administração de um Serviço ou Órgão de Saúde ^[31]. Com base nestes conceitos fica estabelecido, para a estrutura do SUS, que o município é o gestor e não gerente do serviço de atenção básica.

Juntando a barreira custo, a municipalização do sistema e o conceito de gestão para o SUS, contidos nos três últimos parágrafos, tem-se a idéia da importância do conflito custo na implantação do protocolo. Isso porque o desenvolvimento deste para a atenção básica do SUS, é realizado por uma instância gestora que não é a responsável pela execução, sem a participação direta da instancia gestora local que é a responsável pela execução.

Esta característica peculiar do protocolo ser elaborado pela instância não-executora, coloca o protocolo, em função da organização do SUS, no meio do conflito de gestão que envolve a autonomia de gestão do município, já que o que está em discussão são aspectos conceituais importantes do SUS. Com isso, a implantação está se chocando com a vontade política do gestor municipal, dando a aparência de um retrocesso na descentralização do SUS.

Este conflito de gestão parece ter uma ligação de causalidade com a falta de insumos como o medicamento, uma vez que o gestor municipal pode estar se vendo como gerente na estrutura do SUS. Portanto, é fundamental a participação dos municípios na estruturação dos protocolos, pois são eles que detém o poder de viabiliza-las e, são eles também os gestores da atenção básica. Está participação pode ser através da adaptação do protocolo de forma orientada.

A estratégia de atrelar a recomendação protocolada a algum tipo de financiamento, ao que parece, não é muito eficaz para a implantação ^[11], pois sistemas como os usados no programa Hiperdia podem gerar distorções na intenção do protocolo, isso porque são viabilizados apenas os medicamentos, e esta ferramenta traz outras ações também importantes.

Mesmo que se viabilize o incentivo a todas as rotinas, ainda vai haver como

pano de fundo a discussão do conflito de gestão. Afinal, quando o nível central cria um programa para a atenção básica e atrela o repasse do medicamento a um conjunto de itens, ele fere o conceito de gestão da NOB-SUS 01/96 ^[31], tornando o município gerente do programa, além de desviar o foco da atenção apenas para a área financiada.

Silva ^[1] relata a presença da tendência assistencialista dentro da estrutura do SUS. O incentivo à implantação, através do financiamento do medicamento, pode agravar este quadro, desvirtuando a intenção do protocolo. Isso porque o foco da atenção pode estar sendo desviado para o fornecimento do medicamento ou, ao cadastrar um maior número de pacientes e procedimentos em um programa, e estar retirando do gestor municipal a responsabilidade sob o serviço prestado.

Apesar de o Ministério da Saúde não assumir a responsabilidade de gestor, quando financia os insumos de um protocolo, e não restringir o elenco de insumos apenas ao que ele financia, o serviço pode estar considerando que as ações que se encontram no protocolo não estão sob sua gestão e que, portanto, não possuem responsabilidade gestora sobre o programa. Assim, a estratégia do incentivo financeiro é importante, porém deve ser bem-avaliada, tendo claro que ela sozinha não garante a adesão. Esta perda da responsabilidade pode estar acontecendo em programas como o de Hanseníase e Tuberculose.

Em um sistema como o SUS, são mais adequadas as estratégias de implantação específicas a cada protocolo, as quais considerem os seguintes aspectos: orientassem os municípios a realizar as alterações, discutissem os protocolos em fóruns regionais e estaduais, tivessem regras para o financiamento condizente com as necessidades do nível de gestão do executor.

Por mais que os estudos para a elaboração dos protocolos considerem as

diversas realidades, eles não serão capazes de garantir que a rotina é plenamente adequada a todos os municípios do Brasil. Desta forma, a preocupação de quem elabora o protocolo não deve ser de que esse seja implantado sem alterações, mas sim a de criar mecanismos que orientem as mudanças para que estas ocorram sem alterar a evidência, assim como permitir o retorno da informação aos elaboradores.

