

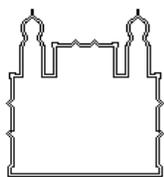
Ministério da Saúde  
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ  
Instituto Fernandes Figueira

## **Pós-Graduação em Saúde da Criança e da Mulher**

# **ESTRATÉGIAS PARA DISSEMINAÇÃO E IMPLEMENTAÇÃO DE DIRETRIZES CLÍNICAS EM MATERNIDADES PÚBLICAS: PRÁTICAS REFERIDAS PELOS GESTORES DAS UTI NEONATAIS**

Cynthia Magluta

Rio de Janeiro  
Março de 2010



Ministério da Saúde  
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ  
Instituto Fernandes Figueira

Pós-graduação em Saúde da Criança e da Mulher

## **Estratégias para disseminação e implementação de diretrizes clínicas em maternidades públicas: práticas referidas pelos gestores das UTI neonatais**

Cynthia Magluta

Tese apresentada à Pós-Graduação  
em Saúde da Criança e da Mulher,  
como parte dos requisitos para  
obtenção do título de  
Doutor em Ciências

Orientadoras:  
Maria Auxiliadora de Souza Mendes Gomes  
Susana Maciel Wuillaume

Rio de Janeiro  
Março de 2010

## Ficha Catalográfica

A ser elaborada junto a Biblioteca do IFF

## Dedicatória

A todos os gestores e profissionais do SUS que sabem que podem e fazem a diferença no cuidado de cada um dos pequeninos bebês e suas famílias

## Agradecimentos

Ao lembrar como foi fazer esta tese, me surge a imagem de uma grande rede, em que diversas pessoas se conectam, contribuem e cada um gostaria de agradecer.

Primeiro desafio foi acreditar que deveria entrar no doutorado e isto devo a Maria Auxiliadora de Sousa Mendes Gomes que me desafiou a fazer o curso e generosamente se colocou à disposição para a orientação.

Para entrar no doutorado, precisa de currículo, publicação. A Tizuko Schiraiwa, coordenadora do PAISMCA/SES confiou a mim a coordenação de um convênio entre o IFF e o PAISMCA do qual várias questões desafiaram o pensamento e também possibilitaram trabalho com diversos profissionais da Neonatologia e da Obstetrícia para discutirmos diretrizes clínicas, fazer avaliação das maternidades e fazer cursos. Daí surge o artigo em conjunto com a Dalva Baker Meio e a Rosane Reis de Melo, que foi fundamental para a entrada no doutorado. Especialmente obrigada a Maria Elisabeth Lopes Moreira, Olga Bomfim, José Roberto Moraes Ramos, Fernando Guerra do IFF e a todos do PAISMCA.

Aí vem a seleção, matrícula, curso e a todos do Depto de Ensino: Professores, Equipe da Secretaria e a Laurinete Damascena Monte, muito obrigada, pela acolhida competente. Neste momento, a turma foi fundamental, a cada um de vocês, obrigada, pelos debates e amizade.

A toda equipe de Direção da Gestão José Augusto Alves de Britto, por acreditar que seria possível compartilhar o curso com o trabalho do Planejamento do IFF.

O projeto junto ao PAISMCA também possibilitou o desenvolvimento de um artigo, que é um requisito para a defesa e para este agradeço o apoio decisivo da Marina Noronha da ENSP e também da Leda Amar de Aquino, Raulino Sabino e Camila Aloísio Alves.

A equipe do Planejamento que acompanhou e apoiou a fase de trabalho de campo, os envios de documentos aos CEPS, as múltiplas tentativas de marcar as entrevistas - Márcia Rocha, Luciane Binsfeld, Márcia Teixeira Pinto.

Na fase de validação do questionário, seis profissionais dedicaram seu tempo para colaborar nesta tarefa e aportaram contribuições valiosas. A Maria Elisabeth Lopes Moreira, Nicole Gianini, Alan Araújo, Susane Oliveira Menezes, Kátia da costa Silva, Odália Uidack Barros, um agradecimento especial. Mas o questionário também tem que ser testado, e aí o João Henrique Carvalho Leme de Almeida e a Tânia Barroso contribuíram muito, obrigada a eles.

Entrar em contato com os gestores é um desafio e tanto, neste momento contei com a ajuda da Nicole Gianini para as unidades do Rio e o José Maria Andrade Lopes a Olga Bomfim para a Rede Brasileira de Pesquisa Neonatal.

A todos os serviços que permitiram a realização do trabalho.

A todos os entrevistados, agradeço o tempo, poder ter conhecido cada um, a paciência com o longo questionário respondido com tanta dedicação.

A Neuza Araújo e a minha mãe pela ajuda na correção do banco, ao Francisco José Magluta Fernandes e Andréa Zin pela tradução dos resumos.

As múltiplas dúvidas sobre tantos detalhes foram acolhidas pela Maria Helena Cardoso, Saint Clair Gomes, Ana Maria Aranha Magalhães Costa, Andréa Zin e toda a equipe da Unidade de Pesquisa Clínica, da qual faço parte agora e que tem sido o suporte para todos os momentos.

Escrever a tese é um desafio singular, tanto a dizer e o texto que teima não fluir, neste momento a Susana Maciel Wuillaume, co-orientadora, se superou com a dedicação de rever e fazer o texto ganhar sentido.

Um agradecimento especial ao Murillo Campos Porto Jr., por aportar à tese um olhar perspicaz para detalhes críticos que fizeram a diferença.

A todos das bancas de qualificação e defesa, por sua contribuição inestimável.

O tempo dedicado à tese, especialmente os finais de semana, feriados, horário de lazer foram subtraídos da família, e todos já sabiam de cor o refrão: “não posso ir por que tenho que fazer a tese”. Mais que a paciência, o apoio cotidiano foram o suporte para todo o trabalho.

## Lista de Siglas e Abreviaturas

Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA  
Comitê de ética em Pesquisa - CEP  
Comissão de Controle de Infecção Hospitalar - CCIH  
Diretrizes Clínicas - DC  
Evidence-Based Medicine Working Group – EBMWG  
Gabinete do Ministro - GM  
Institute of Medicine – IOM  
Instituto Fernandes Figueira – IFF  
Medicina Baseada em Evidências – EBM  
MEDLINE  
Ministério da Saúde – MS  
National Institute for Clinical Excellence – NICE  
Peso ao nascer – PN  
Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher, Criança e Adolescente da Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro – PAISMCA/SES  
Rede Brasileira de Pesquisas Neonatais – RBPN  
Rede Norte-Nordeste de Saúde Perinatal – RENOSPE  
Scientific Eletronic Library Online – SCIELO  
Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro – SMS/RJ  
Sistema de Informação de Nascidos Vivos - SINASC  
Sistema Único de Saúde – SUS  
Sociedade de Pediatria do Estado do Rio de Janeiro – SOPERJ  
Unidade de Terapia Intensiva Neonatal – UTIN  
UTIN localizadas no Município do Rio de Janeiro - RRJ  
Vermont Orford Network – VON

## Sumário

Lista de Abreviaturas e Siglas	
Lista de Quadros, Tabelas e Gráficos	
Resumo	
Abstract	
Apresentação	13
Capítulo 1	
1.1 - Justificativa	15
1.2 - Referencial Teórico	23
Capítulo 2 - Objetivos	56
Capítulo 3	
3.1 – 1º Artigo: Diretrizes clínicas em neonatologia: como se posicionam os gestores de unidades públicas?	57
3.2 – 2º Artigo: Estratégias para disseminação e implementação de diretrizes clínicas em UTIN públicas: práticas referidas por seus gestores	88
Capítulo 4 – Considerações Finais	123
Referências Bibliográficas	131
Apêndices	
1 – Notas Metodológicas	139
2 - Questionário	158
3 – Instrumento de validação	172
4 – Consentimento Informado	178
5 – Resultados Complementares	180

## Lista de Quadros, Tabelas e Gráficos

Referencial Teórico	
Quadro 1	36
1º Artigo	
Tabela 1	67
Tabela 2	69
2º Artigo	
Tabela 1	103
Gráfico 1	104
Gráfico 2	105
Tabela 2	108
Notas Metodológicas	
Tabela 1	141
Tabela 2	142
Tabela 3	151
Resultados Complementares	
Tabela 1	182
Tabela 2	184
Tabela 3	188
Tabela 4	189

## Resumo

A utilização de diretrizes clínicas tem sido apontada como uma ferramenta para melhorar a qualidade da assistência, uma vez que possibilitam que o cuidado tenha algumas características desejáveis: adequação técnica e redução da variação de condutas entre profissionais. As diretrizes clínicas sistematizam as evidências científicas, auxiliando na identificação daquelas relevantes ao cuidado apropriado. Mas pode haver dificuldades em sua utilização decorrentes de sua qualidade, forma, limites do conhecimento e dos contextos de aplicação. Para a disseminação, implementação e efetiva utilização das diretrizes foram identificadas estratégias: distribuição de material educacional; encontros para a capacitação, revisão das práticas; visita de especialista e lembretes. A disseminação e implementação das diretrizes devem articular participação dos profissionais, buscando minimizar a baixa adesão. O cuidado neonatal dispõe de diretrizes baseadas em evidências consolidadas. O objetivo do estudo foi analisar as práticas referidas pelos gestores de Unidade de Terapia Intensiva Neonatal de maternidades públicas brasileiras sobre as diretrizes clínicas, seus usos, as atividades para sua disseminação e implementação e as dificuldades para realizar tais tarefas. O estudo foi realizado através de entrevista semi-estruturada com 53 chefias (médica e de enfermagem). Todos os entrevistados mencionaram a implementação de alguma diretriz no último ano, tendo como fontes: literatura e cursos (32%), normas do Ministério da Saúde (11%) e sugestões dos profissionais (11%). Identificou-se concordância significativa com as assertivas de que as diretrizes auxiliam na tomada de decisão e contribuem para redução da variação de condutas e rejeição a possibilidade de que as diretrizes sejam complicadas e rígidas. Relataram a utilização concomitante de várias atividades e diversas dificuldades foram priorizadas: insuficiência de profissionais, pequena participação dos profissionais na discussão e inadequação da infra-estrutura. Os entrevistados concordaram com posicionamentos da literatura sobre estratégias de implementação de diretrizes e suas dificuldades. Foram também evidenciados as contradições e os desafios envolvidos na utilização das diretrizes que têm o potencial de contribuir para a melhoria do cuidado se utilizada de forma crítica e prudente, podendo contribuir para a redução da distância entre o conhecimento e o que está disponível aos cidadãos.

## Abstract

The use of clinical guidelines has been identified as a tool to improve the quality of care, since they promote care with some desirable features: technical adequacy and less variation in professional conduct. Clinical guidelines systematize scientific evidence, helping to identify those features relevant to proper care. But they can be difficult to use, due to their quality, form, and limits of knowledge and application context. For the dissemination, implementation and effective use of guidelines, some strategies were identified: distribution of educational materials, training meetings, review of practices, specialist visits, and reminder memos. The dissemination and implementation of guidelines should leverage the participation of professionals and seek to minimize low compliance. Neonatal care has consolidated evidence-based guidelines. The aim of the study was to analyze the practices reported by managers of Neonatal Intensive Care Units in Brazilian public hospitals on clinical guidelines, their uses, actions for their dissemination and implementation and the difficulties involved. The study was conducted through semi-structured interviews with 53 managers (medical and nursing). All the respondents cited the implementation of some guideline in the past year, with their sources: literature and courses (32%), Ministry of Health standards (11%) and suggestions from professionals (11%). We identified significant agreement among the respondents that the guidelines help in decision-making process and contribute to reducing the variation of professional clinical approach; they also dismissed the possibility that the guidelines were complicated and rigid. Respondents reported concomitant use of various activities and several difficulties were given priority: lack of professionals, minor participation of professionals in the discussion, and inadequate infrastructure. The respondents agreed with what literature said with respect to strategies for implementing guidelines and their related difficulties. Also highlighted were the contradictions and challenges involved in using the guidelines, which have the potential to contribute to improving health care, if used in a critical and prudent manner and could contribute to reducing the gap between knowledge and what is available to the public.

Os artífices orgulham-se sobretudo das habilidades que evoluem. Por isso é que a simples imitação não gera satisfação duradoura; a habilidade precisa amadurecer. A lentidão do tempo artesanal é fonte de satisfação; a prática se consolida, permitindo que o artesão se aposses da habilidade. A lentidão do tempo artesanal também permite o trabalho de reflexão e imaginação – o que não é facultado pela busca de resultados rápidos. Maduro quer dizer longo; o sujeito se apropria de maneira duradoura da habilidade.

O Artífice, Richard Sennet

## Apresentação

Este estudo analisou as práticas referidas pelos gestores de Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) de maternidades públicas brasileiras relativas a utilização das diretrizes clínicas (DC), as atividades desenvolvidas para sua disseminação e implementação e as dificuldades encontradas para realizar tais tarefas. Foram estudados os serviços localizados no município do Rio de Janeiro e aqueles que compõem a Rede Brasileira de Pesquisas Neonatais.

Partiu-se da compreensão de que as DC são ferramentas que podem contribuir para melhorar a qualidade dos serviços de saúde, possibilitando que o cuidado oferecido apresente algumas características desejáveis, tais como a adequação técnica e a redução da variação de condutas entre equipes e profissionais (Camitini et al, 2005, Scott et al, 2004). Outro efeito desejável seria na redução de estimativas de que 30 a 40% dos pacientes não recebem um cuidado de acordo com o atual conhecimento e de que 20 a 25% dos atendimentos não eram necessários ou poderia causar dano ao paciente (Grol e Grimshaw, 2003).

Outro conceito importante para o estudo é que a adequada utilização das DC nos serviços depende de um processo de disseminação e implementação, que deve ser planejado e executado de forma cuidadosa e que a participação dos profissionais deve ser considerada um dos elementos-chave (Sally e Donaldson, 1998). Reconhece-se que o gestor tem um papel importante na gestão, especialmente ao exercer suas funções de liderança e optou-se por estudar seu posicionamento.

A escolha da UTIN como campo se justifica por sua importância estratégica para a redução da mortalidade neonatal e infantil no país e por que o cuidado neonatal se desenvolve num contexto de prática clínica em que diversas diretrizes são baseadas em evidências fortes e com consenso crescente entre os especialistas (Moreira, 2002).

A tese compreende esta apresentação, seguida da Introdução (Capítulo 1) na qual os principais argumentos que justificam o estudo e o referencial teórico são apresentados. No referencial teórico foram incluídos os seguintes temas: qualidade do cuidado em saúde, diretrizes clínicas, processo de disseminação e implementação, gestão e educação permanente. Os objetivos do estudo estão no Capítulo 2.

Os dois artigos que constituem o Capítulo 3 estão formatados de acordo com as normas da revista “Cadernos de Saúde Pública”, revista que se pretende enviar ambos artigos e cujas normas baseiam as normas de apresentação das teses da Pós-Graduação do IFF.

O primeiro artigo aborda o posicionamento da equipe gestora frente a conceitos relacionados com as DC, encontrado na literatura e inclui ainda alguns aspectos relacionados ao uso de DC nos serviços, tendo como título; “Diretrizes clínicas em neonatologia: como se posicionam os gestores de unidades públicas?”

O segundo artigo apresenta os resultados relacionados às estratégias referidas pelos gestores para implementar as DC e as dificuldades que enfrentam para desenvolvê-las com o título: “Estratégias para disseminação e implementação de diretrizes clínicas em UTIN públicas: práticas referidas por seus gestores”.

No Capítulo 4 são relatadas as considerações finais.

No Apêndice, foram incluídos notas metodológicas e resultados complementares. A descrição mais detalhada da metodologia da pesquisa possibilita a compreensão do processo da pesquisa sendo incluído ainda o questionário, o instrumento de validação e o consentimento informado utilizado. Como resultado complementar encontra-se uma caracterização das unidades, dos gestores e de seu cotidiano de gestão, auxiliando a compreensão do contexto dos serviços em que foi pesquisado o processo de disseminação e implementação das DC.

## Capítulo 1 - Introdução

### **1.1 - Justificativa**

O cuidado neonatal vem sendo expandido no país, tanto no setor privado como no público, no entanto este crescimento ainda tem se caracterizado como uma incorporação tecnológica desordenada e de qualidade pouco consistente (Carvalho e Gomes, 2005).

Concomitante a esta expansão da oferta de cuidado neonatal, a sociedade começa a mudar sua percepção da viabilidade do bebê prematuro e passa a compreender que é possível fazê-los sobreviver, sendo sua mortalidade cada vez menos tolerada, inclusive com repercussões na mídia.

A mortalidade infantil vem decrescendo no Brasil nas últimas décadas, ocorre em ritmos diferentes nas diversas regiões do país (Carvalho e Gomes, 2005), neste novo contexto a mortalidade neonatal passa a ser seu principal componente, sendo responsável por cerca de 60% dos óbitos infantis, e dentre estes a maioria é decorrente

dos óbitos de recém-nascidos de baixo peso e prematuros (Troedsson e Martins, 2002; Carvalho e Gomes, 2005).

Em 2004, foi lançado pelo governo federal o “Pacto pela redução da mortalidade materna e neonatal” (MS, 2004), no qual o Governo Federal reafirma a prioridade para área perinatal e reconhece a importância do cuidado neonatal para a redução da mortalidade infantil. Este pacto tem sido trabalhado pelo Ministério da Saúde (MS) como uma ação política buscando mobilizar compromisso de secretários estaduais e municipais para o desenvolvimento de ações concretas, compromisso já formalizado por diversos estados e municípios, dentre os quais o estado e o município do Rio de Janeiro.

O MS tem apoiado a organização de redes de serviços neonatais, dentre estas destacamos a Rede Brasileira de Pesquisas Neonatais (RBPN) e a Rede Norte-Nordeste de Saúde Perinatal (RENOSPE). A RBPN surge em 1999, foi formada pela associação de serviços universitários, reproduzindo no país uma estratégia adotada em países desenvolvidos. Dentre suas ações encontram-se a avaliação das práticas de cuidado neonatais, implementar protocolos colaborativos, compreendendo-os como estratégia de educação das equipes e de planejamento dos serviços. Para o alcance destes objetivos desenvolveu uma base de dados, que tem sido utilizada pelas 8 unidades formadoras da rede (<http://redeneonatal.fiocruz.br>) e que o MS, em 2009, expandiu seu uso para mais 40 unidades em diversas regiões do país .

A RENOSPE articula cerca de 40 unidades localizadas na região norte e nordeste e busca aprimorar o cuidado oferecido às mães e seus recém-nascidos, buscando aprimorar o desempenho dos profissionais. Tem desenvolvido pesquisas,

consultorias clínicas e educacionais ao lado de ações voltadas ao monitoramento das atividades desenvolvidas.

Estes investimentos na qualificação do cuidado neonatal no país decorrem do reconhecimento de que o acesso à terapia intensiva tem sido um dos fatores importantes para a sobrevivência do recém-nascido e contribui também para sua qualidade de vida.

O risco de morte neonatal é menor quando um prematuro nasce em uma maternidade que possui uma unidade de terapia intensiva, atribuindo-se essa diferença à melhor qualidade do cuidado imediato no momento do nascimento assim como à não exposição do bebê aos riscos inerentes ao transporte. Existem estimativas de que na Europa, mais de 70% desses nascimentos ocorra em unidades com o perfil adequado (Wildman et al, 2003).

Em 2008 foi publicada pela ANVISA RDC 36 (2008), cujo objetivo é “estabelecer padrões para o funcionamento dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal fundamentados na qualificação, na humanização da atenção e gestão e na redução e controle de riscos aos usuários e ao meio ambiente”. Dentre estes padrões para o adequado funcionamento dos serviços são mencionados a adequação da infraestrutura física, do número de profissionais, equipamentos e materiais necessários à operacionalização do serviço, de acordo com a demanda e modalidade de assistência prestada, mas também são indicadas as responsabilidades dos chefes dos serviços, ressaltando seu papel na garantir a qualidade dos processos e a continuidade da assistência e que a necessidade da eficiente utilização de com normas, protocolos e

rotinas técnicas, que devem estar escritas, atualizadas e serem de fácil acesso a toda a equipe de saúde.

No âmbito do estado e do município do Rio de Janeiro foram desenvolvidos esforços para a melhoria do cuidado perinatal. O estado do RJ, no contexto de um financiamento do MS, buscou organizar e qualificar a rede de referência à gestação de alto risco, que o grupo técnico da SES/RJ denominou de “Projeto Gerar Vida” (PAISMCA/SES,1999).

Este projeto contemplou a organização de um sistema de referência com 23 maternidades, para as quais foram adquiridos equipamentos, realizadas adequações em sua planta física, oferecidas atividades de capacitação de profissionais e constituídos grupos técnicos. Entre os grupos formados, um foi constituído pelas chefias das principais UTIN do estado, incluindo as universitárias, para adaptação de diretrizes clínicas para o cuidado intensivo neonatal e para ambulatórios de seguimento do egresso da UTIN, que contou com a participação das chefias de serviços de porte no Estado e foi apoiado pela Sociedade de Pediatria do Estado do Rio de Janeiro (SOPERJ) que auxiliou na divulgação das diretrizes, no congresso realizado em 2005.

Esta experiência trouxe elementos importantes para a concepção desta pesquisa, pois foi possível experimentar um contexto distinto das capacitações tradicionais, envolvendo as chefias dos serviços locais na discussão, entendendo que em o envolvimento favorecesse a implementação das diretrizes discutidas.

A Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS-RJ) desde 1994 vem ampliando e qualificando a oferta de leitos obstétricos e neonatais. Numa avaliação das

estratégias implementadas no período de 1994 a 2000, verificou-se que houve uma concentração do atendimento perinatal de risco nestas unidades e que houve uma redução da mortalidade neonatal dentre os nascidos nestas unidades (Gomes et. al, 2005). Dentre as estratégias para qualificar a assistência foram implementados conselhos técnicos de neonatologia e obstetrícia compostos pelas chefias médicas e de enfermagem e coordenados pela equipe de nível central da SMS/RJ. Dentre as atividades desenvolvidas por estes figuram a padronização de rotinas e protocolos clínicos e a capacitação de profissionais (Gomes et. al, 2005).

As UTIN vinculadas ao SUS e localizadas na cidade do Rio de Janeiro, pelos investimentos governamentais recebidos e aquelas vinculadas a RBPN são serviços interessantes para a proposta desta pesquisa.

No contexto brasileiro, os estudos de avaliação do cuidado perinatal apontam para a existência de problemas no componente técnico científico da qualidade. Observam-se variações indesejáveis no cuidado, como a subutilização do corticóide antenatal (Rede Brasileira de Pesquisas Neonatais, 2004); o inadequado manejo da dor no bebê quando submetido a procedimentos dolorosos durante sua internação na UTIN (Prestes, 2005); o inadequado conhecimento e procedimentos para o controle de infecção hospitalar no contexto da UTIN (Santos, 2006, Bueno, 2008) e a falta do emprego de práticas preventivas para displasia broncopulmonar, incluindo dentre estas falhas o emprego tardio do surfactante ou a baixa utilização da ventilação gentil (Medeiros, 2006).

Um estudo sobre conhecimentos e práticas dos profissionais de maternidades do Rio de Janeiro relativas à *Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso* -

*Método Canguru* (AHRNBPMC) indicou que os profissionais eram capazes de reconhecer aspectos do conhecimento teórico, mas a prática destes não corresponde de forma adequada a estes conhecimentos, especialmente pareciam desconhecer a abrangência desta proposta, pois é uma estratégia veiculada pelo MS para humanização do cuidado neonatal (Hennig, 2006).

Estes exemplos indicam uma “situação que deve ser necessariamente enfrentada e superada, visando garantir uma assistência adequada e de acordo com a melhor evidência científica disponível” (Gomes, 2004). Consideramos que o enfrentamento desta questão apontada pela autora passa necessariamente por compreender quais as estratégias para ampliar a adoção das diretrizes clínicas e das “potenciais melhores práticas”, conforme experiência da Vermont Oxford Network (VON) (Hobar et al, 2003).

Embora de relevância reconhecida, este tema (utilização de diretrizes clínicas e as estratégias para seu efetivo uso) não tem sido suficientemente abordado na literatura nacional quando comparada à internacional. A pesquisa na bibliografia internacional acessível no MEDLINE, acessado através do PUBMED, realizada em novembro de 2007, utilizando-se o termo “guideline”, seleciona 143.436 artigos sendo 34.048 artigos de revisão. Quando a pesquisa foi direcionada somente para estudos relativos a faixa etária neonatal, houve a seleção de 5.229 artigos sendo 1.332 revisões. Refinando um pouco mais a pesquisa e utilizando o termo “guideline adherence”, em toda a base do MEDLINE, foram encontrados 9.000 artigos, sendo 660 revisões. Dentre os estudos que abordam a adesão a diretrizes clínicas, a maioria discute sobre diretrizes clínicas específicas e poucos abordam os mecanismos que

propiciam sua adesão. Não foi realizada uma análise quantitativa do resultado desta busca.

A pesquisa bibliográfica no SCIELO, realizada em novembro de 2007 e utilizando os termos “diretrizes” e “guidelines” selecionou respectivamente 40 e 520 artigos. Como na pesquisa no PUBMED, a maioria dos artigos aborda uma diretriz clínica em si e não seu processo de disseminação e implementação. Foram identificados seis artigos abordando as DC, sendo que três são de atualização enfocando as diretrizes clínicas e as estratégias de disseminação (Bocchi e Marin, 2001, Berwander et al, 2004, Nobre et al, 2004). Jatene et al (2001) apresenta o “Projeto Diretrizes” ([www.projetodiretrizes.org.br](http://www.projetodiretrizes.org.br)) e também discute a importância do uso das Diretrizes Clínicas. Os artigos de Mattos (2006) e Mion (2007) apresentam estudos empíricos analisando a utilização de Diretrizes Clínicas em cardiologia e asma, respectivamente.