Considerar natural as normas serem avaliadas criticamente pelos potenciais usuários ^[14] ^[16] e com isso criar mecanismos que permitam aos elaboradores ouvir estas críticas, pode aumentar a adesão ao protocolo, com o surgimento de rotinas com maiores propriedades locais. Assim, uma proposta seria criar e/ou orientar a utilização de canais que permitam a difusão de informação regionalmente, bem como entre o Estado, o Município e o Governo Federal. Estes canais permitem que a atenção primária e os responsáveis pela elaboração do protocolo se comuniquem e troquem informações. Para isso, as rotinas teriam que trazer: indicação do nível de evidência e recomendação; orientações sobre o processo de alteração; criação de um banco de dados para publicação e consulta dos protocolos elaborados pelos municípios, em uma configuração semelhante a utilizada pelo New Zealand Guidelines Group; criação de treinamentos referentes à utilização ou alteração do protocolo.

As estratégias de implantação utilizadas no Brasil envolvem quatro pilares que são: criação de rotinas de abrangência nacional, negociação individual do profissional com o protocolo, financiamento direto do medicamento ou procedimento e, em alguns casos, treinamento. Viabilizar formas de implantação, que envolvam oficinas regionais de capacitação, adaptação orientada do protocolo ao município e trocas de informações, amplia os pilares de apoio à implantação, aumentando a possibilidade de incremento à adesão.

Associado à falta de condições do profissional em viabilizar a rotina, há na questão sete um resultado de certa forma preocupante: os dois itens que, na opinião

dos profissionais, eles alterariam em um protocolo foram os exames diagnósticos e o elenco de medicamento. Estes dois itens são os que geralmente concentram as maiores evidências, e isto pode significar que os protocolos estão sendo alterados e perdendo em evidência. Diversos fatores podem estar envolvidos no desejo de se alterarem os exames diagnósticos e o elenco de medicamentos, como: pressão da indústria, o mito da inovação tecnológica, incerteza quanto ao diagnóstico e tratamento, não-compreensão da rotina, dificuldade no manuseio da ferramenta.

Limitações do estudo

O conhecimento da existência e a determinação de como interagem os conflitos entre o protocolo e a unidade de saúde ainda são muito incipientes no Brasil. Conhecer se a vontade política está influenciando a sua implantação e de que forma isso acontece, perceber como conhecimentos anteriores influenciam na aceitação, são informações valiosas para a estruturação de uma estratégia de implantação.

Como a análise de conflito não é muito difundida no Brasil, não foi encontrada nenhuma análise de conflito feita de forma genérica, que fornecesse informações sobre as principais barreiras a que, na opinião dos profissionais, estes protocolos estão expostos quando são utilizados nas unidades básicas do SUS. Isso se constituiu em uma limitação a realização de pesquisa específica sobre um protocolo em uma região. O que foi obtido são dados de pesquisa realizadas em outros países, que poderiam não ser condizentes com a realidade do Brasil.

O presente estudo é um levantamento de opinião de um determinado grupo de profissionais, assim os resultados podem não ser iguais em outros estudos, toda via os conflitos existentes neste tendem a aparecer em outros estudos com o mesmo desenho. Isso é estabelecido tanto pelos dados obtidos, como pelas informações

geradas em outros estudos realizados fora do Brasil.

Este estudo não determina a que conflito os protocolos estão mais expostos, mas sim a quais eles são suscetíveis, uma vez que as perguntas são direcionadas às características que os profissionais julgam importantes. Mesmo que as questões fossem direcionadas aos constitutivos que faltam nos protocolos do Ministério da Saúde, a determinação disto não seria representativa, pois cada protocolo configura uma situação em separado, já que variam em função do formato, do conteúdo e da estratégia de implantação. A análise do conflito a que o protocolo está mais exposto, deve ser feita de forma isolada para cada protocolo.

Porém, existem dificuldades técnicas para se conseguir analisar conflitos, uma vez que estes estão ligados a processos; assim, a estratégia mais indicada seria o estudo de caso com desenho de cenário. As dificuldades para esse tipo de trabalho são as inerentes ao estudo de caso que envolve a análise de processos. Assim, optamos por fazer um levantamento através da aplicação de um questionário, como forma de reduzir esta dificuldade; porém ainda assim depende da intenção do profissional em participar da pesquisa.

A estratégia do questionário também apresenta algumas questões chaves, como a sua extensão. Já que o questionário estava sendo desenvolvido para profissionais médicos de unidades básicas, eles não poderiam ser extensos em função da sua rotina. Assim, as questões foram baseadas em dados anteriormente recolhidos em uma unidade de saúde do município de Barra do Bugres – MT com dois profissionais, um médico e uma enfermeira.