Em 2008 e 2009 foram publicados quatro artigos pelo grupo de pesquisa da ENSP e coordenado por Portela (Portela et al, 2008 a, b, Escosteguy et. al., 2008, Lima et.al., 2009). Dois artigos apresentam pesquisa sobre utilização de diretrizes clínicas em operadoras de planos de saúde e nos hospitais vinculados aos planos de saúde, através de uma amostragem representativa nacional, realizam entrevistas com seus dirigentes. Identificaram que 32,3% das operadoras conduzem a implementação de DC e que 51,6% dos hospitais referem sua utilização. Identificam ainda variações regionais e segundo a especialidade. Nos hospitais que possuem Neonatologia, 89% de seus dirigentes referiram utilização de DC.

Os outros dois artigos abordam focam o uso de DC em cardiologia tanto dentre as operadoras de plano de saúde como na atenção básica.

Desde 1999, a Associação Médica Brasileira e o Conselho Federal de Medicina instituíram e coordenam o “Projeto Diretrizes” que tem obtido apoio de diversas sociedades médicas brasileiras com a finalidade de auxiliar a decisão médica e favorecer um melhor cuidado aos pacientes ([www.projetodiretrizes.org.br](http://www.projetodiretrizes.org.br)). Neste projeto, a Sociedade Brasileira de Pediatria desenvolveu 24 diretrizes sendo 17 referentes a uso de vacinas, mas nenhuma aborda o cuidado neonatal (acessado em 13 de janeiro de 2010).

## 1.2 - Referencial teórico

### 1.2.1 - A qualidade da assistência à saúde e a incorporação de diretrizes clínicas

Santos e Victora (2004) apontam que a qualidade da atenção oferecida é uma questão ética, mas que o conceito de qualidade é complexo, polivalente, existindo diversas definições para o termo (Serapioni, 2006). Cada ator que interagem com o sistema de saúde demanda que o sistema de saúde tenha qualidade, no entanto possuem pontos de vista distintos, tornando ainda mais complexa a noção de qualidade.

Donabedian (1984), um dos principais formuladores dos estudos de qualidade em saúde propõe que a qualidade “... *do cuidado técnico consiste na aplicação da ciência e tecnologia de uma maneira que resulte no máximo de benefícios para a saúde sem aumentar os riscos*”. Os graus de qualidade traduzem-se na possibilidade de que a atenção prestada encontre o equilíbrio mais favorável entre riscos e benefícios. O IOM (1990) define a qualidade do cuidado como o “grau no qual serviços de saúde ampliam a probabilidade de resultados desejáveis para indivíduos e população e é consistente com o conhecimento profissional corrente”.

A qualidade em saúde deve ser compreendida como o resultado da integração e conexão entre a eficácia técnica, uso adequado de recursos e o posicionamento dos usuários (Serapioni, 2006). Tal integração é referida por Donabedian (1984) ao destacar seus três componentes: a atenção técnica, que se relaciona com a aplicação do conhecimento e da tecnologia; a dimensão interpessoal entre a equipe e o paciente e, finalmente, o ambiente onde se processa o cuidado.

Considerando a atenção técnica, Donabedian (1984) aponta que é responsabilidade do profissional procurar realizar a assistência no melhor padrão de qualidade, e que os fatores sócio-econômicos dos serviços ou de seus usuários devem ser encarados como elementos que facilitam ou dificultam o processo, não fazendo, porém, com que o padrão de qualidade em si mesmo seja mudado. O uso dos recursos dos serviços de saúde deve se caracterizar por uma adequada seqüência de procedimentos, onde não devem existir omissões nem excessos. Conseqüente com esta compreensão se admite que a implementação das diretrizes clínicas pode auxiliar aos profissionais e gestores a alcançar esse padrão de qualidade auxiliando também o diálogo com seus usuários.

A falta de cuidado como um todo ou em parte, implica em baixa qualidade de atendimento. Por outro lado, o excesso de assistência pode ser considerado, no mínimo, um desperdício e também uma assistência falha, uma vez que não somente aumenta o custo para o paciente ou sistema, mas também pode submeter o paciente a riscos desnecessários, já que os procedimentos não são isentos destes riscos.

Na análise da qualidade em saúde, Donabedian (1984) subdivide o aspecto técnico da assistência em três componentes: processo, estrutura e resultado.

Chamou de "processo da atenção" ao conjunto de ações que ocorrem entre os profissionais e pacientes. Para ele, avaliar o processo consiste em emitir um julgamento em base a normas que são formadas pelo estágio do conhecimento técnico-científico da Medicina, da ética e dos valores da sociedade. Podemos, à luz da discussão atual sobre as diretrizes clínicas, compreender que elas cumprem o papel que Donabedian (1984) menciona para as normas. Procedimentos escritos de cunho

gerencial (por exemplo: fluxogramas e normas operacionais) e de diretrizes clínicas fazem parte da estrutura do serviço e é considerado estratégico para desenvolver a qualidade do processo ao possibilitar uma prática consistente e atualizada.

Estes conceitos são mencionados em padrões da Acreditação (Joint Commission International, 2003), assim como fazem parte das recomendações de programas de saúde brasileiros, como pode ser exemplificado pelo Passo 1 da Iniciativa Hospital Amigo da Criança: “Ter uma norma escrita sobre aleitamento materno, a qual deve ser rotineiramente transmitida a toda a equipe do serviço”, que foi desenvolvida pela OMS e UNICEF (<http://www.unicef.org/brazil/ihac.htm>) e implementada no país pelo MS desde a década de 90.

### *1.2.2 - Diretrizes clínicas*

O conceito mais citado de diretriz clínica é o desenvolvido pelo Institute of Medicine (IOM) (1990): são “afirmações sistematicamente desenvolvidas para auxiliar as decisões que os médicos e pacientes devem tomar sobre o cuidado apropriado em uma circunstância clínica específica”. O termo “diretriz clínica” ainda é pouco utilizado em nosso meio, no cotidiano dos serviços e usa-se mais frequentemente o termo “rotina clínica”. Atallah (2002), que participa do Centro Cochrane do Brasil, concorda com esta definição ao considerar as diretrizes clínicas como “sugestões de condutas clínicas” e inclui um alerta – “que só devem ser aceitas se baseadas nas melhores evidências científicas existentes”.

A Medicina Baseada em Evidências (MBE) busca superar uma prática clínica subsidiada exclusivamente nos seguintes elementos: a experiência não sistematizada

do médico; o estudo e a compreensão dos mecanismos básicos das doenças e fisiopatologia; os processos tradicionais de treinamento profissional, o senso comum para análise dos resultados das pesquisas de testes diagnósticos e tratamentos e as diretrizes clínicas geradas tomando por base os elementos anteriores (EBMWG, 1992, Sackett, 1995).

Sugere que a prática clínica seja construída agregando aos elementos descritos a sistematização das evidências científicas, valorizando estudos epidemiológicos realizados em base populacional e na epidemiologia clínica, utilizando métodos sistematizados para a análise dos resultados da busca de informação científica sobre um determinado assunto da prática clínica e finalmente utilizando o juízo do médico na adaptação destes achados para a condução do paciente. Entende que a utilização da MBE não garante bons resultados, mas contribui para a redução das possibilidades de maus resultados (EBMWG, 1992, Sackett, 1995).

Uma pesquisa com professores de clínica médica de duas das mais importantes universidades do Rio de Janeiro (Camargo Jr, 2003), que visava compreender como os médicos selecionam conhecimentos confiáveis para sua prática clínica, identificou uma hierarquia de fontes de conhecimento.

O nível mais alto encontrava-se a experiência pessoal, ou seja, o aprendizado com o cotidiano da clínica através da reflexão sobre o cuidado, a interação com os pares e com os alunos. Uma segunda fonte era a informação escrita, sendo subdividida em três: artigos de revista, os livros textos de referência e a internet. A internet foi considerada atualizada, mas nem sempre confiável, os livros textos, desatualizados, mas muito confiáveis e os artigos estavam no centro desta variação. Algumas revistas

serviam de referência, ocupando um papel de autoridade cognitiva. A fonte menos referendada incluía as comunicações orais passivas tais como as conferências, palestras ou cursos de treinamento. As posições favoráveis a este tipo de fonte justificavam sua posição por considerar uma fonte de informação já processada, fácil.

Esta pesquisa identifica uma posição dos professores distinta daquela proposta pelos autores da MBE, não incluíram a busca sistemática da evidência na literatura, mas o autor levanta a hipótese de que os médicos não estejam capacitados a ler adequadamente os artigos, mas também pondera que podem ter desenvolvido um mecanismo de reconhecimento de padrões de qualidade destes artigos, não sendo, porém capazes de apresentar os passos que percorre na apreciação crítica da literatura (Camargo Jr, 2003).

Cabe ressaltar que esta pesquisa entrevistou professores universitários, que foram caracterizados como consumidores do conhecimento e não produtores, mas com maior possibilidade de discussão e troca de informação do que os profissionais de serviços não universitários (Tamblyn e Battista, 1993).

A literatura reconhece diversas fontes de evidência desde a opinião dos especialistas até os estudos clínicos controlados, sendo estes considerados como de maior rigor científico. Atallah (2002) e Moreira (2002) utilizam classificações semelhantes, na qual o nível I de evidência é composto pelas revisões sistemáticas com metanálise de estudos clínicos controlados enquanto que a opinião de especialistas constitui o nível mais frágil. Os graus de recomendação são apresentados em diretrizes clínicas e significam graus de consenso quanto à aplicação de um procedimento. São três os graus de recomendação: A – Recomendações

suficientemente fortes para haver consenso; B – Evidências não definitivas e C – Evidências suficientemente fortes para contra-indicar a conduta.

O desenvolvimento de diretrizes clínicas segue uma metodologia que inclui a revisão da literatura e a análise da mesma por especialistas encarregados de estabelecerem as recomendações. (IOM, 1992, Baker e Feder, 1997, Grol e Grimshaw, 2003,). Mesmo considerando tais propostas metodológicas, alguns autores reconhecem que este processo de desenvolvimento sofre influências econômicas e depende, como todo desenvolvimento científico (Santos, 1989), da opinião dos especialistas e de sua forma de interpretar a literatura (Raine t al, 2004).

Algumas recomendações para o processo de desenvolvimento das DC visam que as mesmas sejam mais utilizadas nos serviços, a saber: diálogo mais eficaz entre os especialistas e os profissionais da clínica que efetivamente as usarão, possibilitando que as circunstâncias do mundo real sejam consideradas (Scott et al, 2004) e experimentação no cotidiano antes de sua disseminação (Francke et al, 2008).

Michie (2004) enfatiza a importância de que as DC sejam claras e precisas em suas recomendações, discriminando os elementos cruciais e descrevendo exatamente o que fazer, quando e como fazer.

Cabe mencionar que o processo de desenvolvimento das DC é dispendioso (Baker e Feder, 1997), somente devendo ser realizado para problemas de saúde significativos e que não tenham recomendações atualizadas. Tal consideração é fundamental para os países em desenvolvimento, visando não se incorrer em gastos desnecessários.

Woolf et al (1999) e colaboradores fazem uma análise dos benefícios, limitações e danos que as diretrizes podem ter ao serem utilizadas no cotidiano da assistência. Consideram que a utilização das DC vem aumentando desde o início da década de 1990 e apresentam como benefícios potenciais a melhora do cuidado ao paciente. Consideram que as DC podem melhorar esse cuidado ao promover as intervenções com evidências substantivas e desencorajar a utilização daquelas que não são efetivas. As diretrizes podem aumentar a consistência do cuidado, tornando mais provável que pacientes com condições semelhantes sejam cuidados de forma semelhante em diferentes plantões, em diferentes serviços e hospitais etc.

Como limitação das diretrizes admite-se três razões para a possibilidade de erro: lacunas no conhecimento científico. Somente um conjunto ainda restrito de procedimentos clínicos tem evidências consistentes; as recomendações podem estar influenciadas pela opinião dos membros do grupo de desenvolvimento da diretriz e finalmente, influências econômicas podem estar presentes na recomendação.

Os mesmos autores apontam ainda que o uso das diretrizes pode causar danos aos pacientes, aos profissionais de saúde e ao próprio sistema de saúde, decorrentes das limitações apresentadas e de contextos que tornam rígida sua aplicação, impedindo o adequado juízo clínico e a expressão da decisão do paciente. Concluem indicando que o uso das diretrizes é questão controversa, mas mostram-se favoráveis ao seu uso considerando seus benefícios.

A reflexão sobre limites e possíveis danos que o uso das diretrizes pode aportar para o cuidado dos pacientes é importante para que tais riscos sejam gerenciados e minimizados, ampliando seus benefícios, ou seja, compreender como Mattos (2004) ao

afirmar a necessidade de um “cuidado prudente para uma vida decente”, parafraseando Boaventura Santos (1987) em sua crítica a ciência moderna. Este autor considera que a ciência moderna tem maior capacidade de realizar descobertas do que compreender suas conseqüências. Outra crítica que formula é que a ciência moderna se difunde como o único conhecimento válido e neste processo silencia diversos outros saberes.

Portanto, a busca por um cuidado prudente no uso das tecnologias e das evidências científicas significa evitar no cotidiano silenciar o próprio juízo clínico, o paciente, as contribuições dos diversos profissionais e buscar perceber os resultados e as conseqüências das práticas desenvolvidas.

Outro aspecto da crítica de Boaventura Santos (1989) à ciência moderna é que esta tem operado como um conhecimento dominação e entende que o conhecimento deveria ser emancipador, possibilitando a descoberta de novas alternativas e novos conhecimentos. Em relação às diretrizes há um risco que seu uso seja mais uma forma desse conhecimento dominação ou regulador (Santos, 1989).

Não se trata de fazer com que os médicos e os profissionais de saúde sejam seguidores de receitas de bolo, como alguns críticos a utilização de diretrizes têm postulado (Grol e Grimshaw, 2003) ou ainda fazer das DC uma ferramenta de limitar o acesso da população a tecnologias. As críticas ao uso de DC no contexto do cuidado pediátrico e neonatal em sistemas tipo “*maneged care*” enfatizam que as DC têm sido prioritariamente uma ferramenta de controle de custos e a qualidade do cuidado teria um valor secundário (Merritt et al, 1997).

Aplicar de forma judiciosa as recomendações é tão importante quanto poder aprender com a experiência e construir um olhar atento ao cotidiano, possibilitando novos conhecimentos, como explicitado na experiência da Vermont Oxford Network (VON) (Hobar et al, 2003), que ao analisar o cotidiano da equipe nas UTIN, verifica que estar incluído em uma equipe, não necessariamente se caracteriza como um trabalho de equipe, coordenado e consensuado, que tais características devem ser construídas com processos projetados para alcançar tal finalidade.

A VON utiliza as ferramentas da gestão pela qualidade, optando por um trabalho de longo prazo de qualificação dos profissionais, adaptação de diretrizes, busca ativa das melhores práticas possíveis entre os filiados da rede e comparação dos resultados do cuidado neonatal com intenso retorno desta informação aos serviços e profissionais participantes, quer seja em reuniões anuais como visitas aos serviços. Em tal experiência a qualidade é um valor que não exclui o uso adequado de recursos.

Considerando a necessária prudência no uso das diretrizes e das evidências científicas, cabe discutir como tem ocorrido sua implementação nos diversos contextos dos países desenvolvidos e naqueles em desenvolvimento.

Erhardt (2005) contextualiza que a utilização do conhecimento disponível não é um problema novo para o desenvolvimento do cuidado à saúde, cita que decorreram 200 anos entre a demonstração que o suco de limão prevenia o escorbuto e a adoção de comidas frescas e frutas pela marinha britânica. Na sociedade da tecnologia e das comunicações, obviamente o tempo entre o estabelecimento de descobertas e recomendações se reduz drasticamente, mas continua existindo. Como exemplo, cita que somente 50% dos pacientes recebem um adequado manejo de níveis de colesterol

e controle da pressão sanguínea. Considera que um fator importante é a percepção que médicos e pacientes têm das condições clínicas e suas conseqüências. A percepção dos profissionais é que eles informam e orientam adequadamente seus pacientes, quando de fato a mensagem - orientação de cuidado, não é compreendida e conseqüentemente não é adotada pelos pacientes.

Uma outra vertente da incorporação de procedimentos e tecnologias é sua adoção indiscriminada, podendo resultar em superutilização (Krauss Silva, 2003) ou mesmo danos aos pacientes, como ocorreu com o uso indiscriminado de oxigênio para o cuidado dos prematuros na década de 50, resultando em verdadeira epidemia de retinopatia de prematuridade e cegueira (Moreira, 2002).

Cabana et al (1999) propõe um esquema analítico para compreender as barreiras ou dificuldades à implementação das diretrizes identificando categorias e agrupando-as em três grupos. O primeiro grupo é relativo ao conhecimento do profissional, ou seja, o quanto o profissional não está ciente ou familiarizado com a diretriz. O segundo grupo engloba fatores vinculados às atitudes dos profissionais, tais como: não concordar com a diretriz, considerar muito restritiva à prática, não achar que consiga seguir a recomendação, não acreditar que o resultado proposto vá ocorrer e estar acostumado com a prática anterior. O último grupo inclui os aspectos relacionados ao comportamento dos profissionais, tais como: fatores vinculados às preferências dos pacientes; aspectos da organização do tempo destinado aos procedimentos; ambiente dos serviços e características das próprias diretrizes.

Cochrane et al (2007) atualizaram o esquema analítico de Cabana através de uma revisão sistemática com a mesma estratégia de busca para o período de 1998 a

2007. O estudo apresentou o número de referências bibliográficas identificadas para cada tipo de barreiras. A maior frequência (47%) foi relativa ao ambiente dos serviços, parte das citações (18%) abordava a falta de suporte, falta de profissionais ou recursos materiais e questões do financiamento dos serviços e 16% dos artigos indicavam como barreira a falta de organização e estrutura, falta de sistema de referência, falta de organização da equipe.

A revisão sistemática coordenada por Grinshaw et al (2004), apresenta uma discussão sobre as diferentes estratégias de disseminação e implementação das diretrizes clínicas, uma questão crítica no âmbito do como fazer. A revisão analisou 385 estudos, desenvolvidos em 14 países, mas principalmente nos EUA (71%), Inglaterra (11%) e em outros países desenvolvidos. O México representa a única menção de um país em desenvolvimento.

No Quadro 1, foram sistematizados os achados de Grinshaw et al (2004), apresentando as estratégias investigadas, os comportamentos clínicos que os estudos visavam aprimorar e o efeito observado em termos da mudança nestes comportamentos clínicos. As principais estratégias descritas nesta publicação abrangem: distribuição de material educacional; encontros para a capacitação, incluindo aqueles realizados no serviço ou a participação em congressos; a revisão das práticas com o retorno da informação à equipe assistencial; visita de um especialista ao local de prática dos profissionais para disseminar as diretrizes; lembretes para o processo assistencial que podem ser verbais, escritos ou utilizando sistemas informatizados e finalmente intervenções mediadas pelos pacientes, o que implica em

repassar informações à sociedade e no momento de sua interação com os profissionais eles solicitariam um cuidado específico.

Os autores (Grinshaw et al, 2004) apresentaram ainda uma análise de factibilidade de algumas estratégias de implementação de DC, subsidiada por entrevistas telefônicas com profissionais em diferentes campos de prática assistencial (hospitais, ambulatórios especializados e médicos de família). Os entrevistados nesta pesquisa consideraram que a distribuição de material escrito é a estratégia que consome menos recurso, incluindo entre estes o tempo dos profissionais. Enquanto que a estratégia que mais consome recurso foi a visita breve para informação nos locais de prática dos clínicos.

Consideraram também importante incorporar sistemas informatizados para dar suporte ao processo contínuo de auditoria com retorno da informação. A informatização também foi sugerida para os lembretes ampliando a consistência desta estratégia e tornando a informação disponível aos profissionais no momento que fazem prescrições ou solicitam exames complementares, porém o autor alerta que tais programas para os lembretes ainda não estão disponíveis para o cuidado primário e há acesso restrito a prontuários informatizados.

Os problemas de transporte e custeio dos profissionais em cursos e congressos também foram ressaltados assim como a necessidade de financiamento específico para as estratégias no orçamento dos serviços e do sistema de saúde.

A análise de Grimshaw et al (2004) considera a evidência ainda pouco consistente para subsidiar os gestores na escolha das estratégias de disseminação e

incorporação das diretrizes clínicas e enfatiza a deficiência metodológica dos estudos, fato também mencionado por outros autores (Bero et al, 1988).

Estratégias	Descrição da estratégia	Uso da estratégia	Comportamento clínico	Ambiente de prática estudado	Resumo dos resultados
Distribuição de material educacional (MAT. ED)	Distribuição de recomendações publicadas ou impressas, que podem ser entregues a cada profissional pessoalmente ou enviado por correio.	Isolada	Manejo clínico Ações preventivas Solicitação de exames Procedimentos	Cuidados primários	Efeito modesto (de 5 a 10%),
		com ENC CAP	Manejo clínico	Cuidados primários	Efeito pequeno (<5%) Evidência esparsa e de qualidade ruim
		Com AUD &FB	Manejo clínico Prescrição, Solicitação de exames	Assistência ambulatorial, atenção hospitalar	Efeito modesto (de 5 a 10%),
		Com ENC CAP e AUD &FB	Manejo clínico Solicitação de exames	Assistência ambulatorial, cuidados primários e atenção hospitalar	Efeito pequeno (<5%)
Auditoria com retorno da informação (AUD &INF)	Coleta e sistematização de dados sobre o desempenho clínico dos profissionais (coletado de prontuários ou bancos de dados informatizados) e informação aos mesmos sobre esta análise.	Isolada e múltipla	Manejo clínico Ações preventivas Solicitação de exames Planejamento de alta	Assistência ambulatorial, cuidados primários e atenção hospitalar	Efeito modesto (de 5 a 10%),
Encontros para capacitação (ENC CAP)	Conferências, eventos de capacitação	Isolada e múltipla	Manejo clínico Referência	Cuidados primários e atenção hospitalar	Efeito pequeno (<5%) Poucos estudos

Quadro 1 - Descrição das estratégias e principais resultados na revisão sistemática, adaptado de Grimshaw et al, 2004

Estratégias	Descrição da estratégia	Uso da estratégia	Comportamento clínico	Ambiente de prática estudado	Resumo dos resultados
Visita Educacional ao local de trabalho (VIS ED)	Um profissional qualificado visita os profissionais em seu local de prática visando dar informações para mudar seu desempenho clínico, pode incluir uma análise do desempenho do profissional	Múltipla com MAT. ED,	Manejo clínico Ações preventivas Prescrição Procedimentos	Cuidados primários, Atenção domiciliar e atenção hospitalar	Inefetiva
		Múltipla com MAT. ED e ENC CAP			Efeito de modesto a moderado (.5% a 20%) Segunda estratégia mais avaliada.
Lembretes (LEM)	Informação específica visando lembrar o profissional sobre uma prática, podem ser verbais, escritos ou utilizar sistemas informatizados.	Isolada	Manejo clínico Ações preventivas Prescrição Solicitação de exames Planejamento de alta	Assistência ambulatorial geral e especializada, Cuidados primários, Assistência hospitalar	Efeito moderado (10 a 20%) Estratégia com maior número de estudos
		Múltipla com INT PAC	Manejo clínico	Assistência ambulatorial Cuidados primários,	Efeito moderado (10 a 20%)
Intervenções mediadas pelos pacientes (INT PAC)	Novas informações clínicas coletadas pelos pacientes e entregues aos profissionais.	Isolada e múltipla	Manejo clínico Ações preventivas	Assistência ambulatorial, cuidados primários	Efeito moderado a grande (de 10 a 20%) especialmente para ações preventivas.

Quadro 1(cont) - Descrição das estratégias e principais resultados na revisão sistemática, adaptado de Grimshaw et al, 2004

### *1.2.3 - Gestão do serviço e mudanças de prática clínica*

A importância da gestão nos serviços de saúde é reiterada por diversos autores, sendo que mais recentemente, foram enfatizados o conceito de co-gestão, a integração do ensino com a gestão e a gestão da clínica. As atividades de disseminação e implantação de diretrizes clínicas fazem parte do já complexo processo gerencial da UTIN, que abrange ainda a busca pela qualidade, o monitoramento dos resultados, a organização do processo de trabalho, o enfrentamento dos conflitos e a interação do serviço com outros serviços do hospital e da rede local.

A gestão, segundo Motta (1991), “é um termo genérico que inclui as idéias de dirigir e decidir, tendo sido qualificada no Brasil, mais recentemente nos processos participativos como co-gestão”. Entende ainda que a gerência é a arte de pensar, de decidir e de agir; é a arte de fazer acontecer, de obter resultados, que podem ser definidos, previstos, analisados e avaliados, mas que têm que ser alcançados através de pessoas, numa interação humana constante. Esta busca pelo resultado vincula a gestão ao poder e ao seu uso. O poder pode ser compreendido como o meio de conseguir que as coisas sejam feitas, de obter resultados e não está vinculado necessariamente ao conflito, nem é sempre um obstáculo à liberdade ou à emancipação, mas seu próprio veículo, embora tenha também a dimensão coercitiva (Giddens, 1984).