Estudos de desenho de cenário que analisem a efetividade da implantação dos protocolos existentes na atenção básica, podem ser de grande importância na

construção de estratégias de implantação dos protocolos.

A realidade local influencia tanto na elaboração como na aceitação do protocolo. Ela, por sua vez, é regida por diversos fatores como: características étnicas, sociais e econômicas da comunidade, práticas dos profissionais, organização do sistema de saúde ^{[16] [26] [28] [14] [15] [17] [19]}. A interação destes fatores com o protocolo pode estar acontecendo através dos processos de “aprendizado” ^[32] e “individualização do inconsciente” ^[33]. Um estudo de caso com desenho de cenário sobre o processo de aceitação do protocolo ^[34] ajudará a entender como estes fatores influenciam na aceitação, fornecendo informações sobre como melhorar a receptividade do protocolo, tanto para quem elabora como para quem implanta.

CONCLUSÃO

De acordo com os resultados, 84% dos respondentes utilizam algum protocolo, destes 73% utilizam freqüentemente e 27% ocasionalmente.

A maioria dos participantes se manteve na faixa de indiferença quanto a adequação à realidade local e a necessidades de alteração dos protocolos existentes na atenção básica, com uma leve tendência a discordância.

As características relevantes na opinião dos participantes são: “facilidade na consulta e compreensão”; “clareza nos passos a serem seguidos”; “capacidade da unidade em realizar as recomendações perante as demais atividades já existentes”; “dificuldade em se mudar uma rotina que já existe há muito tempo no local”; “presença de mecanismos que permitam o acompanhamento e verificação da evolução do caso”; “vontade política do gestor em implantar o protocolo”; e “atividades econômicas do público que será atendido”.

De acordo com as características os protocolos estão expostos a todos os conflitos dos Cs Cessantes, sendo, para os participantes, os mais importantes o Custo e o Cerceamento. Os cerceamentos mais citados são: Comportamentais, Tradicionais e Autoritários.

Os profissionais que participaram da pesquisa indicaram que querem uma ferramenta de fácil consulta, e que possibilite acompanhar a evolução do paciente.

Essa informação indica aos gestores municipais que desejam implantar protocolos em seu município, que estas são características importantes ao se buscar um protocolo, além de serem bons os objetivos para um processo de alteração.

A estratégia de elaboração e implantação do protocolo tem colocado esta ferramenta em um conflito de gestão. De acordo com a percepção dos participantes, este conflito é uma barreira muito forte à aceitação. Assim, a estratégia de implantação de protocolos deve considerar as características de um sistema municipalizado e a análise crítica dos responsáveis pela execução. Isto leva a pensar em outras formas de implantação de protocolos, as quais passariam por um processo de avaliação crítica no nível local. Para tanto, seria necessário que os protocolos elaborados nos níveis nacional ou estadual considerassem esses conflitos, trouxessem em seu bojo a especificação do que é “instrução detalhada” e o que é “componente evidência”, assim como o nível de recomendação e evidência do procedimento.

A criação de vias que possibilitem a comunicação entre os níveis municipal, estadual e federal, assim como a troca de informação dentro de um mesmo contexto geopolítico e social, como é o caso de municípios que se encontram dentro do mesmo nível de gestão e regiões, viabiliza a troca de informação e experiências e o retorno de informações importantes, resultantes das análises críticas, ao elaborador do protocolo.

É importante que as estratégias de implantação envolvam o treinamento e a ampla divulgação para todos os envolvidos com o processo. Nisso se inclui não só os profissionais de saúde, mas também profissionais da área jurídica, administrativa e outras de acordo com a necessidade do cenário.