Na concepção de Campos (2000), a gestão é uma tarefa coletiva, deve ser compreendida como forma de organizar o trabalho e que deveria assumir uma dupla finalidade: a de possibilitar a produção das coisas e serviços, mas ao mesmo tempo, a constituição de pessoas e coletivos organizados. Esta concepção de gestão implica na

constituição de “espaços coletivos” compreendidos como lugares e tempos por meio dos quais as equipes interferem no sistema produtivo e que devem desempenhar três funções básicas:

1. uma clássica: a administração e o planejamento dos processos de trabalho objetivando a produção de valores de uso;
2. outra de caráter político: a co-gestão como uma forma de alterar as relações de poder e construir a democracia em instituições;
3. e ainda uma pedagógica e terapêutica: a produção e subjetividade, constituição dos sujeitos, possibilitando a construção de si através do projeto de trabalho como uma dimensão importante para a construção e expressão dos sujeitos.

A existência destes espaços é um sinal da democracia na organização e constitui a possibilidade de exercício do poder, de acesso às informações, de tomar parte em discussões e na tomada de decisões.

Enfrentando a crítica de que tais espaços coletivos não possibilitassem um alcance de produtividade e das finalidades da organização, Campos (2000) argumenta que é necessário desenvolver a “capacidade de direção” para o coletivo e não somente para a cúpula dirigente, retirando tal conceito de Gramsci, ou seja a “capacidade de direção” é a habilidade e a potência para compor consensos, alianças e implementar projetos. Visando ampliar tal capacidade propõe que os coletivos de trabalhadores tenham acesso a profissionais de diferentes qualificações que deveriam ao mesmo tempo contribuir com conhecimentos necessários ao desenvolvimento dos projetos, auxiliando o grupo no alcance da melhoria do cuidado nos serviços de saúde.

A análise de Motta converge no sentido de valorizar a gestão participativa, mas como uma estratégia de superar a insatisfação no trabalho, administrar relações de poder e mobilizar energias individuais para fins coletivos, superando o baixo comprometimento com a organização. Entende que a alienação faz com que o indivíduo não se sinta parte ativa no processo de decisão e ação, reduzindo com isso sua capacidade de contribuição na organização do trabalho. Outra consequência apontada seria a despreocupação com a produtividade, na falta de iniciativa e, sobretudo na apatia e submissão e alta dependência das chefias, mas caberia também supor que o trabalhador mantenha tal comportamento, pois é possível que ele possa obter benefícios decorrentes do mesmo. A reação e análise dos dirigentes segundo Motta, é errada ao aumentar a pressão e o controle, ampliando aquilo que desejariam reduzir, pois consideram tais características de alienação inerentes à natureza humana no trabalho.

No contexto da co-gestão, o gerente deve ser compreendido como um coordenador, mais que ordenador (Campos, 2000). Tem que exercer o poder compartilhado, mais ainda deve favorecer o exercício do poder compartilhado para que o objetivo da instituição seja alcançado. Deve aportar subsídios e apoiar criticamente a análise dos coletivos sobre os resultados das decisões, das práticas institucionais, das normas institucionais, da forma como o cotidiano se estrutura, das consequências impremeditadas advindas das decisões e práticas. A análise das consequências impremeditadas sugere Giddens (1984) pode constituir-se importante ferramenta para a análise da agência humana.

Giddens (1984) considera que as pessoas desenvolvem sua agência sendo capazes de elaborar discursivamente as razões de sua ação, inclusive mentindo a respeito delas, no que conceituou como consciência discursiva. Sabem como agir nos grupos, pois monitoram elementos centrais para sua sociabilidade, tal conhecimento foi conceituado como consciência prática. A reflexividade da ação humana, capacidade de monitorar seu contexto de vida e agir de acordo, está envolvida na estruturação das instituições, desta forma compreende que a ação cotidiana, o micro das análises sociológicas faz parte da estruturação das organizações sociais e não somente as influências das macro-estruturas sociais.

Um dos recursos da estrutura das organizações são suas regras, que podem ser implícitas ou explícitas e que possibilitam a ocorrência de conseqüências impremeditadas. Uma regra ou projeto, além do que foi compreendido como seu objetivo, pode gerar opções que ampliam o alcance do objetivo proposto ou por outro lado o torne ineficaz.

A busca, portanto de uma direcionalidade na gestão é sempre parcial e condicionada a possibilidade de entendimento dos coletivos e da possibilidade de disparar conseqüências impremeditadas. Desta forma a governabilidade é relativa e é necessária que se tenha uma atenção constante, um monitoramento crítico, quer seja para não reduzir, por excesso de direção as novas possibilidades, mas especialmente para não permitir que os efeitos contrários ao desejado permaneçam como parte da estrutura da organização.

A ampliação do entendimento sobre a organização dos coletivos, na concepção de Campos (2000) é tarefa compartilhada pelos grupos, pelo gestor e por apoiadores

matriciais. Estes dois últimos deveriam auxiliar na análise de demandas, determinações e limitações advindas do mundo externo e de outras instâncias da própria organização, auxiliando as equipes a encontrarem novas soluções, aliando um conhecimento externo ao processo ao conhecimento das equipes, ou seja, interno ao processo.

O contexto da co-gestão amplifica a concepção de que o trabalho gerencial é atípico, diferente dos outros processos produtivos, é multifacetado, implicando em diversas atividades internas à organização e externa também. É uma ação cujo exercício se faz de forma fragmentada e intermitente. Rejeita a concepção tradicional, que percebia o gerente como um alguém voltado às decisões racionais, um planejador sistemático e um coordenador e supervisor eficiente das atividades organizacionais (Motta, 1991).

Como os neonatologistas, experimentam a gestão da UTIN? Motta relata que freqüentemente muitos profissionais se tornam chefes por serem profissionais que se destacam em seu trabalho como técnico, não se refere à área da saúde, nem somente ao setor público, mas forma genérica para o contexto brasileiro. Ressalta ainda que a prática de permitir que o dirigente só tome contato com a gerência quando assume sua primeira função administrativa, que seu aprendizado dos processos gerenciais sejam exclusivamente do cotidiano e que somente tenha algum treinamento curto pode ser um obstáculo aos objetivos das instituições e à qualidade do que fazem e do como as equipes vivenciam o trabalho.

Motta rejeita a idéia de que um especialista em uma área de conhecimento, por exemplo, um médico, possa ser necessariamente eficaz na gestão baseado somente em seus conhecimentos de especialista, mesmo que tenha habilidades de

comunicação inatas e a uma capacidade de coordenar o trabalho coletivo. Ressalta que é necessário um aprendizado de gestão, entendendo que as capacidades gerenciais podem ser aprendidas através de um processo de formação que permita ao sujeito questionar-se, adquirir novos valores, reconstruir sua experiência e aumentar o grau de compreensão sobre si próprio, sobre a realidade em que vive e trabalha, sobre a liderança de equipes, ampliando sua capacidade de exercitar a co-gestão.

As propostas de educação permanente compreendem de forma semelhante o papel do processo de capacitação, sendo o indivíduo ator de seu próprio aprendizado (Ceccim, 2005).

Richard Cyert e James March (apud Motta,1991) analisam as decisões gerenciais compreendendo a organização como uma coalizão de poder, entendendo que os objetivos da organização são os objetivos da coalizão que domina a organização. A manutenção da coalizão gasta boa parte da energia dos dirigentes. Este tipo de abordagem é importante, pois para que os coletivos atuem não se pode partir do princípio de que os objetivos são comuns, de que não existem objetivos discordantes ou mesmo que existam profissionais que priorizam interesses pessoais em detrimento da missão institucional.

Para autores brasileiros apoiados na psicossociologia (Azevedo et al, 2002), a organização pode ser vista como “uma arena atravessada por visões de mundo e interesses conflituosos”. Nesta perspectiva, a governabilidade não estaria nem na anulação do outro pelo uso da força nem na construção de acordos normativos com base em argumentos racionais, mas na inclusão das dimensões culturais, simbólica e imaginária. O sujeito é compreendido como “clivado, não integrado, atravessado por

falhas, desejos, acompanhado por uma inquietante estranheza”, mas capazes de estabelecerem vínculos diversos e de pactos sociais baseados em algum grau de idealização sobre este coletivo no qual convive.

O estabelecimento destes pactos estaria imerso no “conflito entre o desejo de cada um dos indivíduos de ser reconhecido em sua originalidade e especificidade, de fazer-se aceito em sua diferença e, por outro lado de ser igualmente reconhecido como um dos membros do grupo e da organização, portanto semelhante aos seus pares”. As respostas organizacionais podem levar a massificação restringindo a inovação e a criatividade ou podem estabelecer um projeto comum que admite a expressão de desejos variados, sendo fruto de argumentações, negociações que aceitem e tratem os conflitos. Um dos dilemas centrais das organizações é o de “simultaneamente favorecer a construção de uma identidade coletiva e o exercício da singularidade e da autonomia dos sujeitos” (Azevedo et al, 2002), no contexto da produção de valor em sua missão institucional.

#### *1.2.4 – A Gestão e o Ensino para o Trabalho*

A relação entre a gestão e o ensino para o trabalho é um tema recorrente tanto na literatura voltada para empresas como na saúde e mais especificamente no SUS.

Peter Senge (1990) formula tal relação com a concepção da organização que aprende, propõe que as organizações incorporem de forma integrada as cinco disciplinas para tornarem-se capazes de aprender: *(i)*.pensamento sistêmico ou seja buscar ver o todo, considera os sistemas complexos cuja compreensão necessita este pensamento sistêmico, considera esta a disciplina integradora; *(ii)* domínio pessoal, um nível especial de proficiência, um compromisso com o próprio aprendizado ao longo da

vida; *(iii)* capacidade de crítica dos modelos mentais, “pressupostos profundamente arraigados, generalizações ou mesmo imagens que influenciam nossa forma de ver o mundo e agir” (p 33) e que nem sempre são conscientes ou sua influência no comportamento perceptível *(iv)* construção de uma visão compartilhada, que impulsiona todos na organização e *(v)* aprendizagem em equipe, processo de alinhamento e desenvolvimento da capacidade da equipe de criar resultados.

O processo de aprendizagem em equipe depende de que a equipe possa pensar reflexivamente sobre os assuntos complexos, de uma ação inovadora e coordenada baseada em uma “confiança operacional”, onde cada membro da equipe permanece consciente dos outros e por fim a interação com outras equipes nesta mesma perspectiva do aprendizado conjunto. Este processo depende de que as equipes sejam capazes de práticas de diálogo e discussão, compreendidas como complementares. Sendo a primeira conceituada por Senge (1990) como “uma exploração livre e criativa de assuntos complexos e sutis, uma profunda atenção ao que os outros estão dizendo e a suspensão do ponto de vista pessoal”. Enquanto que na discussão “diferentes visões são apresentadas e defendidas, e existe uma busca da melhor visão que sustende as decisões que precisam ser tomadas”. (p. 290)

Para que ocorra o aprendizado através do diálogo e da discussão é necessário que o grupo se disponha e que seja acompanhado por um facilitador que auxilie a manter o contexto e o foco do diálogo, auxiliando que os comportamentos defensivos ou de distrações sejam minimizadas. Esta proposta de um facilitador é semelhante ao proposto por Campos (2000).

A gestão e o ensino para o trabalho foram abordados por autores brasileiros no contexto do SUS. Discutindo o conceito de educação permanente, enfatizam que a gestão e o ensino para o trabalho deveriam incluir mais dois elementos a atenção à saúde e o controle social, propondo o conceito o “quadrilátero da formação para a área da saúde”, (Ceccim & Feuerwerker, 2004). Estes autores consideram que a atualização técnico-científica é uma das vertentes para a qualificação das práticas e do ensino para o trabalho, mas não seu foco. Para estes autores “a formação engloba aspectos da produção de subjetividade, produção de habilidades técnicas e de pensamento e o adequado conhecimento do SUS”, esta formação deveria ser capaz de transformar tanto as práticas profissionais como a própria organização do trabalho.

Nesta proposta, os autores utilizam o conceito de educação significativa citando como referência Haddad, Roschke e Davini (1994). Indicam que esta educação deve ser entendida como aquela que “promove e produz sentidos” e que se baseia na reflexão crítica e na problematização dos processos de trabalho reais, envolvendo os trabalhadores e os gestores, gerando desta forma as demandas por educação. Tal processo não se esgota, gerando um contínuo de reflexão, aprendizado e intervenção nos serviços em todos os aspectos necessários para gerar qualidade destes serviços e valor para a população. É importante ressaltar a compreensão de que os adultos apreendem de diversas formas mas que estas devem fazer sentido para eles.

#### *1.2.5 - Gestão da Clínica*

A gestão clínica, como aborda Ortún (1996), utiliza vários instrumentos gerenciais buscando favorecer uma medicina cientificamente fundamentada, orientada ao usuário e com o custo social de oportunidade analisado, além de fazer uso das

diretrizes, de boas práticas e dos estudos de efetividade e adequação. Afirma ainda o mesmo autor, que “sem uma medicina efetiva não pode haver serviços sanitários eficientes... não se trata que políticos e gestores pretendam equivocadamente a uniformidade, mas de que a profissão (médica) e seus líderes devem a si próprios e aos pacientes uma redução do desperdício, do risco e das variações sem sentido”. Argumenta ainda que o gestor de clínica tem acesso e controle limitado dos processos assistenciais e que é o médico que define os procedimentos e, portanto, os gastos em seu trabalho diário. Algumas estimativas apontam que o médico ordena cerca de 70% dos gastos globais do sistema de saúde (Ortún,1996), desta forma reforçando a necessidade de tornar a decisão clínica no que de melhor se conhece e ser possível compreendê-la a partir do conhecimento científico, das preferências dos pacientes e dos valores sociais.

A gestão da clínica nos EUA implicou no uso de diversas ferramentas de análise da assistência, voltadas a conter os aumentos dos custos da assistência através da gestão da utilização dos recursos assistenciais. Dentre estas ferramentas encontram-se: “*gatekeeping*” – um médico da assistência primária que decide pelo acesso aos especialistas, buscando minimizar tal acesso; *programa de segunda opinião* – voltado para cirurgias eletivas; *gestão de casos* – gestão de casos complexos elaborando um plano de cuidado individual que ampliaria a continuidade do cuidado contribuindo para a eficiência do uso de recursos; *plano de alta* – visando minimizar o tempo de internação por motivos sociais ou da família e *revisão da utilização* – revisão de casos internados visando avaliar a pertinência de tal internação ou dos dias internados e que

não procediam do ponto de vista clínico. Tais ferramentas têm sido aplicadas em outros países, como a Espanha. (Regas et al, 1998).

Na Inglaterra, a gestão da clínica ganha uma nova ênfase com o governo trabalhista, com uma retomada do processo de qualidade do provimento do cuidado e um processo de gestão amplo do sistema (Halligan e Donaldson, 2001). A proposta inglesa valoriza quatro aspectos da qualidade de serviços de saúde propostos pela OMS: performance dos profissionais (qualidade técnica), uso dos recursos (eficiência), manejo dos riscos advindos do próprio processo de cuidado e satisfação dos usuários. Neste processo o envolvimento dos líderes clínicos, de todos os profissionais no processo é considerado muito importante e proposto fóruns de discussão das práticas nos serviços, pois a ênfase do processo é no aprendizado com as falhas e variações de prática e com os serviços de excelência. Criaram ainda instâncias para apoiar o desenvolvimento desta proposta em todo o sistema. Neste momento foram criados o Instituto Nacional para Excelência Clínica (NICE) e a Comissão para Melhoria da Saúde. Como uma das ferramentas valorizadas no processo encontra-se a utilização das diretrizes clínicas. (Sally e Donaldson, 1998).

Mesmo com focos muito distintos decorrentes da configuração dos sistemas de saúde, a gestão da clínica baseia-se no uso de diretrizes clínicas qualificando a decisão profissional, a gestão de patologias, do caso e a análise do processo assistencial baseados em informações que possibilitem aos profissionais redirecionarem seu processo de trabalho. A experiência inglesa é interessante pois alia formalmente processos de apoio para os profissionais e líderes locais, enfatiza a

comunicação e a cooperação das equipes no processo, inclui ainda a escuta aos usuários (Halligan e Donaldson, 2001, Nicholls et al, 2000).

A análise de fatores que influenciam a prática clínica, desenvolvida por Tamblyn e Battista (1993), embora não esteja vinculada a gestão da clínica, contribui para a compreensão de processos de mudanças de prática. Destacam em sua análise os fatores predisponentes e os de capacitação.

Os fatores predisponentes incluem aspectos como o conhecimento e habilidades dos médicos e características sócio-demográficas. A relação que as autoras fazem é que médicos mais jovens e com melhor formação tendem a assistir seus pacientes com mais qualidade. Reforçam ainda que os serviços devem monitorar a prática de seus profissionais permitindo que eles atuem de acordo com sua qualificação e especialização. Outra intervenção possível é o estudo de casos, com contato direto de uma liderança clínica que reforce o processo contínuo de aprendizagem.

Dentre os fatores de capacitação e que facilitam a adoção de novo comportamento encontra-se a relação com a população assistida, ou seja, a capacidade da clientela de diálogo e demanda propicia um processo de atualização permanente, o que implica que a informação fornecida à clientela é um importante mecanismo de qualificação do sistema, estratégia que tem sido referida na literatura sobre a implementação de diretrizes clínicas (Grinshaw, 2004).

Outra característica que influencia o desempenho profissional é referente ao local da prática. Há melhor desempenho quando o serviço possibilita a prática em grupo, como nos hospitais universitários. Outras intervenções são consideradas neste grupo: a disponibilidade de normas administrativas, fluxos assistenciais, diretrizes

clínicas; verificação das práticas com o subsequente informe aos profissionais sobre sua performance, do serviço e a existência de medidas em caso de má prática.

Plsek e Wilson (2001) consideram que a influência da metáfora da máquina, do funcionamento como um relógio para compreensão dos serviços de saúde amplia o desejo de que as variações sejam eliminadas, mas pondera que os serviços de saúde podem ser considerados um sistema complexo, onde a variação é decorrente da interação de múltiplos fatores e que a priori não são indesejáveis. Considera ainda que a variação pode ser oportunidade de inovação e aprendizado, mas também aponta que existem situações em que há maior consenso e que suporta a busca pela redução da variação. Considera ainda que apesar da complexidade é possível identificar padrões, casos em que as DC são úteis e oportunas.

Schraibe (2008) apresenta argumento semelhante, descrevendo a prática médica como dotada de um saber que a dirige e padroniza, que os desenvolvimentos tecnológicos trazem novas possibilidades a esta prática, ampliando a objetividade e a independência de particularismos. Mas indica também que as singularidades deste ato de cuidar tornam necessárias uma técnica mais criativa e que permita ao profissional inovar.

#### *1.2.6 - Caracterização do Cuidado Neonatal e o uso de diretrizes clínicas em sua história*

A história do cuidado neonatal é marcada pela busca das técnicas e ambiente de cuidado que pudesse dar suporte aos bebês para que superassem as condições decorrentes de sua imaturidade.

As primeiras iniciativas de cuidado ocorrem na França em 1880, quando foi construída uma primeira incubadora de paredes transparentes por iniciativa de um obstetra E.S.Tarnier. Outro marco é o estabelecimento das primeiras normas de atendimento a estes bebês por Pierre Budin, focando quatro pontos: temperatura, infecção hospitalar, alimentação e presença da mãe. (Lamy, 2000).

O primeiro centro hospitalar para o cuidado aos prematuros, organizado nos EUA em 1923, propõe o manuseio mínimo e isolamento estrito, visando a redução da infecção, instituindo o afastamento da mãe e da família do bebê, tal perspectiva somente começa a ser questionada na década de 60, buscando-se novamente integrar o RN de risco à sua mãe e família (Caetano, 2004).

A evolução do cuidado neonatal acompanha a transformação na forma de parir, passando a ser quase totalmente hospitalar em muitos países desenvolvidos assim como no Brasil, que teve 98% dos nascimentos vivos em hospitais no ano de 2005 (Sinasc, 2005).

Entre os anos 1940 e 1950, nos centros urbanos dos EUA, ocorre a instalação de unidades para o cuidado de prematuros e nas décadas seguintes, a organização da assistência perinatal pautou-se pelo conceito de regionalização e hierarquização. Verificou-se que países com sistemas melhor organizados conseguem obter menores taxas de mortalidade e morbidade perinatal (Fonarof e Graven, 1992).

A consolidação desta área de cuidado ocorre através do desenvolvimento do conhecimento sobre o recém-nascido e da introdução de diversas tecnologias. Este desenvolvimento não ocorreu como uma seqüência de sucessos, mas passos importantes para a melhoria do cuidado coexistiram com procedimentos,

medicamentos e tecnologias que se mostraram lesivos. Alguns marcos negativos e importantes desta história incluem: o abandono do aquecimento do RN, resultando em aumento da mortalidade (1900 a 1964); o uso excessivo de oxigênio em altas concentrações provocando um grande número de retinopatia da prematuridade e cegueira (1941 a 1954); a demora a alimentar o RN levando a hipoglicemia e a deficits neurológicos (1945 a 1970); a profilaxia com sulfisoxazole levando a Kernicterus (1953 a 1956), o uso em altas doses de cloranfenicol (1956 a 1960); o banho com hexaclorofeno levando às lesões cerebrais (1952 a 1971); a alimentação por gastrostomia nos recém de muito baixo peso correlacionada a aumento na mortalidade (1963 a 1969); o uso de eritromicina levando à estenose de piloro (1976 a 1999) (Robertson, apud Philip, 2005).

A reação a estes desastres foi no sentido de ampliar as pesquisas na área e evitar fazer da UTIN, um “campo de experimentos”. A valorização dos estudos científicos bem conduzidos nesta área passa a marcar seu desenvolvimento, contribuindo para que se perceba o recém-nascido de risco como um indivíduo, um sujeito com direito ao melhor cuidado disponível, principalmente quando se considera sua expectativa de vida. É necessário ter vigilância para superar uma dupla tendência: o uso das novidades sem a devida comprovação e a difícil mudança de velhas práticas também sem comprovação (Moreira, 2004).

Os avanços no cuidado neonatal e a introdução dos equipamentos de monitoramento e ventilação mecânica, fundamentais para a melhora da assistência, vão tornando a UTIN um espaço tecnológico, com luzes intensas, barulho e que necessita uma equipe qualificada, numerosa e que fica sempre muito ocupada (Lamy,

2000). A disponibilidade de tecnologia e organização da UTIN não é suficiente para que o cuidado salve estes RN, é necessário também resgatar a valorização da presença da mãe e compreender que o cuidado neonatal deve ser centrado na família, exemplificado pela importância da humanização deste espaço e do uso do Método Canguru, que inicia em 1978 na Colômbia, motivado pela superlotação, mas que mostrou ser capaz de mudar a relação da mãe e da família com este bebê frágil e que era muitas vezes abandonado (Lamy et al, 2005).

A Academia Americana de Pediatria estabeleceu em 1999 um consenso sobre a construção de UTIN que prevê que o planejamento da unidade deve abordar de forma adequada as necessidades médicas, de desenvolvimento, educacionais e emocionais do RN e de sua família assim como as diversas necessidades do staff. A UTIN deve ser organizada de tal forma que seja possível individualizar o ambiente do cuidado, dotando de cerca de 11m de área para cada bebê e sua família. O consenso define ainda as questões do suprimento de energia elétrica, áreas de lavagens de mãos, locais para materiais de limpeza, possibilidade de ajuste na luz e controle de ruídos. Inclui a necessidade de áreas de recepção e quartos para as famílias, onde o cuidado com o bebê em casa poderia ser demonstrado.

A normatização do MS (Portaria MS/GM 3432, 1994, alterada pela Portaria MS/GM 332, 2000), define a UTIN como a unidade hospitalar destinada ao atendimento de recém nascidos prematuros ou de risco, que dispõe de assistência médica e de enfermagem ininterruptas, em quantidades definidas. Especifica ainda os equipamentos necessários e sua quantidade. Identifica a necessidade de acesso a outros especialistas como o cirurgião pediátrico, neurocirurgião, assim como a exames

laboratoriais e de imagem, como o ecocardiograma e o ultrassom que devem estar disponíveis 24h. O espaço para uma UTIN também é regulamentado e prevê 6m<sup>2</sup> por leito, possibilitando a presença da mãe e de sua família, tendo ambientes adjacentes para a equipe e o conforto dos familiares. A unidade intermediária é outro espaço deste complexo de cuidado neonatal (Portaria MS/GM 1091, 1999). Além destes já citados o MS (Portaria MS/GM 693, 2000) agrega o espaço para a realização do Método Canguru como mais um ambiente para o cuidado neonatal, buscando a transformação do cuidado intensivo neonatal (Lamy et al, 2005).

O cuidado neonatal deve ser realizado por uma equipe multidisciplinar com qualificação adequada visando atender os diversos processos implicados no cuidado ao RN e a sua família. Um estudo sobre a carga de trabalho em UTIN (Lamy Filho, 2001), conceito que trata da relação entre a provisão de recursos humanos e o volume de pacientes, relação que também é influenciada pela gravidade do paciente e que se mostrou crítica para o resultado da assistência. O autor identifica que a provisão de profissionais para a UTIN tem diversas recomendações em países desenvolvidos e também em nosso meio (Portaria MS/GM 2918, 1998). Lamy Filho (2001) observou um déficit de médicos, enfermeiros e uma relação inadequada de técnicos, especialmente nos momentos de superlotação, que são freqüentes nas UTIN do país e no RJ, concluindo que houve associação estatística entre falhas no processo de cuidado e os indicadores de carga de trabalho, demonstrando o papel desses últimos na determinação das falhas mencionadas.

A equipe multidisciplinar de uma UTIN deve ser selecionada segundo critérios de sua qualificação, mas deve ser também considerado que tal qualificação só se

mantém com a exposição freqüente aos casos complexos. Há evidências de uma relação entre o volume de RN cuidados e a mortalidade neonatal de serviços (AAP, 2004, Phibbs, 2007), que podem estar subsidiando a decisão de alguns países europeus na organização de seu sistema perinatal, para que 20 a 50% dos nascimentos possam ocorrer em unidades que realizam mais de 2.000 partos anuais (Gomes, 2004, Wildman et al, 2003).

A necessidade de diversas tecnologias, equipe de alta qualificação, acesso a sub-especialidades, configuram a UTIN como uma tecnologia complexa e de alto custo, suscitando que recomendações que enfatizam a organização do cuidado neonatal e perinatal como um sistema regionalizado e hierarquizado. Três níveis de cuidado neonatal foram sistematizados pela AAP (2004), estes níveis compreendem uma incorporação crescente de tecnologias, possibilitando o cuidado dos bebês a termo até os que necessitam de complexos procedimentos cirúrgicos. Com a concepção de um sistema regionalizado e hierarquizado há necessidade de que haja um sistema de transporte adequado, preferencialmente para as gestantes de risco, viabilizando o acesso ao cuidado de complexidade adequada a cada situação de risco materno e neonatal e racionalizando o uso dos recursos (Fanarof e Graven, 1992).

## Capítulo 2

### **Objetivo Geral**

Analisar as práticas referidas pela equipe gestora na utilização, disseminação e implementação de diretrizes clínicas em UTI Neonatais de maternidades públicas.

### **Objetivos Específicos**

- Identificar a compreensão dos gestores sobre as diretrizes clínicas e seu uso;
- Identificar as atividades e dificuldades referidas pelos gestores para a disseminação e implementação das diretrizes clínicas e como tais dificuldades são gerenciadas;
- Identificar aspectos do cotidiano da gestão do serviço através da caracterização da agenda da equipe gestora.

## Capítulo 3

### 3.1 - Primeiro Artigo

Diretrizes clínicas em neonatologia: como se posicionam os gestores de unidades públicas?

#### Resumo

Diretrizes clínicas baseadas em evidências podem ser ferramentas para melhorar a qualidade da assistência, mas pode haver dificuldades em sua utilização decorrentes da: qualidade, forma, limites do conhecimento e contextos de aplicação. Para analisar o posicionamento de 53 chefias de UTIN públicas, médica e de enfermagem sobre as diretrizes clínicas e seus usos, foi utilizando um questionário semi-estruturado. Todos mencionaram a implementação de alguma diretriz no último ano, tendo como fontes: literatura e cursos (32%), normas do Ministério da Saúde (11%) e sugestões dos profissionais (11%). Identificou-se concordância significativa com as assertivas de que as diretrizes auxiliam na tomada de decisão e contribuem para redução da variação de condutas e rejeição a possibilidade de que as diretrizes sejam complicadas e rígidas. Os posicionamentos dos gestores e os encontrados na literatura evidenciam as contradições e os desafios envolvidos na utilização das diretrizes, que têm o potencial de contribuir para a melhoria da vida se utilizada de forma crítica e prudente.

Palavras Chave: Diretrizes, Implementação, Neonatologia.

#### Abstract

Clinical guidelines based on factual evidence can be used as a tool to improve the quality of care, but difficulties might occur in their application due to: quality, form, limits of knowledge and application context. In order to analyze the views of 53 managers (medical and nursing) in public NICUs regarding guidelines and their use, a semi-structured questionnaire was used. All of the managers cited the application of some guideline in the past year, with their sources: literature and courses (32%), Ministry of Health standards (11%) and suggestions from professionals (11%). There was significant positive agreement among the respondents that guidelines help in the decision making process, help to reduce the variation in professional approach, and also that the guidelines were neither complicated nor rigid. The views, both of the managers and in the literature, point out contradictions and challenges involved in the use of guidelines, which have the potential to contribute to improvement in the quality of life, if used in a critical and prudent manner.

Key Words: Guidelines, Implementation, Neonatology

## *Introdução*

A utilização de diretrizes clínicas (DC) baseadas em evidências científicas tem sido apontada como uma ferramenta importante no esforço de melhorar a qualidade da assistência à saúde das populações em países desenvolvidos (Woolf et al, 1999, AGREE, 2003, Grinshaw et al, 2004) e também em nosso meio (Jatene et al 2001, Atallah, 2002, Berwanger et al, 2004, Portela, 2008). A "evidência científica e julgamento clínico podem ser sistematicamente combinados para produzir recomendações clinicamente válidas e operacionais acerca de cuidados apropriados" (Institute of Medicine (IOM), 1992).

As DC foram conceituadas como "afirmações sistematicamente desenvolvidas para auxiliar as decisões que os médicos e pacientes devem tomar sobre o cuidado apropriado em uma circunstância clínica específica" (IOM, 1990) e possibilitam que o cuidado tenha algumas características desejáveis: adequação técnica, redução da variação entre equipes e profissionais (Bocchi e Marin Neto, 2001, Scott et al, 2004, Camitini et al, 2005), maior utilização de intervenções com evidências substantivas e redução daquelas menos efetivas (Woolf et al 1999, Grinshaw et al, 2004).

O declínio do componente pos-neonatal da mortalidade infantil observado no Brasil nas últimas décadas, colocou em evidência a necessidade de estratégias que reduzissem os óbitos neonatais que representam atualmente cerca de 70% dos óbitos no primeiro ano de vida em crianças brasileiras. O cuidado neonatal se desenvolve num contexto de prática clínica reconhecido por DC bem estabelecidas, muitas delas baseadas em evidências fortes (Moreira 2002). Tal assertiva é corroborada por experiências internacionais, como a da Vermont Oxford Network (VON) (Horbar et al,

2003), na qual não somente o uso de DC é estimulado, mas há todo um sistema de disseminação e implementação, aliado a um monitoramento das práticas clínicas.

Entretanto, foram identificadas dificuldades na utilização de DC decorrente de sua qualidade (AGREE, 2003), do formato em que são escritas (Michie, 2004), dos limites delas próprias e dos contextos que tornam rígida sua aplicação, constringendo o adequado juízo clínico e a expressão da decisão do paciente (Merrit, 1997, Woolf et al, 1999, Grol e Grimshaw e Grimshaw, 2003).

As DC são percebidas como uma ferramenta contraditória que pode contribuir para a qualidade da assistência à saúde, mas também pode ser direcionada para conter custos ou para disseminar procedimentos de interesses de grupos profissionais ou do complexo industrial da saúde (Merritt, 1997, Jatene et al, 2001, Cohen, 2004).

Neste sentido, é importante que o processo de seu desenvolvimento seja consistente com as melhores evidências e que também seja submetido à apreciação da sociedade (Cohen, 2004). Dentre as fontes de DC, encontram-se as agencias governamentais, como *National Institute for Clinical Excellence* (NICE) da Inglaterra (NHS, 1999), as associações profissionais e os seguros de saúde. (Jatene et al, 2001, Gallagher, 2002).

No contexto brasileiro, os estudos de avaliação do cuidado perinatal apontam para a existência de inadequações e variações indesejáveis em praticas centrais na assistência neonatal como o uso de corticóide antenatal (Rede Brasileira de Pesquisas Neonatais, 2004), manejo da dor no bebê submetido a procedimentos dolorosos durante sua internação na UTIN (Prestes et al, 2005), emprego de práticas preventivas para displasia broncopulmonar, incluindo entre estas falhas o emprego tardio do

surfactante e a baixa utilização da ventilação gentil (Medeiros, 2006). Nas ações para a prevenção da infecção hospitalar, que é considerada uma prática tradicional e bastante disseminada, foram identificados problemas na adequada aplicação do conhecimento no contexto de UTIN localizadas na cidade do Rio de Janeiro (Santos, 2006, Bueno, 2008).

O objetivo deste estudo é analisar o posicionamento de gestores de Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) de maternidades públicas brasileiras sobre as diretrizes clínicas e seus usos.

### *Metodologia*

O estudo foi desenvolvido em dois grupos de unidades, um com as instituições localizadas no município do Rio de Janeiro (RRJ) e o outro com as unidades que compõem a Rede Brasileira de Pesquisas Neonatais (RBPN). Foram estudadas oito das dez unidades públicas da RRJ e sete das oito unidades integrantes da RBPN. Trata-se, portanto de uma amostra de conveniência.

Pretendia-se que o primeiro grupo fosse composto por todas as UTIN de maternidades localizadas no município do RJ, vinculadas ao SUS, dos diversos níveis de gestão: federal (2), estadual (2), municipal (6), no entanto as unidades estaduais não puderam ser incluídas por mudança da equipe gestora no período de estudo.

Em relação ao grupo integrante da RBPN, constituída por oito serviços localizados em hospitais universitários das Regiões Sul e Sudeste não foi possível incluir uma das 8 unidades por dificuldade de agenda da equipe gestora.

Para este estudo, a equipe gestora incluía a chefia médica e a chefia de enfermagem da Unidade Neonatal e os profissionais indicados por eles como seus substitutos. Considerando tal definição e as perdas, foi possível realizar 94% e 82% das entrevistas previstas respectivamente para a RRJ e RBPN.

O questionário foi composto por questões estruturadas e semi-estruturadas, envolvendo conceitos sobre as DC e caracterizando as unidades e os próprios gestores.

O conceito do IOM (1990) sobre as DC foi apresentado, visando uma padronização da linguagem, esclarecendo o que se compreendia como DC. Nas primeiras questões, que eram semi-estruturadas, solicitava-se que o entrevistado indicasse qual termo utilizava cotidianamente para referir-se a DC, uma diretriz que tivesse implementado no último ano e também referisse quais motivos o levaram a implementar esta DC.

Uma questão estruturada abordava a concordância dos gestores com conceitos sobre as DC identificados na literatura, a saber: *(i)* sua função na melhoria da qualidade da assistência (Woolf et al, 1999); *(ii)* problemas em sua utilização tais como a dificuldade de entendimento por parte dos profissionais (Cabana et al , 1999); *(iii)* a possibilidade de que as DC limitem a prática clínica (Grol e Grimshaw, 2003); *(iv)* argumento frente a questionamentos judiciais (Woolf et al, 1999); *(v)* a possível influência de interesses econômicos na elaboração das DC (Woolf et al, 1999, Jatene et al, 2001) e *(vi)* a restrição de acesso a tecnologias caras disseminadas por autoridades sanitárias (Cohen, 2004, Jatene et al, 2001).

O posicionamento do gestor foi captado em uma escala de 5 pontos numérica, tipo Likert, associada a expressões tais como “concordo fortemente”, “concordo” (Streiner e Normam, 1998).

O questionário solicitava ainda algumas informações sobre a UTIN para caracterizá-la considerando as seguintes dimensões: complexidade, localização junto a hospital geral e volume assistencial.

Foi utilizada uma classificação de complexidade do cuidado ao recém nascido que tem sido adotada pela Vermont Oxford Network e pela Academia Americana de Pediatria (Committee on Fetus and Newborn, 2004). Esta classificação considera a disponibilidade de tecnologias para a assistência de recém nascidos de risco e classifica as unidades para o cuidado neonatal em três níveis, sendo que terceiro nível, o sub-especializado, aquele que classifica as UTIN.

O volume assistencial da UTIN foi descrito através dos seguintes indicadores: número de leitos de terapia intensiva disponível no serviço, número de nascidos vivos e o percentual dos nascidos vivos com muito baixo peso ao nascer (PN <1500g).

O questionário foi validado por três médicos e três enfermeiros especialistas em neonatologia através de um roteiro que incluía a apreciação de sua extensão e a validade de face e de conteúdo. A extensão era julgada em uma única questão e a validade era avaliada através de aspectos identificados na literatura (Wallace et al, 2003), a saber: (i) adequação das instruções de preenchimento, (ii) a relevância dos aspectos tratados nas questões, (iii) a abrangência das questões frente aos propósitos da pesquisa, (iv) a clareza e (v) adequação das opções de resposta das questões estruturadas.

Utilizando-se o SPSS, o índice alpha Cronbach foi calculado para todos os itens, obtendo-se um índice de 0,97 e cada segmento obteve um índice superior a 0,81, que são resultados superiores ao recomendado na literatura, que é de 0,75 (Wallace et al, 2003).

O teste do questionário foi realizado com um médico e um enfermeiro com experiência de gestão de UTI Neonatal. O tempo de resposta ao questionário e a clareza do mesmo foram alvo deste estudo piloto, não havendo questões relevantes quanto a estes aspectos.

As entrevistas ocorreram em um encontro no período de julho a março de 2008 e foram gravadas em áudio. Dois gestores optaram por enviar suas respostas via correio eletrônico.

Foi desenvolvido um banco de dados no Microsoft EXCEL Professional Edição 2003 para digitação e análise descritiva das questões estruturadas. A qualidade da digitação foi avaliada e os erros foram corrigidos no momento desta avaliação, sendo identificados 0,46% de campos com erros.

Para a análise das questões semi-estruturadas, foram utilizadas de forma complementar as respostas escritas pelos chefes nos questionários, as anotações da pesquisadora no momento da entrevista e as transcrições das gravações das entrevistas. Estas intervenções orais foram integradas com os achados das perguntas fechadas, buscando-se ampliar a compreensão das mesmas. Os temas abordados pelos entrevistados foram sistematizados e quantificados. Todos os achados foram sistematizados considerando o conjunto das respostas dos gestores de cada rede pesquisada (RRJ e RBPN).

Os entrevistados foram descritos através das seguintes características: sexo, idade, anos de prática de neonatologia, anos que ocupa o cargo de chefia, qualificação em neonatologia e em gestão. A qualificação em neonatologia para a chefia é uma exigência legal (Portaria MS/GM 332, 2000) e a capacitação para a gestão foi incluída tomando por referência o debate sobre a necessidade de qualificação dos gestores (Motta, 1991), considerando-se desejável que o gestor tenha algum tipo de qualificação específica para o exercício da gestão.

O projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Instituto Fernandes Figueira (CAAE 0014.1.008-08) e também aprovado por quatro outros CEPS, dos hospitais que assim o solicitaram (CAAE 0082.0.314.000-08 – SMS/RJ, CAAE 0082.0.318.008-08 – HGB, CAAE 0061.0.002.008-09 – PUC RGS, Protocolo do CEP/HSE 000.346). Em todas as entrevistas foi obtido o consentimento informado.

## **Resultados**

### **1. Características das Unidades**

Todas as unidades eram UTIN e a maioria foi classificada como IIIB, ou seja, elas estavam capacitadas a cuidar de RN de extremo baixo peso (PN <1000g), prover suporte de vida e dispor de acesso a procedimentos cirúrgicos menores. Duas unidades (25%) da RRJ eram de complexidade IIIA, por não terem disponibilidade de cirurgia. Uma unidade da RBPN referiu cuidar de RN no pós-operatório de cirurgia cardíaca, sendo classificada como IIIC. A relação com hospital geral caracterizou a RBPN (86%) sendo pouco freqüente na RRJ (38%).

A RRJ tinha um quarto de suas UTIN com mais de 15 leitos enquanto que a RBPN dispunha de 75% com esta condição. A maioria das unidades (80%) apresentou um volume assistencial grande com mais de 2000 nascimentos vivos por ano e 73% das UTIN assistiram a mais de 3% de RN com muito baixo peso.

### **2. Características dos entrevistados**

Foram realizadas entrevistas com 53 gestores sendo 30 da RRJ e 23 da RBPN. A maioria dos gestores das UTIN são mulheres (79%), tem mais de 40 anos de idade (74%), mais de 10 anos de prática profissional em neonatologia (92%) e estão em cargo de chefia há mais de 5 anos (51%).

A qualificação para o exercício da especialidade foi referida pela maioria expressiva dos chefes (84%). Por serem serviços universitários, os profissionais da RBPN, principalmente os médicos, tinham adicionalmente títulos de doutorado. A qualificação específica para gestão através de cursos de atualização foi relatada por 40% dos gestores médicos de ambas as redes, 55% dos chefes de enfermagem da RNPN e por 29% dos chefes de enfermagem da RJJ. Todas as unidades da RBPN

possuíam pelo menos um gestor qualificado em gestão e 63% das unidades da RRJ atendiam a esta condição.

### 3. Posicionamentos dos Gestores das UTIN

Os termos “rotinas” e “protocolos clínicos” foram relatados como sendo os termos mais utilizados para designar o conceito de DC clínicas para 70% dos chefes. Houve também a menção por 36% deles da utilização de “boas práticas”. O termo “diretriz clínica” foi referido por quatro gestores(8%).

A implementação de alguma diretriz foi mencionada por todos os chefes, estas DC abordavam tanto procedimentos de cuidado na UTIN como orientações para familiares para continuidade do cuidado. As DC mencionadas pelos médicos foram distintas daquelas mencionadas pelos enfermeiros, sendo que 16% destes mencionaram DC também relatadas pelos médicos (tabela 1).

Enquanto 29% dos chefes médicos relataram ter implementado diversas DC no último ano, outros mencionaram a implantação de DC específicas, relativas aos procedimentos de assistência ventilatória, ao uso adequado do surfactante (18%) e ao controle e tratamento da infecção (14%), sendo que esta última somente foi citada pelos médicos da RRJ.

Os chefes de enfermagem indicaram a manutenção do PICC como a principal diretriz (48%), enfatizando a preocupação com a qualidade deste procedimento, que é do campo da enfermagem. (Tabela 1).

Tabela 1 - Diretrizes implementadas no último ano nas UTIN de acordo com o relato dos gestores, segundo a categoria profissional e a rede a que pertence, 2009

Diretriz Implementada	Médicos				Enfermeiros			
	RRJ	RBPB	TOTAL		RRJ	RBPB	TOTAL	
	Nº	Nº	Nº	%	Nº	Nº	Nº	%
Infecção	4		4	14		1	1	4
Respiratório/surfactante tempo certo	4	1	5	18	1		1	4
Nutrição	2	1	3	11				
Retinopatia	2		2	7	1		1	4
Icterícia		2	2	7				
Manejo da Dor	1	2	3	11				
Método Canguru		1	1	4	1		1	4
Manutenção do PICC e/ou do trato vascular					9	3	12	48
Recepção na UTI						1	1	4
Cuidados com a pele						1	1	4
Posicionamento na incubadora						1	1	4
Imunização Hepatite B					1		1	4
Cirurgia Cardíaca						1	1	4
Orientação para mãe					1	1	2	8
Diversas	3	5	8	29		2	2	8
<b>Total</b>	<b>16</b>	<b>12</b>	<b>28</b>	<b>100</b>	<b>14</b>	<b>11</b>	<b>25</b>	<b>100</b>

Cerca de 32% dos gestores afirmaram que tomaram a iniciativa de implementar as DC baseadas em seu acesso à literatura e aos cursos, 11% que implantam as DC por serem normas do MS e 9% foram motivados pelas sugestões dos profissionais. A parceria com a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) foi mencionada por 4 (13%) dos chefes da RRJ.

Ao indicar as razões para implantar DC, os gestores mencionaram em geral duas, dentre as quais a redução da variação de práticas entre os profissionais ou a sistematização do cuidado (23%), a garantia de um melhor cuidado para os pacientes (21%) e melhora da assistência em pontos que sua avaliação identificou necessidades (17%).

Cinco chefes (22%) da RBPN mencionaram que implantam DC como parte de uma revisão periódica das DC do serviço. Relataram a existência de um processo em que os docentes se organizam para manter atualizadas as DC, tendo como fontes de informação a literatura ou os achados de pesquisas dos profissionais do serviço.

Houve concordância em relação ao conceito de DC como “sugestões de prática” que auxiliam na tomada de decisão clínica (100%) e que contribuem para um cuidado melhor, pois favorecem a redução da variação de condutas entre os profissionais (96%), sendo este um dos motivos de implementação de DC mencionados (Tabela 2).

Estas questões suscitaram ponderações de 7 (13%) gestores. Dois deles entenderam que a implantação de DC torna o trabalho atualizado e baseado em evidências. Um gestor referiu que os serviços ainda usam as DC de forma limitada e questionou se os mesmos querem de fato superar este obstáculo à implementação das DC.

Outro chefe considerou que embora o uso de diretrizes seja útil para nortear o cuidado em equipes com muitos profissionais, o grupo deve manter uma postura crítica para não “cair na rigidez”. Dois gestores questionaram o conceito de DC como sendo “sugestões de prática”, um deles concorda com esta concepção, reforçando a adaptação ao trabalho, e o outro não concorda que sejam sugestões, permitindo a variação de prática, mas que sejam “acatadas a risca”. A concepção de que as DC auxiliam, mas devem poder ser “quebradas” foi apresentada por outro chefe, condicionando esta quebra a existência de um conhecimento que justifique tal postura frente à necessidade dos pacientes.

Tabela 2 - Distribuição dos gestores segundo seu posicionamento em relação a diversas assertivas sobre as diretrizes clínicas segundo a rede a que pertence, 2009

Tipos de Afirmativas	Assertivas sobre as diretrizes clínicas	Posição do Gestor	RRJ		RBPN		Total	
			Nº	%	Nº	%	Nº	%
DC possibilitam benefícios para o paciente	São sugestões de prática que auxiliam na tomada de decisão clínica, baseadas em evidências científicas de diferentes níveis.	Concordância alta e muito alta	30	100	23	100	53	100
	Possibilitam um cuidado melhor para o paciente no serviço, pois reduz a variação de condutas entre os profissionais.	Concordância alta e muito alta	29	97	22	96	51	96
DC podem envolver dificuldades em sua implementação	São muito complicadas, escritas de forma que os profissionais da clínica não conseguem compreender.	Discordância alta e muito alta	23	77	23	100	46	87
	Limitam a prática clínica - muito rígida em suas recomendações - não consideram diversidade de situações clínicas	Discordância alta e muito alta	20	67	15	65	35	66
DC possibilitam proteção para os profissionais	DC reduzem o risco de que os profissionais sejam acionados juridicamente	Concordância alta e muito alta	21	70	19	83	40	75
DC podem expressar interesses alheios ao cuidado	DC - gestores públicos ou privados buscam incorporar nos serviços limitam a prática clínica - redução do acesso a tecnologias mais caras.	Discordância alta e muito alta	25	83	16	70	41	77
	DC podem expressar interesses econômicos das indústrias de medicamentos e equipamentos, reduzindo sua confiabilidade	Discordância alta e muito alta	20	67	16	70	36	68

Outro possível benefício da utilização das DC nos serviços seria a redução do risco de ações judiciais contra os profissionais. A maioria dos chefes (75%) concordou com esta afirmativa, enquanto que 15% discordou. Esta assertiva que motivou um quarto dos gestores a enfatizarem que o uso das DC deve ajudar, não só frente ao questionamento judicial, mas na argumentação junto às famílias dos pacientes. Um chefe relatou uma situação na qual, frente à uma família que questionava a necessidade de um procedimento, foi útil mostrar que o mesmo estava previsto numa norma do MS.

Ainda sobre este tema, cinco gestores afirmaram, com certa surpresa, que nunca haviam pensado neste tipo de questão. A discordância em relação à assertiva foi manifestada por dois gestores, um lembrando a incerteza das decisões judiciais e outro salientou que a possibilidade de não sofrer ações judiciais está mais baseada em uma postura profissional do que no uso das DC.

A afirmativa de que as DC clínicas são complicadas por serem escritas de forma de que os profissionais da clínica não conseguem compreender foi rejeitada pela grande maioria (87%) e acatada por apenas um gestor. Nove chefes (17%) acreditam que as DC não são complicadas, por serem escritas no serviço e discutidas pela equipe, possibilitando melhor o entendimento, esta idéia está presente na seguinte fala: “as nossas a gente procura que sejam compreendidas por todos... a gente discute, manda por e-mail para saber se está bem”. O entendimento adequado foi considerado importante para que as DC sejam cumpridas sendo que a adaptação às condições do

serviço e a discussão são elementos desta compreensão. Um gestor declarou-se “adepto” das DC, indicando ainda que considera que elas “facilitam a vida”.

Questionados quanto à possibilidade das DC limitarem a prática clínica por serem muito rígidas em suas recomendações, 66% dos chefes rejeitaram e 11% acataram a idéia. Dentre todos os gestores, 12 apresentaram dois argumentos. O primeiro argumentou que a diretriz deve ser adaptada ao serviço para que possa funcionar, e que esta adaptação deve ser feita através do diálogo com a equipe multidisciplinar. O segundo salientou que a diretriz não deve impedir o juízo crítico dos profissionais. Tal raciocínio foi complementado por dois chefes com ditos populares: “cérebro é como um maracujá se não é usado, murcha” e “quem tem cérebro deve usá-lo”. Um outro entrevistado apontou a contradição decorrente das diversas posturas apresentadas pelos profissionais, afirmando que a diretriz “deve fechar um pouco para que os doidos não façam o que quiserem, mas para outros profissionais pode limitar o raciocínio... tem profissional que segue sem pensar”.

A influência que autoridades sanitárias, como os secretários de saúde e/ou os diretores de hospitais poderiam ter em limitar o acesso a tecnologias mais caras, foi rejeitada por 77% dos chefes, mas acatada por 17%. Apesar de rejeitarem a assertiva, parte dos gestores reconhecerem a possibilidade da mesma, no entanto ponderaram que as autoridades sanitárias possam estar interessadas em promover o uso adequado de tecnologias, minimizando desperdícios e não limitar o acesso a tecnologias. Mas diante de uma situação de que haja uma intenção da autoridade sanitária de limitar o acesso adequado a tecnologias, um gestor questionou se este posicionamento deveria ser respeitado ou se os profissionais deveriam agir priorizando o benefício do paciente.

A possibilidade de que as DC clínicas expressem interesses econômicos da indústria foi também rejeitada por 68% dos chefes, no entanto 11% concordaram com ela. Dentre aqueles que rejeitaram a assertiva, cerca de 40% afirmaram que tal situação

não acontece na área de cuidado neonatal pelas características do processo e das tecnologias envolvidas. Salientaram ainda que os chefes devem manter-se alerta e se posicionarem contrários a este tipo de diretriz, utilizando somente as DC respaldadas por sociedades profissionais.