REFERENCIAL BIBLIOGRÁFICO

1. SILVA, L. M. V. Organização do Sistema Único de Saúde: Problemas e desafios. In: GOULART, Flávio A. de A. et al. Esculpindo o SUS a golpes de portarias ... - considerações sobre o processo de formulação das NOBs. **Ciência & Saúde Coletiva**, 6(2):292-318, 2001.
2. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de medicamento**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001, 40p.
3. COSENDEY, Marly A. L. et al. Assistência farmacêutica na atenção básica de saúde: a experiência de três estados brasileiros. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 16(1): 171-182, jan.-mar., 2000.
4. ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL. **Análise Institucional e Programação de Atividades 1972 – 1974**. Secretaria de Estado de Saúde: Porto Alegre, 1972.
5. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Programa de utilização de medicamentos tuberculostáticos: manual de utilização do software**. Brasília DF: 2001 d., 26p.
6. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia para o controle da hanseníase**. Brasília, DF: Mb, 2002 c, 90p.
7. BRASIL. Ministério da Saúde, Área técnica de dermatologia sanitária. **Guia para utilização de Medicamentos e imunobiológicos na área de hanseníase**. Elaborado por Acácia Lucena Rodrigues et al. Brasília: Ministério da Saúde, 2001 c, 78p.:il.
8. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Dermatologia na atenção básica**. Brasília, DF: 2002 b, 142p.
9. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Plano de reorientação da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus: hipertensão arterial e diabetes mellitus**. Brasília, DF: Mb, 2001, 102p.
10. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde. Divisão Nacional de Dermatologia Sanitária. **Legislação sobre o controle de doenças da área de dermatologia sanitária**. Brasília, Mb, 1983, 36p.
11. FORMOSO, Giulio; LIBERATI, Alessandro; MAGRINI, Nicola. Practice Guidelines: Useful and 'Participative' Method?. **Journal of the American Medical Association - JAMA**, 2001 September, 161(16), p. 2037-2042.
12. BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas - Medicamentos Excepcionais**. Brasília: 2002, 601p.
13. GRIMSHAW, JM et al. Effectiveness and efficiency of guideline dissemination and implementation strategies. **Health Technology Assessment** 2004 February, v. 8, n. 6.

14. ECCLES, Martin et al. North of England evidence based guidelines development project: methods of guideline development, Education and debate. **BMJ**, 1996, 312:760-762 (23 march).
15. ECCLES, Martin. Deriving recommendations in clinical practice guidelines. **Qual. Saf. Health Care**, 2003, p.:12:328–329, Disponível na Internet no endereço <<http://www.qshc.com>>.
16. NATSCH, S.; MEERY, J. W. M. van der. The role of clinical guidelines, policies and stewardship. **Journal of Hospital Infection** (2003), 53: 172-176.
17. ECCLES, Martin P; GRIMSHAW, Jeremy M. Selecting, presenting and delivering clinical guidelines: are there any “magic bullets”? Adopting Best Evidence in Practice. **MJA**. 2004, 180 (6 Suppl): S52-S54.
18. GROL, R. Successes and failures in the implementation of evidence-based guidelines for clinical practice. **Med Care**, 2001 Aug;39(8 Suppl 2):II46-54. Resumo.
19. NHS Center for Reviews and Dissemination. Getting evidence into practice. **Effective Health Care**, 1999, 5(1): 1-16.
20. WHO (2004) **Drug and Therapeutics Committees: a practical guide**. Department of Essential Drugs and Medicines Policy. World Health Organization: Geneva, Switzerland.
21. SACKETT, David L. et al. **Medicina baseada em evidências: práticas e ensino**. 2^a ed., Porto Alegre: Artmed, 2003, 270 p.
22. MILES, A. et al. Developments in the evidence-based health care debate – 2004. **Journal of Evaluation in Clinical Practice**, 10, 2. 129–142.
23. BURGERS, JS et al. Characteristics of effective clinical guidelines for general practice. **British Journal of General Practice**. 2003, jan., 53(486):15-9.
24. UNDERWOOD, Martin; O’MEARA, Susan; HARVEY, Emma. The UK BEAM Trial Team. The acceptability to primary care staff of a multidisciplinary training package on acute back pain guidelines. **Family Practice**, 2002, 19: 511-515.
25. BINGHAM, Carol. *An Introduction to Clinical Guidelines*. South Buckinghamshire NHS Trust. Atualizada em 18 OCTOBER 2001. Disponível em: <<http://www.wghaudit.demon.co.uk/aud3.html>>. Acesso em outubro de 2004.
26. HEFFNER, John E. et al. Attributes of ATS Documents That Guide Clinical Practice: Recommendations of the ATS Clinical Practice Committee. **Am j Respir Crit Care Med**, 1997, v. 156. p. 2015-2025.
27. SCOTT I. A.; BUCKMASTER N. D.; HARVEY H. Clinical practice guidelines: perspectives of clinicians in Queensland public hospitals. **Internal Medicine Journal**, 2003, 33: 273–279.

28. BRUCE, Maggie. Development of Croydon's Primary Care Protocols for Common Mental Illnesses 2001: a bottom-up approach. **Psychiatric Bulletin** 2003, 27, 221-224.
29. BRASIL, Ministério da Saúde, DataSUS. **Cadernos de Informação de Saúde**. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/cadernos/cadernosmap.htm>> Acessado em janeiro de 2005. Atualizado em Dezembro de 2004.
30. SAM, Peter. **Clinical Practice Guidelines**. The University of California, San Francisco school of Medicine. Disponível em: <<http://medicine.ucsf.edu/resources/guidelines/intro.html>>. Acesso em outubro de 2004
31. GOVERNO DO ESTADO DO PARÁ. Secretaria Executiva de Estado de Saúde Pública. Disponível em: <http://www.sespa.pa.gov.br/Sus/sus/sus_descen.htm>. Acesso em outubro de 2004.
32. FREIRE, Paulo. **Educação como prática da liberdade**. 23^a ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1999. 158 p.
33. JUNG, C. G. et al. **O Homem e seus Símbolos**. 20^a ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1977, 316p.
34. YIN, Robert K. **Estudo de casos: planejamento e métodos**. 2^a ed. Porto Alegre: Bookman, 2001, 205 p.

ANEXOS

Anexo 1: Questionário

Prezado Profissional:

Venho pedir sua colaboração no desenvolvimento do projeto

Processo de alteração do protocolo clínico: qual a percepção dos profissionais sobre este processo.

Este projeto é um estudo de caso, que tem como objetivo conhecer o que os profissionais que trabalham nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), acham importante observar em um protocolo clínico usado em uma UBS, para, a partir de então, fornecer subsídios à elaboração dos novos protocolos, assim como propor novas formas de implantação destas ferramentas. O foco desta pesquisa será a opinião do profissional quanto à necessidade de alterar ou não os protocolos, e as possíveis alterações que estes protocolos poderiam necessitar.

Certo de que, sua colaboração é de suma importância, agradeço antecipadamente e apresento-lhe minhas saudações.

Fábio José da Silva

1- Utiliza algum protocolo clínico ou diretriz terapêutica?

Sim () Não ()

2- Se sim, com que frequência?

() Frequentemente () Ocasionalmente () Raras vezes

3- Tradicionalmente, os protocolos são feitos em grandes centros por especialistas e ficam longe da realidade das unidades de atenção primária à saúde.

Você concorda com essa afirmação?

() Concordo totalmente () Concordo com partes () Discordo totalmente

3.1- Esta questão desmembra a questão anterior em três afirmações. Marque as opções abaixo, de acordo com a sua opinião.

a) Que tradicionalmente, os protocolos são feitos nos grandes centros, então estes ficam longe da realidade das unidades;

() Concordo totalmente () Concordo com partes () Discordo totalmente

b) Que tradicionalmente, os protocolos são feitos por especialistas, logo por pessoas que conhecem a patologia, mas desconhecem a realidade das unidades;

() Concordo totalmente () Concordo com partes () Discordo totalmente

c) Que tradicionalmente, os protocolos ficam longe da realidade das unidades de atenção primária à saúde.

() Concordo totalmente () Concordo com partes () Discordo totalmente

3.2- No espaço abaixo, se achar necessário, amplie suas respostas referentes às alternativas das questões 3 e 3.1.

4- Marque com um X os itens abaixo que julga serem necessários a um protocolo.

- 1] () facilidade na consulta e compreensão;
- 2] () clareza nos passos a serem seguidos;
- 3] () reação favorável ou não, dos pacientes ou da comunidade diante do que está sendo protocolado;
- 4] () fatores geográficos, como a distância do município e o local onde é realizado o procedimento;
- 5] () capacidade da unidade em realizar as recomendações perante as demais atividades já existentes;
- 6] () dificuldade em se mudar uma rotina que já existe há muito tempo no local;
- 7] () presença de mecanismos que permitam o acompanhamento e verificação da evolução do caso;
- 8] () doença deve ter grande ocorrência na comunidade;
- 9] () vontade política do gestor em implantar o protocolo;
- 10] () experiência clínica;
- 11] () atividades econômicas do público que será atendido.