Um dos entrevistados mencionou que seria um benefício para o SUS estabelecer DC, a partir do consenso de especialistas e manter o monitoramento do cuidado baseado nelas, pautando inclusive a remuneração dos serviços como uma forma de garantir sua qualidade.

### **Discussão**

As unidades incluídas no estudo puderam ser caracterizadas como UTIN através da classificação utilizada (Committee on Fetus and Newborn, 2004), do volume e da complexidade da clientela. Os posicionamentos dos gestores da RRJ e da RBPN não se diferenciaram de forma importante em relação aos temas centrais em análise, as diferenças pareciam refletir os contextos institucionais distintos.

Os entrevistados eram profissionais com qualificação em neonatologia e boa parte deles com qualificação para a gestão. Tinham experiência tanto na especialidade como na gestão por período significativo, qualificando-os como interlocutores importantes para a pesquisa.

Os termos utilizados pelos gestores das UTIN para referir-se a diretrizes clínicas foram: “rotinas” e “protocolos clínicos”. O termo “diretrizes” foi pouco utilizado pelos entrevistados. A escolha de uma palavra não é trivial, pois reflete a seleção de uma mensagem.

Considerando o crescente interesse pela disseminação de diretrizes no país, o termo escolhido para designá-las deveria expressar o conceito de que as DC visam “auxiliar as decisões de profissionais e pacientes sobre o cuidado apropriado” (IOM, 1990) e que possam ser consideradas “sugestões de condutas clínicas” (Atallah, 2002) que responda às necessidades do cuidado de cada paciente singular, mas que também mostre a preocupação pelo uso da melhor evidência.

A palavra “diretriz” parece conter a mensagem adequada, pois indica segundo o dicionário Houaiss e Villar (2001) “as linhas gerais de um projeto ou plano, conjunto de princípios e normas”, e como adjetivo tem o sentido “que orienta”. O termo DC foi adotado no “Projeto Diretrizes”, uma experiência brasileira que se iniciou em 1999, coordenada pela Associação Médica Brasileira e o Conselho Federal de Medicina ([www.projetodiretrizes.org.br](http://www.projetodiretrizes.org.br)). O termo “guidelines” tem sido bastante utilizado na literatura internacional, tanto pelo IOM como em diversas outras publicações (Woolf et al, 1999, Grinshaw et al, 2004) e “diretriz” pode ser considerada como a tradução deste termo para o português (Berwander et al, 2004).

A menção do termo “rotina” pelos entrevistados provavelmente se deveu ao fato de ser o termo de uso corrente nos serviços, não parecendo demonstrar rejeição à busca sistemática de evidências. Esta palavra “rotina”, segundo o dicionário Houaiss e Villar (2001), inclui em seus sentidos: “hábito de fazer as coisas do mesmo modo” e “prática constante”. Estes significados traduzem uma busca da redução da variação, um dos objetivos do uso das DC, mas é importante salientar que o hábito e a monotonia podem ser dimensões negativas vinculadas à DC que não foram endossadas pelos gestores, que mencionaram dentre os motivos para implementá-las a revisão

sistemática das DC do serviço e a necessidade de melhorias de índices por eles considerados insatisfatórios. A revisão e o questionamento das práticas foram ressaltados pelos gestores e a literatura apresenta uma postura semelhante (Gallagher, 2002).

Ao citarem quais diretrizes haviam buscado implementar no último ano, os gestores incluíram as voltadas às diferentes necessidades do paciente e de sua família, tais como: procedimento para o cuidado de RN de extremo baixo peso, avaliação de icterícia para RN a termo antes de sua alta, instalação de dispositivo intravascular, cuidado para minimizar a dor do RN e procedimentos para garantir a continuidade do cuidado após a alta. Frente à diversidade destas DC, podemos inferir que os gestores tiveram uma perspectiva ampliada do que sejam as necessidades de cuidado dos RN e que buscam promover o vínculo do RN com sua família.

Cunha (2005) critica o que chamou de DC tradicional, aquela centrada exclusivamente nos aspectos biológicos, como se somente estes aspectos garantissem o sucesso da assistência.

Indagados sobre quais fontes originárias das DC utilizadas por eles, os gestores identificaram a literatura e o MS, achado semelhante ao estudo com os gerentes de operadoras de planos de saúde, que citaram como fontes principais das DC, as sociedades médicas, o consenso de especialistas e o MS (Portela et al, 2008). Tanto os gestores das UTIN como os gerentes de operadoras de planos de saúde concordam que a implementação de DC deve envolver diversas instâncias e instituições dentre as quais o MS, as associações de profissionais e os serviços. Na compreensão dos

gestores das UTIN, o governo deveria não somente atuar na implementação, mas fazer uso deste recurso para garantir a qualidade do cuidado.

Sete países europeus têm buscado financiar e desenvolver DC a serem aplicadas como parte do esforço de melhoria da qualidade de seus sistemas de saúde. Segundo o *Appraisal of Guidelines Research & Evaluation* (AGREE) (2000), uma coordenação nacional poderia minimizar tanto a multiplicidade de DC como a existência de recomendações conflitantes e propõe ainda ferramenta para análise de DC visando ampliar a qualidade e confiabilidade das mesmas (AGREE, 2003).

O *National Institute for Clinical Excellence* (NICE), da Inglaterra, desenvolve DC através de um processo estruturado com painéis de especialistas, representantes de profissionais e de pacientes. A disseminação e implementação destas diretrizes desenvolvidas pelo NICE têm sido apoiadas por materiais e capacitações disponíveis em sua página, estimulando ainda os serviços a discutirem estratégias para a implementação local ([www.nice.org.uk](http://www.nice.org.uk)).

Houve uma concordância muito significativa (100% e 96%) dos gestores com dois conceitos sobre DC vinculados a benefícios para o cuidado do paciente. Identificou-se uma discordância importante (66%) para a afirmação de que as DC limitam a prática clínica, por não considerarem a diversidade de situação clínica.

Estes conceitos estão no contexto da discussão presente na literatura sobre os benefícios e problemas da utilização das DC e da questão de como elas devem ser utilizadas. O posicionamento de alguns gestores enfatiza a capacidade de pensar e agir de acordo com uma apreciação crítica e reitera a compreensão de que as DC

representam a sistematização da evidência científica, mas que devem ser empregadas através do raciocínio clínico, corroborando com o posicionamento do IOM (1992).

Schraibe, (2008) numa pesquisa sobre o trabalho do médico e as mudanças decorrentes da nova configuração tecnológica da medicina, um dos médicos entrevistados se posicionou afirmando: “O que acho ruim é não pensar. Se a tecnologia favorece isso, então é um aspecto ruim da tecnologia, mas não sou contra a medicina, não pratico uma medicina não tecnológica....”. Se por um lado as DC, como uma sistematização do conhecimento científico reflete os avanços do desenvolvimento tecnológico, por outro, a autora pondera que essa medicina tecnológica parece estar colocando os médicos num papel de aplicadores de conhecimentos. Critica esta tendência atual, entendendo ser necessário “um equilíbrio no jogo da experiência ante os novos conhecimentos científicos e uma interpenetração de saberes”(p. 195) voltados à intervenção em um paciente concreto e que são oriundos da ciência e da reflexão sobre o cotidiano da clínica, que se reforça na aplicação do conhecimento mediada pelo julgamento dos profissionais.

O *Evidence-Based Medicine Working Group* (EBMWG) (1992), um dos grupos que trabalhou para o desenvolvimento da MBE, discutiu o risco da medicina tornar-se um “livro de receitas”, que esvazia o raciocínio clínico, mas também reconheceu que as respostas fáceis podem atrair parte dos profissionais (EBMWG, 1992). Tal expressão também foi utilizada por um dos gestores, identificando que parte dos profissionais prefere seguir instruções sem crítica e sem percepção das necessidades concretas de cada paciente.

A variação da prática clínica entre os profissionais tem sido compreendida como um indicador de baixa qualidade do cuidado (Woolf et al, 1999), pois a aplicação consistente do conhecimento não deveria apresentar variação significativa em situações clínicas semelhantes. Os gestores mencionaram que implementaram DC visando atingir este objetivo, motivação que auxilia a compreender sua alta concordância com estes conceitos.

Os entrevistados reconheceram também que nem toda a variação ou prática inconsistente com uma DC deve ser considerada como uma falha. Identificaram a necessidade de adaptar o conhecimento às necessidades do paciente, ressaltando que neste caso deveria haver uma justificativa para sua ação em base ao conhecimento científico, postura concordante com a pesquisa de Schraibe (2008).

Plsek e Wilson (2001) consideraram que a influência da metáfora da máquina, do funcionamento como um relógio para compreensão dos serviços de saúde amplia o desejo de que as variações sejam eliminadas, mas pondera que os serviços de saúde podem ser considerados um sistema complexo, onde a variação é decorrente da interação de múltiplos fatores e que a priori não são indesejáveis. Considera ainda que a variação pode ser oportunidade de inovação e aprendizado, mas também aponta que existem situações em que há maior consenso e que suporta a busca pela redução da variação. Enfatiza ainda que apesar da complexidade é possível identificar padrões, casos nos quais as DC são úteis e oportunas.

Schraibe (2008) apresentou argumento semelhante, descrevendo a prática médica como dotada de um saber que a dirige e padroniza, e afirmando que o desenvolvimento tecnológico traz novas possibilidades a esta prática, ampliando a

objetividade e a independência de particularismos. No entanto, indica também que as singularidades deste ato de cuidar tornam necessárias uma técnica mais criativa e que permita ao profissional inovar.

Esta prática criativa e reflexiva deve ser construída em espaços coletivos (Ceccim e Fauerverker, 2004, Scott et al, 2004) possibilitando que se diferenciem as variações decorrentes da compreensão qualificada das necessidades do paciente frente ao conhecimento disponível, daquelas injustificáveis e que podem implicar em risco para o paciente, como o uso tardio do surfactante (Medeiros, 2006), incluindo nesta análise as preferências da família do paciente.

A maioria dos gestores (66%) discordou que as DC eram complexas ou que houvesse uma compreensão restrita por parte dos profissionais, dificuldades relatadas na literatura (Cabana et al, 1999, Francke et al, 2008). A justificativa dessa discordância encontra-se no processo interno de adaptação das DC, envolvendo a equipe na discussão, o que possibilita o esclarecimento e a compreensão por parte do grupo.

Quando os artigos apontam esta possível dificuldade, assumem que as DC foram construídas por painéis de especialistas, através de um processo complexo. (Grol e Grimshaw, 2003, Baker e Feder, 1997). Salientam ainda que estes painéis devem incluir profissionais do cuidado direto ao paciente para que a compreensão seja ampliada e que as diversidades e situações concretas dos serviços estejam contempladas (Scott et al, 2004) e que tais DC sejam experimentadas no cotidiano de serviços antes de disseminadas em larga escala (Francke et al, 2008).

Raine et al (2004) chama a atenção para o fato do desenvolvimento das DC depender da interpretação da literatura e de que, embora a pesquisa das evidências

possa ser rigorosa e transparente, o julgamento tende a ser opaco. Esta consideração é consistente com a análise crítica que Boaventura (1989) desenvolve sobre a ciência moderna, reconhecendo a dependência deste julgamento na construção da ciência.

Para que a adaptação das DC no serviço seja válida é necessário que as recomendações críticas para a qualidade do cuidado ou aquelas de maior evidência permaneçam (Fixsen et al, 2005). Michie (2004), indica que uma das formas mais custo-efetiva de implementar as DC seria reescrevê-las, tornando-as mais específicas e mais claras, discriminando os elementos cruciais e descrevendo exatamente o que fazer, quando e como fazer, mas não localiza tal processo nos serviços de saúde.

No contexto das operadoras de planos de saúde, Portela et al (2008) observou que o uso de DC em sua forma original variou entre 33,7%, para diretrizes relativas a infecção hospitalar, e 83, 1% para aquelas relativas à alergia, sendo reportado adaptações. Não foi indicado no estudo citado como estas adaptações foram realizadas, da mesma forma não foi possível a esta pesquisa, descrever como ocorre este processo interno de adaptação nem o grau de modificação das DC, o que nos fez supor que caberia uma investigação para verificar se tais adaptações mantiveram os pontos centrais da inicial.

Uma pesquisa com 344 ginecologistas holandeses, que responderam sobre a DC nacional sobre inseminação artificial, concordaram com afirmações de que a diretriz em análise limitava a flexibilidade para atender as solicitações do pacientes (19%), não considerava adequadamente a diversidade das características individuais dos pacientes (14%) e ainda que limitava a flexibilidade de tomar suas próprias decisões (12%). Este posicionamento dos profissionais holandeses pode exemplificar a

dificuldade de elaborar-se um texto para as DC com as qualidades descritas, mas também ilustra um posicionamento distinto dos gestores das UTIN. (Haagen et al, 2001)

O questionamento de condutas dos profissionais tem crescido, como parte da maior consciência do direito dos pacientes, Tamblin e Battista (1993) consideram que os serviços que tenham uma clientela que questione e participe do seu cuidado, apresentam uma melhor prática. Frente ao questionamento do paciente ou de sua família sobre uma conduta, poder justificar que esta está baseada em evidência, que é uma DC adotada no serviço e que foi desenvolvida por um processo consistente, pode ser um argumento que auxilie neste diálogo, sendo uma posição referida pelos gestores entrevistados.

A influência de atores externos na formulação e disseminação das DC, visando alcançar objetivos alheios ao da qualidade da assistência, causou reações distintas desde a rejeição desta possibilidade ao reconhecimento da mesma, mas também um posicionamento de que o profissional e o gestor local deveriam atuar em defesa dos interesses do paciente. A postura de poder que os gestores se atribuíram ao afirmar que estão vigilantes frente a estas possibilidades é importante e corrobora a perspectiva de uma gestão participativa nos serviços de saúde e do SUS. Caberia ampliar os mecanismos de participação destes atores na formulação de políticas de saúde e das próprias DC a serem estabelecidas como referência para o sistema de saúde.

O posicionamento destes gestores não pode ser extrapolado para outros serviços ou outras especialidades, mas a concordância significativa de posições entre

as duas redes pode refletir uma tendência para os serviços de neonatologia de complexidade e contextos semelhantes.

### **Conclusão**

Os posicionamentos tomados pelos gestores entrevistados e os encontrados na literatura consultada evidenciam diversos desafios envolvidos na utilização das DC, que, como toda a tecnologia originária da ciência moderna, tem o potencial de contribuir para a melhoria da vida se utilizada de forma crítica e prudente.

Os gestores reconheceram a importância de utilizar as DC, visando reduzir variações de condutas entre profissionais e ampliar o benefício para o paciente. Para a aplicação das DC, entenderam necessário existir um contexto que garanta a capacidade de pensar para a equipe.

Foram unânimes em se posicionar favoravelmente aos benefícios das DC para os pacientes e reconheceram que existem também benefícios para os profissionais. A forma escrita e a limitação da prática não foram reconhecidas como dificuldades relevantes, sendo indicadas opções para superar tais dificuldades.

A redução de acesso ou a incorporação de tecnologias ditadas pelos interesses econômicos e/ou gerenciais não foram reconhecidas como integrantes do cotidiano das UTIN públicas, mas que tais possibilidades devem suscitar uma postura vigilante dos chefes de serviços e dos profissionais.

Os gestores tiveram uma visão ampliada do escopo das DC, incluindo diversos âmbitos do cuidado dentre as que buscaram implementar em seus serviços. O termo “diretrizes clínicas” não está incorporado no cotidiano, mas não parece haver rejeição para a busca de evidências para constituir as “rotinas” dos serviços.

O posicionamento observado tem importantes concordâncias com a literatura ao valorizar o uso das DC de uma maneira crítica e prudente, mas parece ainda ser necessário ampliar o debate no contexto brasileiro, para que a saúde da população e a prestação de assistência à saúde através do SUS ou da saúde suplementar possam se beneficiar da adoção de DC.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Woolf, SH, Grol, R, Hutchinson, A, Eccles, M, Grimshaw, J, Potencial benefits, limitation and harms os clinical guidelines, BMJ, v 3 i 7182: 527-530, 1999.
2. The Appraisal of guidelines, research and evaluation in Europe (AGREE) colaborative group, Guidelines development in Europe, Int Journal of Technology Assessment in health care, 16(4), 1039-1049, 2000.
3. Grimshaw, J, Thomas, R, MacLennan, G, Fraser, C, Ramsay, CR, Vale, L, Whitty, P, Eccles, MP, Matowe, L, Shirran, L, Wensing, M, Dijkstra, R, Effectiveness and efficiency of guideline dissemination and implementation strategies, Health Technology Assessment, vol 8: nº 6, 2004.
4. Jatene, FB, Bernardo, WM, Monteiro-Bonfá, Ra, O processo de implantação de diretrizes na prática médica, Rev Bras Cir Cardiovasc; 16(2): 89-93, 2001.
5. Atallah, AN, Medicina baseada em evidências: o elo entre a boa ciência e a boa prática clínica, (páginas 325 a 344) in Caminhos do Pensamento: epistemologia e método, Maria Cecília de Souza Minayo e Suely Ferreira Deslandes, org, Coleção Criança, Mulher e Saúde Editora Fiocruz, Rio de Janeiro, 2002.
6. Berwanger, O, Guimarães, HP, Azevum, F, Azevum, A, Diretrizes e prática clínica no tratamento da hipertensão arterial: como o conhecimento pode conduzir aos benefícios, Rev Bras Hipertens vol 11 (4), 272-274, 2004.
7. Portela, MC, Lima, SML, Escosteguy, CC, Brito, C, Vasconcellos, Diretrizes clínicas e outras práticas voltadas para a melhoria da qualidade assistencial em operadoras de planos de saúde sob a perspectiva dos seus dirigentes, no Brasil, Cad Saúde Pública, 24(2): 253-266, fev 2008.
8. Institute of Medicine (IOM), Committee on Clinical Practice Guidelines, Division of Health Care Services, Guidelines for Clinical Practice: From Development to Use, Marilyn J. Field and Kathleen N. Lohr, *editors*, Institute of Medicine National Academy Press, Washington, D.C. 1992.
9. Institute of Medicine (IOM), Committee on Clinical Practice Guidelines, Division of Health Care Services, Marilyn J Field & Kathlenn Lohr (editors), Guidelines for Clinical Practice: From Development to Use, 1990.
10. Bocchi, EA, Marin Neto, JA, Aplicação dos princípios da M.B.E. em programas de avaliação de procedimentos e medicamentos de alto custo, Arq Bras Cardiol, vol 76 n 4 339-342, 2001.
11. Scott, IA, Denaro, CP, Bennet, CJ, Mudge, AM, Improving clinical practice: toward more effective use of decision support in clinical practice: what guidelines for guidelines don't tell you, internal Medicine Journal, v 34, p 492-500, 2004.
12. Camitini, C, Scoditti, U, Diodati, F, Passalacqua, R, How to promote, improve and test adherence to scientific evidence in clinical practice, BMC Health Services Research, v. 5:62, disponível em <http://biomedicalcentral.com/1472-69633/5/62>, 2005

13. The Appraisal of guidelines, research and evaluation in Europe collaborative group (AGREE), Development and validation of an international appraisal instrument for assessing the quality of clinical practice guidelines: the AGREE project, *Qual Saf Health Care*, 12 18-23, 2003.
14. Michie, S Johnston, M, Changing clinical behavior by making guidelines specific, *BMJ*, 328: 343 – 345, 2004, acessado em [www.bmj.com](http://www.bmj.com) em 26 de março de 2007.
15. Merrit, TA, Palmer, D, Bergman, DA, Shiono, PH, Clinical practice guidelines in pediatrics and newborn medicine: implementations for their use in practice, *Pediatrics*, 99, 1997, acessado em <http://pediatrics.org/cgi/contentfull/99/1/100> em 23 de setembro de 2009.
16. Cohen, J, Are clinical practice guidelines impartial? *Int Journal of Tecnology Assesement in Health Care*, 20: 4, 415-420, 2000.
17. NHS Centre for reviews and dissemination, Getting evidence into practice, *Effective health care*, vol 5 n1, fev 1999.
18. Gallagher, E J, How well do clinical practice guidelines guide clinical practice?, *Ann Emerg Méd*, 40: 4, out 2002.
19. Moreira, MEL, Neonatologia baseada em evidências (páginas 345 a 362), in *Caminhos do Pensamento: epistemologia e método*, Maria Cecília de Souza Minayo e Suely Ferreira Deslandes, org, Coleção Criança, Mulher e Saúde Editora Fiocruz, Rio de Janeiro, 2002.
20. Horbar, JD, Plesk, PE, Leahy, K, NIC/Q 2000, Establishing Habits for Improvement in neonatal Intensive Care, *Pediatrics*, vol. 111, Nº 4, April 2003.
21. Rede Brasileira de Pesquisas Neonatais, Uso de corticosteróides e condições de nascimentos de pré-termos nos hospitais da Rede Brasileira de Pesquisas Neonatais, *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia (RBGO)*, 26 (3): 177-184, 2004.
22. Prestes, ACY, Guinsburg R, Balda, RCX, Marba, STM, Rugolo, LMSS, Pachi PR, Bentlin, MR, Freqüência do emprego de analgésicos em unidades de terapia intensiva neonatal universitárias, *J Pediatr (Rio J)*;81(5):405-10, 2005.
23. Medeiros, MLB, Conhecimentos e práticas da displasia broncopulmonar em unidade neonatal pública do município do RJ, [dissertação], Rio de Janeiro: Pós-Graduação em Saúde da Criança e da Mulher do Instituto fernandes Figueira da Fundação Oswaldo Cruz, 2006.
24. Santos, ALA, Conhecimentos e práticas de prevenção da sepse nosocomial de origem hospitalar em recém-nascidos de muito baixo peso em duas unidades neonatais públicas do Município do Rio de Janeiro, Dissertação apresentada à Coordenação de Pós-Graduação em Saúde da Criança e da Mulher, como pré-requisito para a obtenção do Título de Mestre, 2006.

25. Bueno, AC, Implantação de potenciais boas práticas de prevenção de infecção nosocomial em uma neonatal do município do Rio de Janeiro, Tese apresentada à Coordenação de Pós-Graduação em Saúde da Criança e da Mulher, como pré-requisito para a obtenção do Título de Doutor, 2008.
26. Cabana, MC, Rand, C, Powe, NE, Wu, AW, Wilson, MH, Abbound, PA, Rubin, HR, Why don't physicians follow clinical practice guidelines?:A framework for improvement, JAMA, vol 282, nº 15, p. 1458-1465, 1999. <http://www.jama.com>, acessado em 26 de julho de 2007.
27. Grol, R & Grimshaw, J, From best evidence to best practice: effective implementation of change in patients'care, The Lancet, vol. 2362, p.1225- 1230, 2003.
28. Steiner, DL. e Normam, GR., Health measurement scales: a practical guide to their development and use, New York, Oxford university press, 1995.
29. Consensus Commtee, AAP Section on Perinatal Pediatrics, Recommended Standards for Newborn ICU Design, Report of the Fourth Consensus Conference on Newborn ICU Design, 1999, disponível em <http://www.nd.edu/~kkolberg/DesignStandards.htm> , 08/02/08.
30. Wallace, LS, Blake, GH, Parham, JS, Baldrige, RE, Development and Content Validation of Family Practice Residency Recruitment Questionnaires, Fam Med 2003; 35 (7): 496-8.
31. Portaria MS/GM 332 de 24 de março de 2000, retificação da portaria GM/MS 3432 de 12 de agosto de 1998. Trata de critérios para UTI Neonatais.
32. Motta, PR, Gestão Contemporânea: a ciência e a arte de ser dirigente, 16<sup>a</sup> edição, Editora Record, Rio de Janeiro,1991.
33. Houaiss, Antônio, Villar, Mauro Salles, Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa, Rio de janeiro, Ed. Objetiva, 2001.
34. Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina, Projeto Diretrizes, disponível em: <http://www.amb.org.br/instprojetodiretrizes.php3> acessado em novembro de 2007
35. Cunha, GT, A construção da clínica ampliada na atenção básica, São Paulo, Ed. Hucitec, 2005
36. National Institute for Clinical Excellence, sitio: [www.nice.org.uk](http://www.nice.org.uk), acessado em novembro de 2009.
37. Schraibe, LB, O médico e suas interações: a crise dos vínculos de confiança, Lilia Blima Scraibe (org), Aderaldo & Rothschild, Editores, São Paulo, 2008.
38. Evidence-Based Medicine Working Group, Evidence-based Medicine: a new approach to teaching thepractice medicine, JAMA, vol. 268, N 17, 1992

39. Plsek, PE, Wilson, T, Complexity, leadership and management in healthcare organizations, BMJ, 323: 746-749, 2001, acessado em <http://www.bmj.com> em 12 de julho de 2007.
40. Ceccim, RB e Feuerwerker, L, O quadrilátero da formação para a área de saúde: ensino, gestão, atenção e controle social, PHYSIS: ver. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 14 (1): 41-65, 2004
41. Francke, A L, Smit, m C, de Veer, AJE, Mistien, P, Factors influencing the implementation of clinical guidelines for health care professionals: A systematic meta-review, BMC medical informatics and decision making, 2008, 8: 38, acessado em <http://www.biomedcentral.com/1472-6947/8/38> em 2009
42. Baker, R e Feder, G, Clinical guideline: Where Next?, International Journal for Quality in health Care, vol.9, n 6, 300-404, 1997.
43. Raine, R, Sanderson, C, Hutchings, A, Carter, S, Larkin, K, Black, N, An experimental study of determinants of group judgments in clinical guideline development, The Lancet, Vol. 364, n ° 9432, 31,p.429-437, July 2004.
44. Santos, BS, Introdução a uma ciência pós moderna, Rio de Janeiro, Editora Graal, 1989, 4ª edição (2003), p.176
45. Fixsen DL, Naoom, SF, Blase, KA, Friedman, RM, Wallace, F, Implementation Research: a synthesis of the literature. Tampa, Flórida, University of South Florida, The National Implementation Research Network (FMHI Publication # 231), 2005
46. Haagen, EC, Nelen, WLMD, Hermens, RPMG, Braat, DDM, Grol RPTM, Barriers to physician adherence to a subfertility guideline, Human Reproduction vo, 20, n 12, 3301 – 3306, 2001
47. Tamblin, R e Battista, R, Changing clinical practice: which interventions work? The Journal of Continuing Education in Health Professions, vol:13, pp 273-288, 1993.