5- Escolha 5 dos 11 itens da questão 4 e ordene do maior para o menor grau de importância, de acordo com a sua opinião.

1° (____); 2° (____); 3° (____); 4° (____); 5° (____).

6- Os protocolos precisam ser alterados nos municípios, pelos profissionais das unidades básicas de saúde, para se tornarem adequados à realidade das unidades.

Você concorda com essa afirmação?

()Concordo totalmente ()Concordo com partes ()Discordo totalmente

6.1- Esta questão desmembra a questão anterior em duas afirmações. Marque as opções abaixo, de acordo com a sua opinião.

a) Que os protocolos precisam ser alterados nos municípios, para se tornarem adequados à realidade das unidades;

()Concordo totalmente ()Concordo com partes ()Discordo totalmente

b) Que os protocolos precisam ser alterados nos municípios, pelos profissionais das unidades básicas de saúde.

()Concordo totalmente ()Concordo com partes ()Discordo totalmente

6.2- No espaço abaixo, se achar necessário, amplie suas respostas referentes às alternativas das questões 6 e 6.1.

7- Se você fosse convidado a participar de um grupo, responsável por alterar um protocolo clínico, quais itens abaixo você vê necessidade de alterar?

- a] () requisição de exames padrão;
- b] () guia (checklist) padrão de bolso;
- c] () formulário de informação para o paciente;
- d] () fichas de avaliação do desempenho ambulatorial ou hospitalar;
- e] () o elenco de medicamentos;
- f] () os recursos diagnósticos;
- g] () fluxo do tratamento.

8- Descreva abaixo o que você entende que seja de grande relevância para o protocolo clínico, que não se encontra contemplado neste questionário.

Anexo 2: Respostas das questões abertas

Quadro 1: Discurso dos profissionais na questão 3-2, por resposta e indivíduo.

Ind	Resposta
C04	<i>Em Cuiabá os médicos se reúnem, quinzenalmente, para discutirmos os protocolos e adaptá-los à nossa realidade.</i>
C03	<i>Os protocolos são feitos de modo a padronizar o uso de medicamento no tratamento das doenças de forma correta, e as unidades podem perfeitamente segui-los; há, no entanto, a gerência local que não oferece os recursos e materiais necessários (medicamentos)</i>
C31	<i>Todos os protocolos feitos são baseados em conhecimento da realidade clássica geral dos locais, ou em evidência clínica.</i>
C21	<i>Os protocolos são elaborados geralmente em grandes centros, baseados em estudos com grande amostragem e randomizados, com grupo-controle. Portanto, são considerados válidos para a nossa realidade.</i>
C24	<i>- Nem todos os que participam das realizações dos protocolos estão distantes da comunidade. - Nem todos os protocolos podem ser modificados p/ se adaptarem à comunidade. Às vezes, o SUS é que necessita modificar sua rotina p/ se adaptar ao protocolo.</i>
C28	<i>O município deveria discutir os protocolos e, com base neles, desenvolver os seus próprios, adequando-os à sua realidade.</i>
C32	<i>A meu ver o maior problema na implantação e manutenção dos protocolos clínicos é a falta de vontade política, assim como o suporte ou suplementação dos mesmos.</i>
C35	<i>Os protocolos devem ser discutidos com os profissionais que vivem a realidade nos postos de saúde, e não com os que ficam nos gabinetes.</i>
C26	<i>Temos reuniões mensais para discutirmos e aprovarmos os protocolos. Elaboramos de doenças mais prevalentes na nossa área, mas os protocolos do MS têm as características acima citadas.</i>
P7	<i>Os protocolos estão dentro da realidade, mas os municípios* precisam investir para tornar possível sua execução, ou seja, os municípios* estão fora da realidade. Não é possível deixarmos de aplicar novos recursos tecnológicos e medicamentos **, por falta de investimentos. * lê-se Gestores. ** Ver complemento do 6.1.b 6.1.b - Precisamos ter condições operacionais para seguir os protocolos. Ex. HAS - protocolo prevê dosagem de microalbuminúria; o município não disponibiliza mas é importante.</i>
P9	<i>Consenso - São guias produzidos / promovidos por entidades representativas de especialidades, compostos por autoridades científicas e acadêmicas com abrangência e ciência parcial dos problemas em nível primário. Protocolos - São diretrizes formuladas para orientar um restrito público de instituição / unidade de saúde (hospital, clínicas, secretarias), acerca de situações clínicas / procedimentos no âmbito destas instituições, para melhorar o índice de eficácia terapêutica e racionalização de custos.</i>

Quadro 2: Discurso dos profissionais na questão 6-2, por resposta e indivíduo.