### 3.2 - Segundo Artigo

Estratégias para disseminação e implementação de diretrizes clínicas em UTIN públicas: práticas referidas por seus gestores

#### *Resumo*

As diretrizes clínicas são ferramentas que sistematizam as evidências científicas, auxiliando na identificação daquelas relevantes ao cuidado apropriado. Para a disseminação, implementação e efetiva utilização das diretrizes foram identificadas estratégias: distribuição de material educacional; encontros para a capacitação, revisão das práticas; visita de especialista e lembretes. A análise de tais estratégias e suas dificuldades foi o objeto do estudo no contexto de UTIN públicas através de entrevista semi-estruturada com 53 chefias (médica e de enfermagem). Os entrevistados relataram a utilização concomitante de várias atividades e diversas dificuldades foram priorizadas: insuficiência de profissionais, pequena participação dos profissionais na discussão e inadequação da infra-estrutura. Os entrevistados concordaram com posicionamentos da literatura sobre estratégias de implementação de diretrizes e sobre suas dificuldades. O uso efetivo das diretrizes clínicas poderia contribuir para a redução da distância entre o conhecimento e o que está disponível aos cidadãos.

Palavras Chave: Diretrizes, Implementação, Neonatologia.

#### *Abstract*

Clinical guidelines are tools that systematize scientific evidence, helping identify what is relevant to proper care. For the dissemination, implementation and effective use of guidelines, some strategies were identified: distribution of educational materials, training meetings, review of practices, specialist visits, and reminder memos. An analysis of these strategies and their difficulties was the object of a study in the context of some public NICUs through semi-structured interviews with 53 managers (medical and nursing). Respondents reported the concomitant use of various activities and several difficulties were given priority: lack of professionals, minor participation of professionals in the discussion process and inadequate infrastructure. They also agreed with what was stated in the literature with respect to strategies for implementing guidelines and their related difficulties. The effective use of clinical guidelines could contribute to reducing the gap between knowledge and what is available to the public.

**Key Words: Guidelines, Implementation, Neonatology.**

#### *Introdução*

O direito à saúde implica também no direito de receber uma assistência de qualidade, que seja acolhedora, possibilite a participação dos usuários na construção de um projeto terapêutico que integre de forma prudente às contribuições da ciência médica e de suas tecnologias (Mattos, 2004).

O volume de informações científicas na área da saúde cresce de forma importante desafiando os profissionais a reconhecer dentre elas, quais são relevantes para o cuidado apropriado (Cabana et al,1999). As diretrizes clínicas (DC) bem construídas e baseadas em evidências científicas têm sido consideradas uma ferramenta importante no esforço pela qualidade, (Woolf, 1999, Atallah, 2002) por resumirem e sistematizarem as evidências, sendo consideradas como um instrumento de capacitação profissional (Greco e Eisenberg, 1993).

A disseminação, implementação e efetiva utilização das diretrizes fazem parte do processo de gestão da clínica que deve ser planejado criteriosamente, promovendo a participação dos profissionais, um dos elementos-chave para superar a adesão limitada às DC (Sally e Donaldson, 1998).

Esta adesão limitada pode ser identificada em estudos de avaliação do cuidado perinatal brasileiros que identificaram variações indesejáveis no cuidado, como a subutilização do corticóide antenatal (Rede Brasileira de Pesquisas Neonatais, 2004), o manejo inadequado da dor no bebê submetido a procedimentos dolorosos durante sua internação na UTIN (Prestes et al, 2005), o emprego tardio do surfactante e/ou a baixa utilização da ventilação gentil (Medeiros, 2006).

A revisão sistemática coordenada por Grinshaw et al (2004), apresenta uma discussão sobre as diferentes estratégias de disseminação e implementação das

diretrizes clínicas, uma questão crítica no âmbito do como fazer, considerado um conhecimento específico e em desenvolvimento (Fixsen et al, 2005).

As estratégias identificadas nessa revisão abrangem: distribuição de material educacional; encontros para a capacitação, incluindo aqueles realizados no serviço ou a participação em congressos; a revisão das práticas com o retorno da informação à equipe assistencial; visita de um especialista ao local de prática dos profissionais para disseminar as diretrizes; lembretes para o processo assistencial que podem ser verbais, escritos ou utilizando sistemas informatizados e finalmente, intervenções mediadas pelos pacientes, o que implica em repassar informações à sociedade, possibilitando que quando interajam com os profissionais, possam solicitar um cuidado específico.

As dificuldades para a implementação das diretrizes foram sistematizadas em três grupos (Cabana et al, 1999, Cochrane et al, 2007). No primeiro grupo inclui dificuldades ligadas ao conhecimento do profissional, ou seja, quanto o profissional não está ciente ou familiarizado com a diretriz. O segundo grupo engloba fatores vinculados às atitudes dos profissionais, tais como: não concordar com a diretriz, considerar muito restritiva à prática, não achar que consiga seguir a recomendação, não acreditar que o resultado proposto vá ocorrer e estar acostumado com a prática anterior. O último grupo inclui aspectos vinculados às preferências dos pacientes e à organização do trabalho como o tempo destinado aos procedimentos; ambiente dos serviços e características das próprias diretrizes clínicas.

A proposta deste estudo foi analisar as práticas referidas pelos gestores de Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) de maternidades públicas brasileiras

sobre as atividades para disseminação e implementação de diretrizes clínicas em seus serviços e as dificuldades para realizar tais tarefas.

### *Metodologia*

O estudo foi desenvolvido em dois grupos de unidades, um com as instituições localizadas no município do Rio de Janeiro (RRJ) e o outro com as unidades que compõem a Rede Brasileira de Pesquisas Neonatais (RBPN). Foram estudadas oito das dez unidades públicas da RRJ e sete das oito unidades integrantes da RBPN.

Pretendia-se que o primeiro grupo fosse composto por todas as UTI Neonatais localizadas no município do RJ, vinculadas ao SUS dos diversos níveis de gestão: federal (2), estadual (2), municipal (6), no entanto as unidades estaduais não puderam ser incluídas por mudança da equipe gestora no período de estudo.

Em relação ao grupo integrante da RBPN, constituída por oito serviços localizados em hospitais universitários das Regiões Sul e Sudeste não foi possível incluir uma das 8, por dificuldade de agenda da equipe gestora.

Para este estudo a equipe gestora foi definida como sendo as chefias médicas e de enfermagem da Unidade neonatal e os profissionais indicados por eles como seus substitutos. Considerando tal definição e as perdas, as entrevistas realizadas corresponderam respectivamente a 94% e 82% das entrevistas previstas.

O questionário foi composto por questões estruturadas e semi-estruturadas, envolvendo conceitos sobre as DC e caracterizando as unidades e os próprios gestores.

Para a investigação das estratégias de disseminação e implementação das DC nas UTIN, perguntas estruturadas apresentavam listagem de algumas atividades e dificuldades identificadas na literatura e solicitava o posicionamento do gestor em relação a elas numa escala de 5 pontos, sem a referência qualitativa, possibilitando ao entrevistado incluir novas alternativas.

As atividades para implementar as DC foram listadas considerando a metaanálise realizada por Grimshaw et al (2004) e as contribuições de Tamblyn e Battista (1993) sobre mudanças de práticas clínicas. O texto descrevendo essas atividades considerava tanto os termos utilizados nos artigos como aqueles utilizados no cotidiano dos serviços.

Para cada atividade de implementação das DC, foi questionado quatro dimensões identificadas na literatura (Grinshaw et al, 2004; Cabana et al, 1999), a saber: (i) a freqüência de utilização da atividade para implementar as DC; (ii) uma estimativa do gasto dos diversos tipos de recursos, a saber: financeiros, materiais e o tempo do gestor e dos profissionais; (iii) a adesão dos profissionais às atividades e (iv) a mudança de comportamento clínico dos profissionais ou seja se os gestores perceberam se os profissionais passaram a atuar de acordo com as diretrizes após a realização das atividades para sua implementação.

Em seguida, foi solicitado ao gestor que selecionasse quais atividades recomendaria para outros serviços do SUS, que desejassem implementar as DC. Encerrando este bloco de questões foi incluída uma questão aberta solicitando que o entrevistado descrevesse como monitorava a diretriz implementada.

A listagem das dificuldades para implementar DC foi baseada no modelo analítico de Cabana et al (1999) e na revisão realizada por Cochrane et al (2007). Foi solicitado aos gestores que indicassem se aquela dificuldade ocorria em seu serviço e, quando ocorria, que estimasse sua intensidade através da escala.

O questionário solicitava ainda algumas informações sobre a UTIN para caracterizá-la considerando as seguintes dimensões: complexidade, localização junto a hospital geral e volume assistencial.

Foi utilizada uma classificação de complexidade do cuidado ao recém nascido que tem sido adotada pela Vermont Oxford Network e pela Academia Americana de Pediatria (Committee on Fetus and Newborn, 2004). Esta classificação considera a disponibilidade de tecnologias para a assistência de recém nascidos de risco e classifica as unidades para o cuidado neonatal em três níveis, sendo que terceiro nível, o subespecializado, aquele que classifica as UTIN.

O volume assistencial da UTIN foi descrito através dos seguintes indicadores: número de leitos de terapia intensiva disponível no serviço, número de nascidos vivos e o percentual dos nascidos vivos com muito baixo peso ao nascer (PN <1500g).

O questionário foi validado por três médicos e três enfermeiros especialistas em neonatologia através de um roteiro que incluía a apreciação de sua extensão e a validade de face e de conteúdo. A extensão era julgada em uma única questão e a validade era avaliada através de aspectos identificados na literatura (Wallace et al, 2003), a saber: *(i)* adequação das instruções de preenchimento, *(ii)* a relevância dos aspectos tratados nas questões, *(iii)* a abrangência das questões frente aos propósitos

da pesquisa, (iv) a clareza e (v) adequação das opções de resposta das questões estruturadas.

Utilizando-se o SPSS, o índice alpha Cronbach foi calculado para todos os itens, obtendo-se um índice de 0,97 e cada segmento obteve um índice superior a 0,81, que são resultados superiores ao recomendado na literatura, que é de 0,75 (Wallace et al, 2003).

O teste do questionário foi realizado com um médico e um enfermeiro com experiência de gestão de UTI Neonatal. O tempo de resposta ao questionário e a clareza do mesmo foram alvo deste estudo piloto, não havendo questões relevantes quanto a estes aspectos.

As entrevistas ocorreram em um encontro no período de julho a março de 2008 e foram gravadas em áudio. Dois gestores optaram por enviar suas respostas via correio eletrônico.

Foi desenvolvido um banco de dados no Microsoft EXCEL Professional Edição 2003 para digitação e análise descritiva das questões estruturadas. A qualidade da digitação foi avaliada e os erros foram corrigidos no momento desta avaliação, sendo identificados 0,46% de campos com erros.

A análise das questões semi-estruturadas considerou, de forma complementar as respostas escritas pelos chefes nos questionários, as anotações da pesquisadora no momento da entrevista e as transcrições das gravações das entrevistas. Nesta análise, buscou-se integrar os achados obtidos através das perguntas estruturadas com aqueles obtidos com as questões semi-estruturadas, visando ampliar a compreensão do aspecto tratado, tais achados foram sistematizados e quantificados.

Os achados foram sistematizados considerando o conjunto das respostas dos gestores de cada rede pesquisada (RRJ e RBPN).

A descrição do perfil das unidades considerou quatro aspectos: complexidade, localização junto a hospital geral e volume assistencial. A distribuição percentual das unidades de cada rede foi apresentada segundo os três níveis do nível III da classificação.

Os entrevistados foram descritos através das seguintes características: sexo, idade, anos de prática de neonatologia, anos que ocupa o cargo de chefia, qualificação em neonatologia e em gestão. A qualificação em neonatologia para a chefia deste serviço é uma exigência legal (Portaria MS/GM 332, 2000) e a capacitação para a gestão foi incluída tomando por referência o debate sobre a necessidade de qualificação dos gestores (Motta, 1991), considerando-se desejável que o gestor tenha algum tipo de qualificação específica para o exercício da gestão.

Os resultados da pergunta estruturada que continha a escala visando o posicionamento de concordância foram analisados considerando o percentual de gestores que se posicionaram em cada ponto da escala. No entanto para a

apresentação destes resultados e visando uma melhor visualização da tabela, serão apresentados somente os extremos das escalas.

O projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto Fernandes Figueira (CAAE 0014.1.008-08) e também aprovado por quatro outros CEPS, dos hospitais que assim o solicitaram (CAAE 0082.0.314.000-08 – SMS/RJ, CAAE 0082.0.318.008-08 – HGB, CAAE 0061.0.002.008-09 – PUC RGS, Protocolo do CEP/HSE 000.346). Em todas as entrevistas foi obtido o consentimento informado.

## **Resultados**

### **1. Caracterização das Unidades**

Todas as unidades eram UTIN e a maioria foi classificada como IIIB, ou seja, estavam capacitadas a cuidar de RN de extremo baixo peso (PN <1000g), prover suporte de vida e dispor de acesso a procedimentos cirúrgicos menores. Duas unidades (25%) da RRJ eram de complexidade IIIA, por não terem disponibilidade de cirurgia. Uma unidade da RBPN referiu cuidar de RN no pós-operatório de cirurgia cardíaca, sendo classificada como IIIC. A relação com hospital geral caracterizou a RBPN (86%) sendo pouco freqüente na RRJ (38%).

A RRJ tinha um quarto de suas UTIN com mais de 15 leitos enquanto que a RBPN dispunha de 75% com esta condição. A maioria das unidades (80%) apresentou um volume assistencial grande com mais de 2000 nascimentos vivos por ano e 73% das UTIN assistiram a mais de 3% de RN com muito baixo peso.

### **2. Características dos entrevistados**

Foram entrevistados 53 gestores das UTIN, sendo 30 da RRJ e 23 da RBPN. A maioria deles são mulheres (79%), tem mais de 40 anos de idade (74%), mais de 10 anos de prática profissional em neonatologia (92%) e estão no cargo de chefia há mais de 5 anos (51%).

A qualificação em neonatologia foi referida pela maioria expressiva dos chefes (84%). Por serem serviços universitários, os profissionais da RBPN, principalmente os médicos, possuem adicionalmente títulos de doutorado. A qualificação para gestão quer seja através de cursos de especialização ou atualização foi relatada por 40% dos gestores da RRJ e pelos médicos da RBPN. Dos chefes de enfermagem da RNPN, 55% referiram possuir tais cursos.

### 3. Estratégias para disseminação e implementação

Em todos os serviços foi possível verificar a existência de um livro ou pasta com as diretrizes clínicas do serviço em local acessível para a equipe de rotina ou plantão. O acesso à internet foi distinto entre as duas redes, ocorrendo somente em uma unidade da RRJ (13%) enquanto que seis (86%) da RBPN dispunham de tal recurso, inclusive a listagem de endereços eletrônicos dos profissionais da equipe.

Os entrevistados relataram a utilização concomitante de diversas atividades para a disseminação de DC, sendo que 60% dos gestores da RRJ e 91% da RBPN utilizavam todas as atividades apresentadas no questionário, porém com diferença na intensidade de utilização de cada atividade.

A divulgação de DC através de material escrito foi reportada de forma distinta entre as redes (Tabela 1). Dentre os chefes da RRJ, a maioria (63%) mencionou usar material impresso através da anotação no livro do serviço enquanto que 61% dos gestores da RBPN relataram o uso de envio de material através de correio eletrônico.

Alguns de nossos entrevistados pertencentes ao grupo de chefes da RRJ (20%) relataram que arcavam com os recursos para estas atividades, utilizavam o computador de sua casa para fazer pesquisa na internet e que pagavam os custos de impressão e de reprodução, o que limitava o uso desta alternativa, uma vez que não consideravam adequado realizar tais gastos. A estratégia de um serviço da RBPN foi à produção de um livro do serviço, que tem sido vendido aos profissionais e alunos. Cerca de 40% dos chefes de ambas as redes consideraram que a distribuição de material escrito incentiva a adesão dos profissionais.

A “revisão de prontuários com discussão dos resultados com a equipe” foi utilizada de forma freqüente por 53% dos gestores da RRJ e 35% dos gestores da RBPN, que relataram que utilizam bancos de dados e que a revisão do prontuário era feita por profissionais da equipe e não pelos chefes. Mais da metade dos gestores da RRJ considerou que esta atividade tem boa adesão dos profissionais e foi recomendada para ser aplicada em outros serviços do SUS pela maioria dos gestores da RRJ (77%) e da RBPN (61%) (Tabela 1 e Gráfico 1 e 2).

Seis atividades foram incluídas como atividades para capacitação. A maioria dos gestores (57% - RJ e 83% RBPN) relatou que utiliza freqüentemente as reuniões para discussão de diretrizes clínicas, sendo uma atividade recomendada por mais de 95% deles (Tabela 1 e Gráfico 1 e 2). A avaliação da adesão a esta atividade foi relatada de forma distinta pelos gestores: apenas 33% dos gestores da RRJ percebem boa adesão dos profissionais enquanto que 65% dos gestores da RBPN tiveram este posicionamento.

Um gestor da RRJ ressaltou que os profissionais da rotina comparecem mais freqüentemente às discussões por já estarem presente ao serviço e que os plantonistas não se deslocam para estas atividades. Para dois gestores da RBPN o comparecimento dos profissionais é garantido, como parte das atribuições dos docentes. Mais gestores da RBPN (61%) do que do RRJ (43%) considerou que esta atividade tem boa capacidade de promover mudanças em suas práticas. Foi uma atividade recomendada por mais de 95% deles, sendo a mais recomendada (Tabela 1 e Gráfico 1 e 2).

Dentre os encontros para capacitação, duas atividades de repasse de informação foram pesquisadas: a apresentação da diretriz em reunião e a aula teórica para os profissionais da equipe, esta caracterização era reforçada, especialmente para os gestores da RBPN que tem esta atividade para os alunos. O relato de utilização destas atividades foi distinto para os gestores da RBPN, sendo mais intensa a utilização da primeira atividade (61%) se comparada com a segunda (43%). Três gestores desta rede ressaltaram que utilizam estas estratégias de repasse de informação quando querem implementar protocolos de pesquisa.

Poucos gestores da RRJ relataram utilizar estas atividades (37% - apresentação das DC e 13% - aula teórica), justificando que sua dificuldade é a disponibilidade de tempo, não apresentaram argumentos contrários ao repasse de informação. O menor apreço dos entrevistados em relação às atividades de repasse de informação, se comparada às atividades de discussão pode ser inferido pelo menor percentual deles que recomendam estas atividades (RRJ - 48% e RBPN - 65%). Cabe lembrar que 95% dos gestores recomendaram a discussão.

Foi questionado se a discussão das DC ocorria em duas atividades do cotidiano dos serviços: a passagem de plantão e a visita diária para acompanhamento dos pacientes. A passagem de plantão foi relatada por 70% dos gestores da RBPN e por metade dos gestores da RRJ. Alguns posicionamentos foram no sentido de valorizar este momento do cotidiano do cuidado para reforçar aspectos das diretrizes, compreendendo que os plantonistas não comparecem fora de seu horário de trabalho para outras atividades. Ressaltaram que pode ser um momento importante para diálogo com a equipe, mas que depende da presença do chefe e que isto não ocorre freqüentemente, pois significaria um ajuste no cotidiano de trabalho para os gestores e a repetição da informação a cada plantão.

Alguns chefes de enfermagem (4) relataram que se organizam para ter a passagem do plantão como um momento privilegiado de contato com a equipe, possibilitando a análise dos pacientes com os prontuários em mãos. Uma delas indicou que não é a equipe que tem que vir ao encontro da capacitação, mas que a equipe de capacitação é que têm que estar à disposição da equipe de assistência. No entanto, referem que são momentos de contato curto pelo cansaço da equipe que sai do plantão e porque as tarefas do dia devem começar a ser realizadas.

A visita para acompanhamento do paciente, que tem sido mais freqüentada pelos profissionais da rotina do que pelos plantonistas, e tem sido utilizada de forma intensa pela maioria dos gestores (53% - RRJ e 78% - RBPN), com boa adesão dos profissionais (60% - RRJ e 78% - RBPN) e com boa capacidade de contribuição para a mudança de prática clínica (73% - RRJ e 87% - RBPN), sendo também recomendada

por 74% dos gestores, sendo a segunda atividade mais recomendada pelos gestores da RBPN.

O convite a um especialista para falar para o grupo foi relatado por somente dois (7%) gestores da RRJ e por quatro (17%) dos gestores da RBPN, sendo que estes últimos, por terem serviços localizados em hospitais universitários relataram ter acesso aos especialistas do próprio hospital universitário, ou que aproveitam a presença do especialista do país ou do exterior para outras atividades acadêmicas para concretizar o convite, não tendo, em geral despesas para as instituições. Alguns entrevistados valorizaram o papel do especialista reconhecendo que com sua expertise podem convencer os profissionais a utilizar as DC.

O último grupo de atividades incluídos na pesquisa foram os lembretes, ou seja, textos, bilhetes, cartazes e formulários que orientam os profissionais durante o cuidado. Os formulários são os menos referidos com frequência em torno de 30%. Os cartazes, apesar de terem sido citados por cerca de 40% dos gestores, não foram identificados na observação dos serviços. Há uma profusão de mensagens, alguns esquemas que orientam o cuidado, mas feitos de forma artesanal pelos serviços. Os lembretes que foram indicados por cerca de 50% dos gestores, sendo seu uso indicado para situações específicas, como na RBPN onde foram utilizados para lembrar protocolos de pesquisa. Alguns gestores se posicionaram de forma contrária ao seu uso, pois poderiam comprometer a privacidade do paciente e de sua família.

Os entrevistados recomendaram a utilização de diversas atividades em conjunto, divergindo um pouco sobre qual conjunto de atividades seria escolhido. As mais recomendadas foram: discussão em reunião (96%), visita para acompanhamento dos

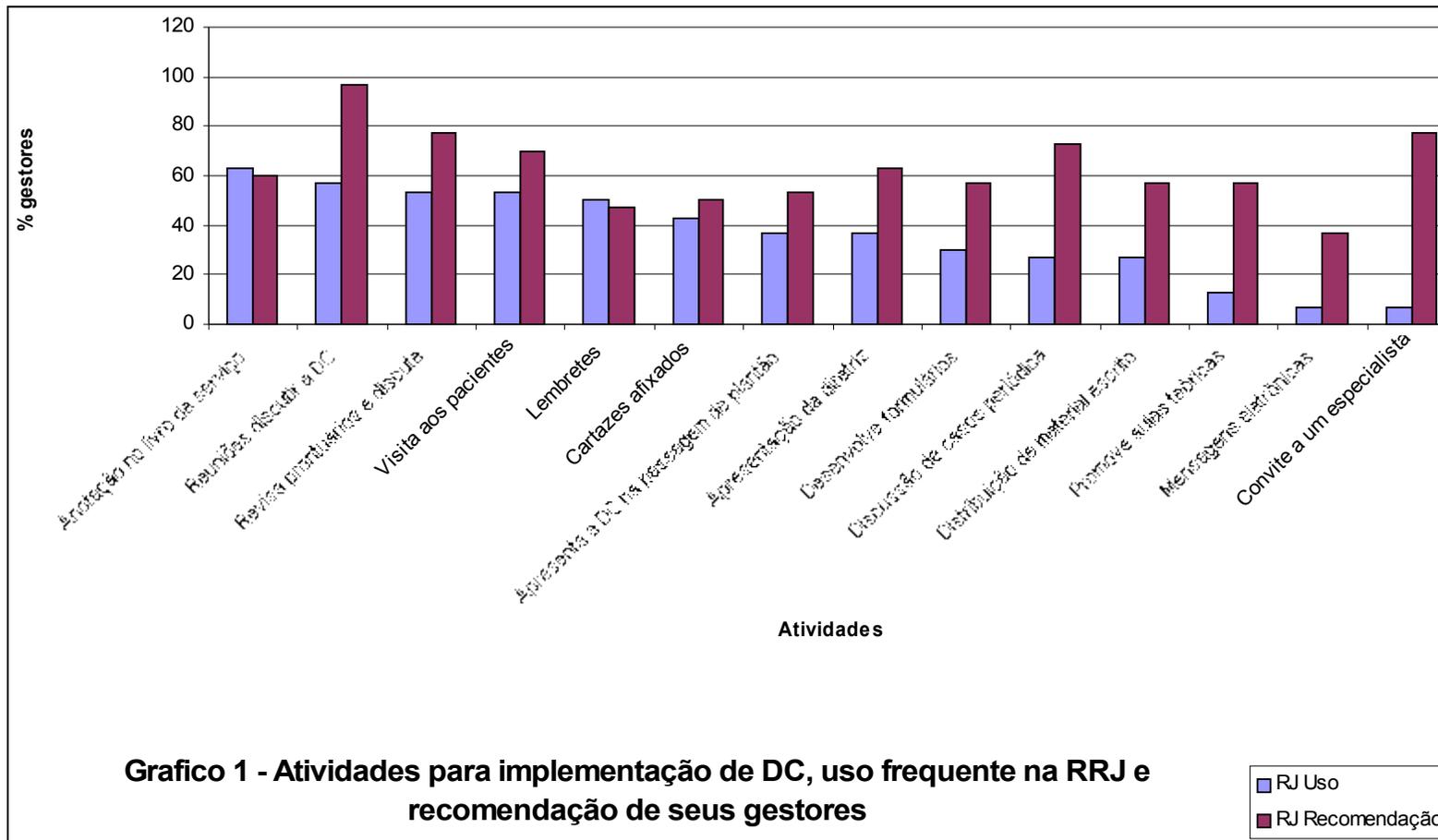
pacientes (74%), discussões de casos (74%) e a revisão de prontuários com discussão dos resultados (70%) (Gráfico 1 e 2).

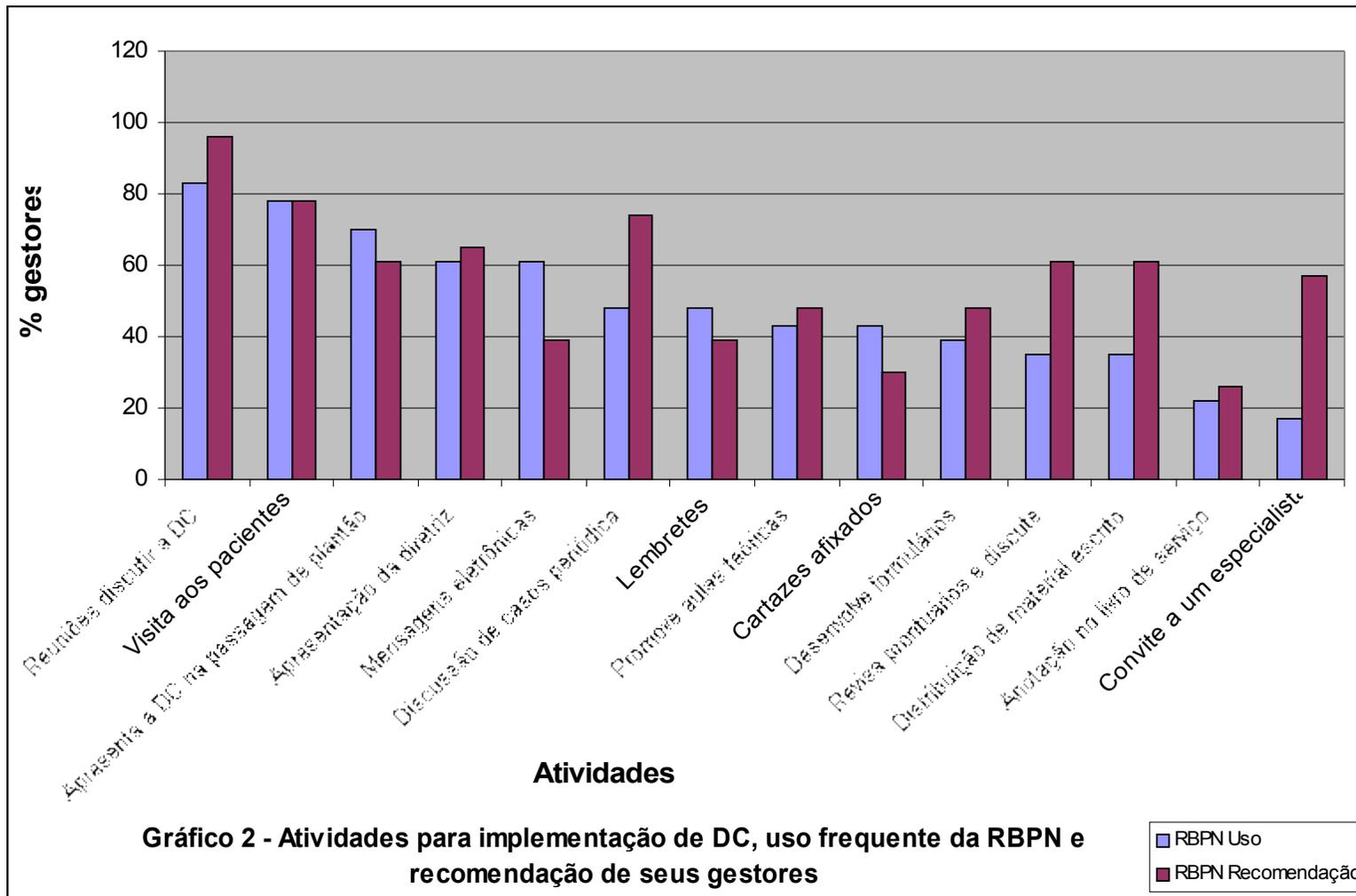
Em resposta a uma questão aberta, cerca de 75% dos gestores relataram que monitoram a implementação das DC através da observação direta do cuidado, quando participam da assistência ou na visita diária para acompanhamento dos pacientes. Buscam identificar questões, dificuldades e dúvidas dos profissionais e dirimi-las nestes momentos.

Adicionalmente, 74% dos gestores disseram avaliar os resultados da assistência através da análise de prontuários, bancos de dados ou através das discussões de óbitos, sendo que alguns (36%) relataram que fazem reuniões de discussão com a equipe sem, no entanto reportar qual conteúdo focado.

Tabela 1 - Posicionamento dos gestores sobre as estratégias a eles apresentadas para implementar as diretrizes clínicas, indicando frequência uso, intensidade da adesão e da mudança de comportamento dos profissionais e segundo a rede a que pertence, 2009

Estratégias para implementar as diretrizes clínicas apresentadas aos gestores	Distribuição percentual dos gestores (%)					
	Frequência alta de uso		Adesão intensa		Mudança intensa de comportamento	
	RRJ	RBPN	RRJ	RBPN	RRJ	RBPN
<b>Distribuição de material educacional</b>						
Anota no livro de serviço	63	22	33	22	27	17
Distribui de material escrito	27	35	40	43	43	35
Envia de mensagens eletrônicas aos profissionais	7	61	7	39	7	39
<b>Auditoria com retorno da informação</b>						
Revisa prontuários e discute resultados com a equipe	53	35	50	35	60	39
<b>Encontro para capacitação</b>						
<b>No cotidiano do cuidado</b>						
Utiliza a passagem de plantão	37	70	30	70	43	61
Utiliza a visita de acompanhamento dos pacientes	53	78	60	78	73	87
<b>Reuniões agendadas</b>						
Utiliza reuniões para discutir DC e como aplicá-la.	57	83	33	65	43	61
Apresenta DC para a equipe em uma reunião	37	61	40	52	50	26
Promove aulas teóricas (uma ou mais)	13	43	17	35	27	39
Discute casos clínicos	27	48	20	43	47	57
<b>Visita educacional de especialista</b>						
Convida um especialista	7	17	37	52	47	48
<b>Lembretes</b>						
Afixa cartazes	43	43	53	39	57	35
Desenvolve formulários para o prontuário	30	39	37	61	37	57
Utiliza lembretes para orientar prática	50	48	47	52	53	48





Diversas dificuldades foram apontadas como importantes no processo de implementação de DC (Tabela 2). A insuficiência de profissionais para o trabalho foi indicada como a dificuldade mais importante a ser enfrentada (67% da RRJ e 39% da RBPN) e suscitou 12% dos gestores a se manifestarem, ressaltando que esta situação era agravada pela grande rotatividade e pelo pouco comprometimento dos profissionais com os serviços, decorrente de seus múltiplos vínculos de trabalho. Um dos gestores indicou que a implantação do tempo integral em um serviço seria importante para possibilitar maior discussão em equipe.

A inadequação do quadro de profissionais foi percebida como mais crítica para a equipe de enfermagem e fisioterapia. Os gestores da RJJ apontaram ainda a dificuldade de acesso aos especialistas ou a exames especializados.

A pequena participação dos profissionais nas atividades de discussão dos serviços foi uma dificuldade importante para 47% dos gestores da RRJ, mas para somente 17% dos gestores da RBPN. Esta dificuldade foi relacionada principalmente aos plantonistas, que não comparecem de forma geral fora de seu horário para estas atividades.

As dificuldades com a infra-estrutura relativa às instalações, material e equipamentos apareceram de forma importante para os gestores das duas redes, mas com pesos distintos. As instalações foram citadas como dificuldade importante por 35% dos gestores da RBPN e somente por 17% dos gestores da RRJ. A irregularidade no fornecimento de materiais (27%) e a má qualidade dos equipamentos (23%) foram relatadas como dificuldades intensas para os gestores da RRJ sendo que a qualidade do material foi citada por igual percentual de gestores das duas redes (17%).

Outros chefes (8 RRJ e 2 RBPN) ressaltaram a dificuldade com a qualidade de materiais, equipamentos e sua manutenção, no entanto, afirmaram que a infraestrutura básica está disponível.

A falta de familiaridade dos profissionais com a DC foi relatada por poucos entrevistados (20% - RRJ e 9% - RBPN), mas 6% deles abordaram a rotatividade de profissionais no serviço, especialmente para a equipe de enfermagem, e a presença de profissionais sem qualificação específica para a neonatologia, como fatores que contribuem a falta de familiaridade com as DC, sendo mais relevante para os plantonistas.

Cerca de 17% dos gestores de ambas redes reconheceram a preferência dos profissionais por práticas anteriores como uma das dificuldades a ser gerenciada nos serviços, tendo um deles citado uma afirmação atribuída a Einstein “é mais fácil partir um átomo do que mudar uma rotina”. Outros gestores reforçaram esta análise da dificuldade de mudança atribuindo a falta de compreensão, conhecimento, resistência à mudança e o pouco envolvimento dos profissionais com o serviço.

A mudança, segundo alguns gestores, seria facilitada por atividades que ampliassem a percepção dos profissionais de que seu trabalho contribui para a qualidade de vida dos pacientes e que a utilização das DC possibilitaria uma maior consistência do cuidado, reduzindo resultados negativos e ficando mais fácil avaliar o trabalho desenvolvido.

A afirmativa de que as diretrizes poderiam restringir a prática clínica foi classificada como uma dificuldade importante por somente 4% dos gestores da RBPN.

Alguns gestores abordaram a questão da rigidez das diretrizes ou de sua forma de implementação em alguns serviços como um lado negativo deste processo.

Tabela 2 - Dificuldades consideradas importantes pelos gestores na implementação de diretrizes clínicas, segundo as redes a que pertencem, 2009

Dificuldades	Distribuição percentual dos gestores (%)	
	RRJ	RBPN
<b>Infraestrutura física, equipamentos e materiais</b>		
Material fornecido de forma irregular	27	13
Equipamentos não têm a qualidade esperada	23	9
Instalações inadequadas	17	35
Material não tem a qualidade esperada	17	17
Os equipamentos não têm a manutenção adequada	13	17
Medicamentos fornecidos de forma irregular	7	4
<b>Gestão do Trabalho</b>		
Quantidade insuficiente de profissionais	67	39
Plantonistas não comparecem fora de seu horário para capacitação	47	17
Profissionais não participam das atividades do serviço	20	9
Equipe não tem tempo para discutir	20	0
<b>Conhecimento e/ou atitudes dos profissionais</b>		
Profissionais não estão familiarizados com a diretriz	20	9
Profissionais preferem a prática anterior	17	17
Profissionais não têm o conhecimento adequado a suas funções	13	4
Profissionais não acreditam que haja melhoria do resultado	13	0
Profissionais não conseguem fazer o que está previsto na diretriz	10	4

## **DISCUSSÃO**

As unidades incluídas no estudo se caracterizaram como UTIN nos três subníveis da complexidade III da classificação utilizada (Committee on Fetus and Newborn, 2004). Os posicionamentos dos gestores da RRJ e da RBPN não se diferenciaram de forma importante em relação aos temas centrais em análise, ou seja, as atividades e dificuldades para implementação de diretrizes clínicas e como tais atividades integram o cotidiano dos gestores. As diferenças encontradas pareceram refletir os contextos institucionais distintos.

Os entrevistados eram profissionais com qualificação em neonatologia, vivenciando tanto a especialidade como a gestão por período significativo, qualificando-os como interlocutores importantes para a pesquisa.

Apesar de considerar que as evidências revisadas no período de 30 anos ainda não tenham a robustez necessária para subsidiar opções dos gestores e dos sistemas de saúde, a revisão sistemática desenvolvida por Grinshaw et al (2004) indica que nem todas as estratégias têm a mesma possibilidade de influenciar o comportamento clínico dos profissionais ou de convencê-los a adotar uma nova conduta no cuidado dos pacientes. A preocupação expressa na literatura é a de redução da distância entre as evidências e a prática clínica (Cabana et al, 1999, Jatene et al, 2001, Grol e Grimshaw, 2003, Grinshaw et al, 2004).

A implementação de DC, boas práticas ou de uma nova forma de organização do cuidado pode ser compreendida como o uso de um grupo específico de atividades planejadas e executadas para colocar em prática o que se deseja, sendo estas atividades desenvolvidas de acordo com o que foi planejado. Falhas na implementação

podem ser decorrentes tanto do planejamento quanto de sua execução (Fixsen et al, 2005).

A complexidade da tarefa de implementar DC e mudanças de práticas pode ser percebida pelos posicionamentos dos gestores e por seu relato de utilização de diversas atividades para lograr seus objetivos nos serviços, o que também se encontra relatado na literatura.

Na bibliografia consultada sobre disseminação e implementação de DC, encontram-se freqüentemente as seguintes afirmativas: o envio de material instrucional e as palestras têm sido estratégias mais freqüentemente empregadas, mas são consideradas pouco efetivas para a mudança de prática (Bero et al, 1998, Villar et al, 2001, Grinshaw, 2004); o uso concomitante de diversas atividades é mais efetivo (Scott et al, 2004, Caminiti et al, 2005), o papel do chefe ou dos líderes clínicos do serviço é fundamental (Dijkstra et al, 2006), a participação dos profissionais na discussão para a implementação das DC possibilita que eles se sintam parte do processo (Baker e Feder, 1997, Scott et al, 2004). Considerando ainda as evidências disponíveis, Grinshaw et al (2004) indica a necessidade de que os serviços identifiquem qual a melhor estratégia ou conjunto de estratégias para adotar, considerando que o custo de seu desenvolvimento é significativo, pois inclui o tempo dos profissionais para participarem delas, além do provimento adequado de materiais e infra-estrutura.

Os gestores entrevistados compartilharam da compreensão de que diversas estratégias devem ser buscadas, tendo um deles afirmado que o fator crítico é a comunicação e todos meios deveriam ser tentados para possibilitar a compreensão das DC, o mesmo gestor sugeriu ainda que um argumento fácil e útil que pode ser utilizado

pelos profissionais, quando questionados sobre sua conduta discordante das DC do serviço, seria mencionar que não tomou conhecimento da mesma.

Houve um posicionamento muito favorável dos gestores à discussão como atividade para implementar as DC, sendo que grande parte deles avaliou que os profissionais aderem de forma mais intensa às atividades de discussão do que às aulas teóricas.

Apesar deste posicionamento, não pareceu ser clara para os gestores a diferença entre uma atividade de transmissão de informação e uma de discussão com participação efetiva dos profissionais. Alguns comentários sugerem que tal distinção não faz sentido no contexto destes serviços, pois a discussão é franqueada em todos os momentos, porém um dos relatos lembra de uma possibilidade para que a discussão não ocorresse, quando se tratava de apresentar um protocolo de pesquisa do interesse do serviço e já aprovado. Alguns gestores lamentaram não ter mais tempo para fazer estas atividades com a equipe, incluindo tanto as reuniões com discussão como as aulas teóricas.

Ceccim e Feuerwerker (2004) utilizam o conceito de educação significativa citando como referência Haddad, Roschke e Davini (1994) e salientando como fundamental que a educação deve promover e produzir sentidos e que deve se basear na reflexão crítica e na problematização dos processos de trabalho reais, envolvendo os trabalhadores e os gestores. Tal processo não se esgota, gerando um contínuo de reflexão, aprendizado e intervenção nos serviços em todos os aspectos necessários para gerar qualidade destes serviços e valor para a população. Este tipo de concepção não parece estar presente no discurso dos entrevistados, no entanto a valorização da

participação dos profissionais pode ser considerada um ponto em comum, que deveria ser explorado, ampliando a compreensão de como implementar mudanças nos serviços.

A distribuição de material escrito tem sido considerada na literatura como indutor fraco de mudança das práticas dos profissionais, mas que deve ser utilizado, pois se enquadraria como um primeiro momento da disseminação das DC (Grinshaw et al, 2004, Villar et al, 2001, Bero et al, 1998). A qualidade do conteúdo como da forma são relevantes para a receptividade do material pelos profissionais, desta forma reforça-se a necessidade de prover recursos adequados a produção de materiais nos serviços.

Os gestores da RRJ preferiram a distribuição de material impresso enquanto que os gestores da RBPN o envio por correio eletrônico. Esta escolha distinta decorre da intra-estrutura dos serviços, existindo amplo acesso a computadores e a internet nos serviços da RBPN enquanto este acesso é limitado na RRJ.

A informatização e o acesso à internet são ferramentas incontestes tanto para acesso a informação, discussão em grupo como para desenvolvimento e análise de banco de dados do próprio serviço, qualificando a gestão da clínica. A informatização foi demandada pelos gestores da RRJ e valorizada pelos da RBPN, sendo uma recomendação de todos gestores para a melhoria dos serviços de saúde.

O MS tem adotado a estratégia de disseminação de informações para médicos através de envio de material impresso e multimídia para o domicílio, como, por exemplo, na epidemia de dengue de 2008. Na epidemia de gripe A, foram disponibilizados em seu sítio informações epidemiológicas e as recomendações para a condução dos casos ([www.saude.gov.br](http://www.saude.gov.br)). A prática de capacitações baseadas em

transmissão da informação e de curta duração também tem tradição na área da saúde, mas deveriam ser revistas se tomadas em consideração os achados da literatura a respeito de disseminação e implementação de diretrizes e normas. As críticas a este tipo de ênfase têm sido abordadas pelos autores que desenvolveram a proposta de educação permanente (Ceccim, 2004).

A análise do desempenho do serviço através da revisão e discussão de casos e óbitos foi descrita como tendo um efeito modesto (Grinshaw et al, 2004). É uma sistemática que tem sido valorizada na literatura de qualidade, como o momento da análise (*check*) do PDCA, fazendo parte de todo ciclo de planejamento e gestão, respondendo à necessidade de compreender os resultados para confirmar ou alterar os processos de trabalho. Horbar et al (2003) relata na VON a utilização dos conceitos da qualidade e da importância de gerar efetivos coletivos de discussão.

A maioria dos gestores da RRJ (53%) disse utilizar a discussão de casos e óbitos para implementar DC, apesar da dificuldade de tempo para realizar este tipo de atividade e do acesso restrito a informatização. O menor percentual de gestores da RBPN (35%) que relatou utilizar esta atividade pode ser decorrente do texto da questão que mencionava como atividade do chefe a revisão de prontuários, sendo que os gestores da RBPN usavam prioritariamente bancos de dados e em geral tais unidades dispunham de profissionais para fazer a revisão de prontuários e alimentar o banco de dados, cabendo ao chefe a análise e a posterior discussão.

A utilização de lembretes, que são informações que o profissional acessa de forma concomitante com o cuidado, e são específicas para a situação clínica do paciente, é descrita como de efeito moderado (Grinshaw et al, 2004), sendo citada pelo

autor em suas conclusões como uma das estratégias que devem ser consideradas. O desenvolvimento tecnológico na área de informática também estimula e possibilita o uso de diversas versões desta técnica (Gallagher, 2002).

As opções informatizadas para os lembretes não estavam acessíveis às unidades e a questão da pesquisa considerou a versão escrita de bilhetes e lembretes que fossem anexados aos prontuários ou na incubadora do RN. Para os gestores, estas mensagens servem mais como alertas aos profissionais, especialmente aos plantonistas, quando se identifica conduta discordante daquela prevista nas DC do serviço ou para lembrar aspectos críticos daquilo que foi acordado na visita diária. Esta alternativa foi experimentada por metade dos gestores, mas com algumas críticas em relação à privacidade do paciente e aceitação da equipe.

A utilização de cartazes foi questionada por ser uma outra versão dos lembretes e porque tem sido uma estratégia empregada tradicionalmente no sistema de saúde brasileiro, notadamente pela Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) dos serviços e pelo MS. Não se mostrou uma atividade valorizada pelos gestores e somente 40% a utilizou, de forma intensa. Os cartazes foram produzidos pelos próprios serviços e não havia espaço adequado aos mesmos. Em diversos serviços durante a observação das instalações da UTIN, foram identificadas tabelas e informações afixadas nos locais de prescrição, contribuindo para uma poluição visual, que pode reduzir a utilização deste tipo de informação pelos profissionais. Os cartazes mais utilizados e mencionados foram aqueles lembrando a lavagens de mãos visando o controle da infecção hospitalar, afixados próximo às pias, alguns deles já danificados

pelo tempo de exposição. No contexto das UTIN visitadas, caberia questionar se esta estratégia atinge seu objetivo ou se outros formatos deveriam ser empregados.

A interação com um profissional reconhecido - um *expert*, tem sido descrita como uma estratégia importante para o convencimento da equipe (Grinshaw et al, 2004) e tem sido utilizada pela RBPN aproveitando oportunidades, conciliando a vinda de um profissional de outros centros para diversas atividades acadêmicas, desta forma superando em parte a dificuldade relatada na literatura relativa ao financiamento desta estratégia. A formalização no sistema de saúde deste tipo de estratégia seria factível com o aprimoramento das redes locais, regionais, em que centros de referência poderiam manter contato mais próximo com os serviços de sua região, apoiando qualificação da assistência e a referência entre os serviços.

A utilização de diversas estratégias para melhorar o controle de infecção em uma UTIN foi utilizada por Bueno (2008), que durante 6 meses desenvolveu reuniões onde os profissionais podiam discutir conceitos e informações sobre as taxas de infecção da UTIN. Foram também fornecidos materiais educacionais como cartazes e folhetos. O autor conseguiu identificar melhora em alguns indicadores de infecção e de cuidado neonatal, embora não tenha obtido redução da mortalidade, reafirmando a importância da educação continuada dos profissionais caracterizada pela utilização de diversas abordagens.

O tempo que os gestores e os profissionais dispõem para as atividades como reuniões, revisão de casos, manutenção de sistema informatizado, torna-se a questão mais relevante para os entrevistados, provavelmente motivando sugestões de que o tempo para discussão seja incluído no cálculo do tempo de trabalho e de que a lotação

dos profissionais deveria ser tal que possibilitasse este tempo fora da assistência direta ao paciente. Esta concepção - de lotação de profissionais tem impacto econômico para os serviços e para o sistema de saúde, no entanto a operacionalização destas estratégias deveria considerar este aspecto prático, posição relatada também por Caminiti et al (2005).

No contexto brasileiro, a superlotação cíclica das UTIN públicas, amplamente divulgada pela mídia, foi reconhecida como sendo um problema do sistema de saúde, que deveria ter investimentos que ampliasse o acesso à terapia intensiva neonatal e possibilitasse a redução dos ciclos de superlotação que comprometem a qualidade do cuidado e a própria organização da equipe.

Outro problema da gestão de pessoas, relatado pelos entrevistados, foi a alta rotatividade, especialmente para a equipe de enfermagem, demandando dos gestores tempo para informar aos novos profissionais sobre o trabalho e sobre as DC, o que não agrega qualidade ao serviço. No entanto, alguns gestores reconheceram que estão formando profissionais para o sistema de saúde, e neste caso o serviço deveria se estruturar para tal, assumindo este compromisso, mas tendo uma gestão de pessoas que garantisse a fixação de profissionais qualificados nos serviços.

O posicionamento dos chefes frente às dificuldades para implementar DC não parece corresponder ao esquema proposto por Cabana et al (1999). Houve uma priorização dos elementos de estrutura, com ênfase na lotação de pessoal e pouca relevância para as questões de conhecimento e atitudes dos profissionais. Cochrane et al (2007), em uma revisão sistemática, identificou maior número de estudos (47%) abordando as dificuldades de estrutura: tempo, apoio, questões do financiamento,

recursos, organização dos serviços superlotação, processo de referência. O posicionamento dos gestores se correlaciona mais com este segundo estudo, podendo indicar que tais questões têm sido relevantes para outros sistemas de saúde, uma vez que para o Brasil, a conquista de estrutura adequada é ainda um desafio.

A valorização das questões de conhecimento e atitudes obteve referências contraditórias, por um lado foi valorizada por poucos gestores ao responder a questão estruturada, por outro aparece em diversos comentários, podendo-se inferir a importância da questão. Os entrevistados podem não ter valorizado este tipo de dificuldade por estarem ainda focados na garantia da qualidade da estrutura e tendo tratado as questões de conhecimento e atitudes como um desvio individual gerenciado com os bilhetes ou com uma abordagem individual do profissional.

A baixa valorização da compreensão dos profissionais pode ser consequência do processo de adaptação das DC para o serviço, tornando a diretriz aplicada mais conhecida pelo serviço, sendo a adaptação resultado da discussão coletiva. Michie (2004) indica que uma estratégia importante para implementação de DC seria dotá-las de uma redação muito clara que indicasse exatamente os pontos recomendados, mas deveria manter os pontos centrais de evidência.

A proposta de Cabana et al (1999) e de outros autores (Grinshaw et al, 2004, Erhart, 2005, Cochrane et al 2007) implica que as diversas intervenções devam ser combinadas de forma a superar as dificuldades específicas de cada serviço, compreendem que as dificuldades devam ser identificadas ao se pretender implementar as DC. A literatura revisada aponta ainda para a necessidade de

compreender a complexidade do processo de implementação, indicando a necessidade de diversas estratégias.