Ind	Resposta
C04	<i>Apesar de os Protocolos precisarem ser alterados, deve-se ter cuidado de manter a qualidade, ou seja, a mudança tem que ser bem cuidadosa, mais em relação ao fluxo ou aos exames solicitados pela atenção primária.</i>
C31	<i>A não ser que existissem fatores que influenciasse na aplicabilidade do protocolo, o mesmo só deve ser mudado se não houver boa possibilidade da sua aplicabilidade. Não há necessidade de mudança do protocolo, a não ser que o município não dê condição para a sua aplicação.</i>
C21	<i>Os profissionais das unidades básicas devem participar da elaboração dos protocolos, mas sempre embasados em estudos maiores, científicos, oriundos de universidades idôneas, preferencialmente usando medicina baseada em evidência.</i>
C24	<i>-Algumas recomendações dos protocolos não podem mudar em virtude da população a ser atendida, visto serem primordiais e necessárias. -Acho que os profissionais das unidades básicas de saúde não precisam mudar os protocolos, mas precisam conhecê-los e, se possível, participar da sua elaboração.</i>
C28	<i>A realidade local deve ser levada em consideração, sem deixar que o empirismo de qualquer profissional anule o cientificismo do protocolo.</i>
C40	<i>Algumas vezes é necessário não seguir o protocolo por falta de recursos ou reconhecimento do protocolo pelos vários setores do município - almoxarifado com os medicamentos - recursos diagnósticos, exames laboratoriais e principalmente referência e contra-referência.</i>
C35	<i>São os profissionais que realmente conhecem a realidade de sua comunidade.</i>
P3	<i>Se é para ser alterado pelas Unidades Básicas de Saúde, não necessita de 'protocolo'.</i>
P7	<i>6.1.b - Precisamos ter condições operacionais para seguir os protocolos. Ex. HÁS - protocolo prevê dosagem de microalbuminúria; o município não dispõe, mas é importante.</i>

Quadro 3: Discurso dos profissionais na questão 8, por resposta e indivíduo.

Ind	Resposta
C31	<i>Avaliação do % de aplicação do protocolo pelos profissionais.</i>
C21	<i>Que ele seja de execução viável. Não adianta nada termos os protocolos, se o 'SUS' não fornece as condições para executá-los como: materiais de ambulatório e medicamentos essenciais.</i>
C24	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Selecionar exames com à finalidade de pedir o mais básico possível.</i> - <i>Elaborar fluxograma p/ exames.</i> - <i>Disponibilizar, na medida do possível, de todos os exames padronizados no protocolo.</i> - <i>Medidas de controle terapêutico, eficazes.</i> - <i>Disponer de todos os medicamentos necessários p/ o tratamento, no protocolo.</i>
C22	<i>Realizar debates e discussões com o profissionais que atendem nos postos de saúde.</i>
C28	<i>Que diferentes níveis da atenção à saúde (1, 2 e 3) sejam inferidos e apliquem os protocolos em conjunto, caso contrário a atenção primária aplica a nova rotina e a secundária não, o que gera choque e impede o atendimento como um todo.</i>
C40	<p><i>Não creio que o problema dos protocolos se resolva com a sua alteração, mas sim na aceitação das equipes e o aprender utilizá-lo rotineiramente, seguirem o fluxograma adequadamente.</i></p> <p><i>Pois são de grande ajuda em situações diversas e poderiam melhorar a resolutividade da unidade e a satisfação do usuário.</i></p>
C32	<i>Cada protocolo deve ser trabalhado individualmente, é uma questão de peculiaridades.</i>
C35	<i>Discutir a realidade de cada região a ser implantado o protocolo.</i>
P4	<i>O bom protocolo não necessita de modificação.</i>
P7	<i>Os protocolos devem ser impressos em número suficiente para estarem no consultório médico, onde servem como ponto de consulta rápida.</i>