Caberia supor que as diferenças entre os indivíduos que se expressam também em seu modo de aprender e se relacionar com o trabalho, sustenta a compreensão de que diversas estratégias ampliam a possibilidade de sucesso do que uma isolada, pois cada estratégia poderia atingir um grupo distinto de profissionais. Tal hipótese remete ao conceito da educação significativa discutida por autores da Educação Permanente (Ceccim e Feuerwerker, 2004).

### **Conclusão**

As contribuições da literatura de disseminação e implementação de DC devem ser aprofundadas no contexto do SUS, para que seu uso de uma forma prudente possa contribuir para a qualidade do cuidado. A disseminação e implementação de DC, boas práticas ou mudanças organizacionais estão no contexto da gestão da clínica e os gestores entrevistados parecem concordar com posicionamentos da literatura, tais como o desenvolvimento de diversas estratégias de implementação de DC e a ênfase na discussão em equipe. No entanto, parecem priorizar tais atividades a partir de suas reflexões e experiência gerencial, não contando com apoios especializados que ampliassem o potencial destas ações.

As dificuldades identificadas apresentam pontos concordantes como a importância das questões de estrutura (infraestrutura física e organização do trabalho). Os gestores não tiveram posicionamento concordante com a literatura ao apresentar pouca valorização do conhecimento e da adesão dos profissionais, questões muito ressaltadas. A estrutura do SUS pode ser uma possível explicação para tal ênfase,

onde as questões de estrutura ainda são desafio tão significativo que pode ocultar outras questões que sistemas dos países desenvolvidos já identificam como dificuldades relevantes.

Caberia incluir no financiamento do sistema, a melhoria das condições de estrutura, especialmente a previsão do tempo dos profissionais para a discussão nos serviços e também o suporte para o desenvolvimento das estratégias de implementação das DC. A inclusão desta temática no debate da gestão do sistema de saúde poderia subsidiar os gestores de diversos níveis do sistema, sendo mais uma ferramenta entre outras na busca da redução da distância entre o que existe de conhecimento e o que está disponível aos cidadãos.

## Referências Bibliográficas

48. Mattos, RA, Cuidado prudente para uma vida decente. In Cuidado: as fronteiras da integralidade, Roseni Pinheiro & Ruben Araújo Mattos, org, Rio de Janeiro, Ed Hucitec/ Abrasco, p.119-132, 2004.
49. Cabana, MC, Rand, C, Powe, NE, Wu, AW, Wilson, MH, Abbound, PA, Rubin, HR, Why don't physicians follow clinical practice guidelines?: a framework for improvement, JAMA, vol 282, nº 15, p. 1458-1465, 1999. <http://www.jama.com>, acessado em 26 de julho de 2007.
50. Woolf, SH, Grol, R, Hutchinson, A, Eccles, M, Grimshaw, J, Potencial benefits, limitation and harms os clinical guidelines, BMJ, v 3 i 7182 p. 527-530, 1999.
51. Atallah, Alvaro Nagib, medicina baseada em evidências: o elo entre a boa ciência e a boa prática clínica, (pp 325 a 344) in Caminhos do Pensamento: epistemologia e método, Maria Cecília de Souza Minayo e Suely Ferreira Deslandes, org, Coleção Criança, Mulher e Saúde Editora Fiocruz, Rio de Janeiro, 2002.
52. Greco, PJ, Eisenberg, JM, Changing physicians' practices, The New England Journal of Medicine, vol 329, 1271-1274, n 17, out 1993
53. Scally, G e Donaldson, L, Clinical governance and the drive for quality improvement in new NHS in England, BMJ, 317 (4), 61 – 65, 1998.
54. Grimshaw, J, Thomas, R, MacLennan, G, Fraser, C, Ramsay, CR, Vale, L, Whitty, P, Eccles, MP, Matowe, L, Shirran, L, Wensing, M, Dijkstra, R, Effectiveness and efficiency of guideline dissemination and implementation strategies, Health Technology Assessment, vol 8: nº 6, 2004.
55. Fixsen DL, Naoom, SF, Blase, KA, Friedman, RM, Wallace, F, Implementation Research: a synthesis of the literature. Tampa, Flórida, University of South Florida, The National Implementation Research Network (FMHI Publication # 231), 2005
56. Cochrane, LJ, Olson, CA, Murray, S, Dupuis, M, Tooman, T, Hayes, S, Gaps between knowing and doing: understanding and assessing the barriers to optimal health care, Journal of continuing education in the health professions, 27 (2): 94-102, 2007
57. Rede Brasileira de Pesquisas Neonatais, Uso de corticosteróides e condições de nascimentos de pré-termos nos hospitais da Rede Brasileira de Pesquisas Neonatais, Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia (RBGO), 26 (3): 177-184, 2004.
58. Prestes, ACY, Guinsburg R, Balda, RCX, Marba, STM, Rugolo, LMSS, Pachi PR, Bentlin, MR, Freqüência do emprego de analgésicos em unidades de terapia intensiva neonatal universitárias, J Pediatr (Rio J); 81(5), 405-10, 2005.
59. Medeiros, MLB, conhecimentos e práticas da displasiabroncopulmonar em unidade neonatal pública do município do RJ, [dissertação], Rio de Janeiro: Pós-Graduação em Saúde daCriança e da Mulher do Instituto fernandes Figueira da Fundação Oswaldo Cruz, 2006.

60. Hennig, MASilva, Gomes, MASM, Gianini, NOM, Conhecimentos e práticas dos profissionais de saúde sobre a "atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso – método canguru" Rev. Bras. Saúde Matern. Infant., Recife, 6 (4): 427-435, out. / dez., 2006.
61. Tamblyn, R, Battista, R, Changing clinical practice: which interventions work? The Journal of Continuing Education in Health Professions, vol:13, pp 273-288, 1993.
62. Consensus Commtee, AAP Section on Perinatal Pediatrics, Recommended Standards for Newborn ICU Design, Report of the Fourth Consensus Conference on Newborn ICU Design, 1999, disponível em <http://www.nd.edu/~kkolberg/DesignStandards.htm> , 08/02/08.
63. Wallace, LS, Blake, GH, Parham, JS, Baldrige, RE, Development and Content Validation of Family Practice Residency Recruitment Questionnaires, Fam Med 2003; 35 (7): 496-8.
64. Portaria MS/GM 332 de 24 de março de 2000, retificação da portaria GM/MS 3432 de 12 de agosto de 1998. Trata de critérios para UTI Neonatais.
65. Jatene, Fabio B, Bernardo, Wanderley Marques, Monteiro-Bonfá, Rosangela, O processo de implantação de diretrizes na prática médica, Rev Bras Cir Cardiovasc 2001; 16(2): 89-93.
66. Grol, R e Grimshaw, J, From best evidence to best practice: effective implementation of change in patients'care, The Lancet, 2003, vol. 2362, p.1225- 1230.
67. Bero, LA, Grilli, R, Grinshaw, JM, Harvey, E, Oxman, AD, Thomson, MA, Closing the gap between research and practice: an overview of systematic reviews of interventions to promote the implementation of reseach findings, BMJ, v 317, n 7156, p 465 – 474, 1988.
68. Villar, J, Carroli, G, Gülmezoglu, The gap between evidence and practice in maternal healthcare, Int Journal of Gynecology & obstetrics 75) S47 – S54, 2001.
69. Scott, IA, Denaro, CP, Bennet, CJ, Mudge, AM, Improving clinical practice: toward more effective use of decision support in clinical practice: what guidelines for guidelines don't tell you, internal Medicine Journal, v 34, p 492-500, 2004.
70. Camitini, Caterina, Scoditti, Umberto, Diodati, Francesca, Passalacqua, Rodolfo, How to promote, improve and test adherence to scientific evidence in clinical practice, BMC Health Services Research, v. 5:62, disponível em <http://biomedicalcentral.com/1472-69633/5/62>, 2005
71. Dijkstra, R, Wensing, M, Thomas, R, Akkermans, R, Braspenning, Grimshaw, J, Gol, R, The relationship between organizational characteristics and the effects of clinical guidelines on medical performance in hospitals, a meta-analysis, BMC Health Services Research, 6: 53, disponível em <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/6/53>, 2006
72. Baker, R e Feder, G, Clinical guideline: Where Next?, International Journal for Quality in health Care, vol.9, n 6, 300-404,1997.

73. Ceccim, RB e Feuerwerker, L, O quadrilátero da formação para a área de saúde: ensino, gestão, atenção e controle social, PHYSIS: ver. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 14 (1): 41-65, 2004.
74. Ministério da Saúde (MS), sítio [www.saude.gov.br](http://www.saude.gov.br) acessado em novembro de 2009
75. Ceccim, RB, Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário, Interface - Comunic, Saúde, Educ, v.9, n.16, p.161-77, set.2004/fev.2005
76. Horbar, Jeffrey D., Plesk, PaulE, Leahy, Kathy, NIC/Q 2000, Establishing Habits for Improvement in neonatal Intensive Care, 2003, Pediatrics, vol. 111, Nº 4, April.
77. Gallagher, E J, How well do clinical practice guidelines guide clinical practice?, Ann Emerg Méd, 40: 4, out 2002.
78. Bueno, AC, Implantação de potenciais boas práticas de prevenção de infecção nosocomial em uma neonatal do município do Rio de Janeiro, Tese apresentada à Coordenação de Pós-Graduação em Saúde da Criança e da Mulher, como pré-requisito para a obtenção do Título de Doutor, 2008.
79. Erhardt, L.R., Barriers to effective implementation of guideline recommendations, The Am J Med, 2005, vol. 118 (12A) p.365-415.

## Capítulo 4

### Considerações Finais

O estudo buscou identificar como os gestores de UTIN públicas se posicionam frente às DC e ao seu processo de disseminação e implementação. Foi possível verificar concordâncias entre a literatura revisada e o posicionamento dos entrevistados.

Observou-se que as DC são valorizadas pelos gestores, que eles parecem ter uma visão ampliada do escopo que as DC devem abranger, incluindo procedimentos para minimizar a dor e acolhida da família. Reconhecem seus benefícios para os pacientes e para o processo de trabalho da equipe. A forma escrita e a limitação da prática não foram reconhecidas como dificuldades relevantes, sendo indicadas estratégias de como superar tais dificuldades.

A redução do acesso ou a incorporação de tecnologias ditadas por interesses econômicos não foram reconhecidas como pontos críticos para o contexto do cuidado neonatal.

Os gestores entrevistados referiram que buscam implementar as DC em seus locais de trabalho, ressaltando-se que nos serviços universitários, existe um processo de atualização periódica.

Quanto ao processo de disseminação e implementação, os gestores foram favoráveis à utilização de diversas estratégias, priorizando as atividades de discussão. A questão da quantidade de profissionais e as conseqüências advindas do tipo de vínculos trabalhista dos profissionais foram priorizadas como dificuldades, tendo

conseqüências negativas no desenvolvimento das atividades de discussão do serviço, especialmente no que se refere à inclusão dos plantonistas.

O debate sobre as DC e o processo de disseminação e implementação expresso na literatura internacional e nacional, pode ser caracterizado como complexo e com posicionamentos favoráveis e contrários. Há amplo reconhecimento de que o cuidado experimentado pelas populações não é desenvolvido com diversos atributos de qualidade dentre as quais a utilização apropriada do conhecimento disponível. Os autores que se posicionam favoravelmente frente às DC, a compreendem como uma das ferramentas importantes para o esforço de melhoria da qualidade do cuidado. Reconhece-se que a assistência à saúde tem conhecimento, bases científicas e tecnológicas com potencia para servir como diretriz para os atos profissionais, ampliando a consistência do cuidado oferecido à população.

Parte dos argumentos contrários baseiam-se na suposição de que as DC podem ser utilizadas como ferramentas que priorizam os interesses econômicos e não retratando o conhecimento adequado ao cuidado à saúde.

Duas situações tendem a ferir o juízo clínico e o compromisso dos profissionais com seus pacientes: o foco no controle de custos da assistência, fazendo das DC um mecanismo para a redução do acesso a tecnologias, em geral aquelas de mais alto custo e a transformação das DC em veículos de disseminação de tecnologias visando favorecer interesses econômicos do complexo produtivo da saúde.

A resposta dos gestores, concordantes com a literatura é a vigilância, sendo importante para tal a clara identificação da origem e do processo de desenvolvimento das diretrizes. Os processos nacionais tendem a ter maior credibilidade, se permeável

à participação dos diversos interessados, incluindo necessariamente os usuários, profissionais da clínica.

O posicionamento dos gestores favorável às DC decorre de sua compreensão que elas são uma ferramenta do conhecimento comprometido com o cuidado dos pacientes. Não foi relacionada dificuldade de acesso a tecnologias com uma decisão de redução de custos por parte das autoridades sanitárias, possivelmente, refletindo uma postura ética e da égide do direito, que fundamenta o SUS no país.

Os entrevistados reconheceram que as UTIN são em geral priorizadas nos hospitais e pelas autoridades sanitárias. Apesar disto, seus relatos evidenciaram o financiamento limitado e as lacunas do sistema, especialmente a superlotação e a fragilidade da organização das redes locais, reduzindo os esforços de que se implemente um sistema de referência e contra-referência.

Os esforços de desenvolvimento, de disseminação e implementação de DC são relevantes e devem ser ampliadas no sistema de saúde brasileiro, a exemplo da Inglaterra e outros países onde existem instituições e mecanismos para apoiar os gestores do sistema de saúde e os gestores da clínica na complexa tarefa de desenvolver diretrizes, de apoiar os serviços e profissionais na disseminação, implementação local aliada a um monitoramento contínuo dos resultados.

Recentemente MCT/MS/FINEP instituiu uma rede de pesquisa clínica em hospitais de ensino com um componente de avaliação tecnológica, possibilitando ao sistema de saúde recorrer a esta rede para dirimir questões sobre a incorporação de tecnologias. Dentre os objetivos estabelecidos encontra-se também a revisão das DC utilizadas nos próprios hospitais. Além dessa rede, outras estratégias loco-regionais

deveriam ser desenvolvidas para que o conhecimento possa estar disponível nos serviços universitários, mas também naqueles de menor porte e de menor complexidade, tornando o SUS numa grande rede de conhecimento, que possa utilizar estratégias presenciais e mediadas pelas tecnologias de informação como a internet e a tele saúde.

Considerando então o SUS como uma grande rede produtora, difusora e integradora de conhecimento, ressalta-se o necessário protagonismo das diversas instâncias gestoras e de controle social do SUS, dos centros de formação, dos especialistas reconhecidos como autoridades cognitivas, lembrando sempre que sua contribuição somente fará a diferença se estiver a serviço dos profissionais da clínica, pois são eles que tomam as decisões relevantes no sistema de saúde e é sua concepção e prática que vão estruturando o sistema de saúde para a sociedade.

Tais profissionais são atores críticos e propostas que os reduzam a meros executores ou como recursos de uma engrenagem, desqualificam o sistema. Dos trabalhadores da saúde compreendidos como sujeitos, espera-se a capacidade de acolher e desenvolver respostas apropriadas para as necessidades múltiplas, diversas e tantas vezes imprevisíveis dos usuários, de suas famílias e de seus contextos de vida.

O conhecimento e a arte presidem os atos de cuidar, realizados por sujeitos em diálogo, entre profissional e o usuário e entre os profissionais da equipe multidisciplinar. A capacidade de pensar criticamente foi valorizada pelos gestores para sua própria atuação e dos profissionais de seus serviços, capacidade esta que deve permitir que elaborem e apresentem argumentos consistentes para justificar suas decisões.

O risco de que as DC sejam ferramentas de alienação do trabalho pode ser gerenciado com uma postura crítica exercida nos coletivos, com a utilização de diversos momentos e meios de comunicação e análise das práticas, estruturando serviços de saúde como espaços de aprendizagem.

A literatura internacional é favorável à utilização conjunta de diversos meios e estratégias, postura adotada pelos gestores, apesar de que não demonstraram conhecer este campo de conhecimento. As estratégias para disseminar e implementar DC são relatadas na literatura com potenciais distintas para alcançar seus objetivos. Os meios mais tradicionalmente utilizados como o envio de material impresso, conferências em congressos, aulas nos serviços, foram descritas como de menor efetividade.

A produção nacional no campo da educação para os profissionais de saúde também critica estes mecanismos tradicionais, destacando as capacitações de curta duração e baseadas em transmissão do conhecimento, que tem sido bastante difundida no SUS. Neste sentido, sugere-se que outras estratégias sejam desenvolvidas, tornando o processo de educação dos profissionais uma prioridade, com adequado financiamento, incluindo o apoio às iniciativas dos próprios serviços, minimizando as dificuldades e os imprevistos no desenvolvimento das atividades nos locais de trabalho, que foram relatados por parte dos gestores.

Cada ponto da grande rede de conhecimento do SUS deveria poder gerar, acessar e criticar o conhecimento desenvolvido, sendo que, para tal, o apoio mútuo deve ser estimulado e subsidiado por recursos adequados, incluindo tempo de dedicação dos profissionais, tornando tais propostas factíveis.

A compreensão das dificuldades enfrentadas para a implementação das DC é estimulada na literatura internacional, ressaltando que as estratégias devem ser adequadas para cada contexto. As dificuldades podem ser encontradas em diversos aspectos das próprias DC, dos serviços, da organização do sistema de saúde. As questões de estrutura foram relatadas como sendo a principal dificuldade, com maior ênfase nas questões de lotação de profissionais do que de acesso a equipamentos ou materiais, no entanto os gestores ainda dedicam muito tempo de sua jornada de trabalho para a tarefa de garantir a estrutura, em interação com a Direção/administração, indicando a necessidade de melhorias nos sistemas de suprimento e manutenção dos serviços.

Como limitação do estudo cabe indicar seu caráter exploratório ao descrever o posicionamento de gestores das UTIN frente a um tema ainda pouco explorado no contexto nacional, mas em crescimento. Seria importante o desenvolvimento de estudos que aprofundassem, no cotidiano dos serviços, a análise de como as atividades são desenvolvidas para a implementação das DC e as dificuldades enfrentadas nesta tarefa. Outra perspectiva importante seria a abordagem da percepção dos profissionais relativa ao desenvolvimento destas atividades e suas dificuldades na utilização das DC.

Uma segunda limitação do estudo refere-se à extrapolação de seus resultados, uma vez que não seria adequado esperar que gestores de UTIN de menor complexidade ou localizados fora dos centros urbanos tivessem posição semelhante. Pode-se compreender que tais resultados também não podem ser extrapolados para outras especialidades ou outros contextos clínicos no SUS.

Uma das contribuições pretendidas pela pesquisa é chamar a atenção para a literatura de disseminação e implementação de conhecimentos, dentre estes as DC, que alguns autores conceituam como uma nova área: a pesquisa translacional ou a pesquisa de implementação, apontando uma reflexão que pode contribuir junto a outras para mudanças no modelo tradicional de capacitação no SUS.

Uma segunda contribuição seria descrever o posicionamento de gestores das UTIN frente às DC, por ser a neonatologia uma especialidade pediátrica que conta na atualidade com número expressivo de DC bem estabelecidas, mas que estudos nacionais mostram utilização inadequada mesmo em grandes centros. Esta distância entre o conhecimento e o que é utilizado no cotidiano, desafia a gestão dos serviços de saúde e foi um motivador da pesquisa.

Os gestores entrevistados são chefes de serviços de referência, que deveriam ser estimulados e apoiados pelas autoridades para ter crescente responsabilidade de contribuir com os sistemas locais, o posicionamento favorável à utilização e sua preocupação em utilizar diversas estratégias para implementá-las em seus serviços, pode ser considerado um elemento facilitador importante para que o SUS amplie seus esforços na utilização das DC e na qualificação das práticas.

Estes gestores e seus serviços podem aportar um diálogo entre a pesquisa, o conhecimento atualizado e os condicionantes concretos de organizar e gerenciar unidades complexas como as UTIN, contribuindo para o fortalecimento do sistema de cuidado neonatal no país e para a redução da mortalidade neonatal e possibilitar a sobrevivência de bebês com maior qualidade de vida.

## Referências Bibliográficas

### **Agência Nacional de Vigilância Sanitária, Resolução ANVISA N° 36, de 3 de junho de 2008, que dispõe sobre regulamento técnico para funcionamento dos serviços obstétricos e neonatais.**

Almeida, MFB, Guinsburg, R, Costa, JO, Anchieta, L Márcia, F, Lincoln MS, Material and human resources for neonatal resuscitation in public maternity hospitals in Brazilian state capitals, Sao Paulo Med J. 2008;126(3):156-60.

Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina, Projeto Diretrizes, disponível em: <http://www.amb.org.br/instprojtodiretrizes.php3> acessado em novembro de 2007

Atallah, AN, medicina baseada em evidências: o elo entre a boa ciência e a boa prática clínica, (páginas 325 a 344) in Caminhos do Pensamento: epistemologia e método, Maria Cecília de Souza Minayo e Suely Ferreira Deslandes, org, Coleção Criança, Mulher e Saúde Editora Fiocruz, Rio de Janeiro, 2002.

Azevedo, CS, Braga Neto, FC, Castilho Sá, M, Indivíduo e a mudança nas organizações de saúde: contribuições da psicossociologia, Cad Saúde Pública, Rio de Janeiro, 18 (1): 235-247, jan-fev 2002.

Baker, R e Feder, G, Clinical guideline: Where Next?, International Journal for Quality in health Care, vol.9, n 6, 300-404, 1997.

Bero, LA, Grilli, R, Grinshaw, JM, Harvey, E, Oxman, AD, Thomson, MA, Closing the gap between research and practice: an overview of systematic reviews of interventions to promote the implementation of research findings, BMJ, v 317, n 7156, p 465 – 474, 1988.

Berwanger, O, Guimarães, HP, Azevedo, F, Azevedo, A, Diretrizes e prática clínica no tratamento da hipertensão arterial: como o conhecimento pode conduzir aos benefícios, Rev Bras Hipertens vol 11 (4), 272-274, 2004.

Bocchi, EA, Marin Neto, JA, Aplicação dos princípios da BEM em programas de avaliação de procedimentos e medicamentos de alto custo, Arq Bras Cardiol, vol 76 n 4 339-342, 2001.

Bowling, A, Research methods in health: investigating health and health services, Buckingham Open University Press, 1997.

Bueno, AC, Implantação de potenciais boas práticas na prevenção de infecção nosocomial em uma unidade neonatal do município do Rio de Janeiro, [tese], Rio de Janeiro: Pós-Graduação em Saúde da Criança e da Mulher do Instituto Fernandes Figueira da Fundação Oswaldo Cruz, 2008.

Cabana, MC, Rand, C, Powe, NE, Wu, AW, Wilson, MH, Abbound, PA, Rubin, HR, Why don't physicians follow clinical practice guidelines?: a framework for improvement, JAMA, vol 282, n° 15, p. 1458-1465, 1999. <http://www.jama.com>, acessado em 26 de julho de 2007.

Caetano, LC, Vivendo no método canguru: a tríade mãe-filho-família, tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação de Enfermagem em Saúde Pública, do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutor em Enfermagem em Saúde Pública, 2004.

Camargo Jr., K. R., Sobre palheiros, agulhas, doutores e o conhecimento médico: o estilo de pensamento dos clínicos, *Cad. Saúde Pública*, rio de janeiro, 19 (4): 1163-1174, jul-ago, 2003.

Camitini, C, Scoditti, U, Diodati, F, Passalacqua, R, How to promote, improve and test adherence to scientific evidence in clinical practice, *BMC Health Services Research*, v. 5:62, disponível em <http://biomedicalcentral.com/1472-69633/5/62>, 2005

Campos, GWS, Um método para análise e co-gestão de coletivos: a constituição do sujeito, a produção do valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda, 3ª edição, Editora Hucitec, São Paulo, 2000.

Carvalho, MI e Gomes, MASM, A mortalidade do prematuro extremo em nosso meio: realidade e desafios, *J.Pediatr*, 81 (1 supl): S111-S118, Rio de Janeiro, 2005

Ceccim, RB e Feuerwerker, L, O quadrilátero da formação para a área de saúde: ensino, gestão, atenção e controle social, *PHYSIS: ver. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 14 (1): 41-65, 2004

Ceccim, RB, Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário, *Interface - Comunic, Saúde, Educ*, v.9, n.16, p.161-77, set.2004/fev.2005

Cochrane, LJ, Olson, CA, Murray, S, Dupuis, M, Tooman, T, Hayes, S, Gaps between knowing and doing: understanding and assessing the barriers to optimal health care, *Journal of continuing education in the health professions*, 27 (2): 94-102, 2007

Cohen, J, Are clinical practice guidelines impartial? *Int Journal of Tecnology Assesment in Health Care*, 20: 4, 415-420, 2000.

Consensus Commtee, AAP Section on Perinatal Pediatrics, Recommended Standards for Newborn ICU Design, Report of the Fourth Consensus Conference on Newborn ICU Design, 1999, disponível em <http://www.nd.edu/~kkolberg/DesignStandards.htm> , 08/02/08.

Dijkstra, R, Wensing, M, Thomas, R, Akkermans, R, Braspenning, Grimshaw, J, Gol, R, The relationship between organizational characteristics and the effects of clinical guidelines on medical performance in hospitals, a meta-analysis, *BMC Health Services Research*, 6: 53, disponível em <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/6/53>, 2006

Donabedian, A. La calidad de la atención médica: definición y métodos de evaluación. México, DF: La Prensa Médica Mexicana, S.A., 1984.

Erhardt, L.R., Barriers to effective implementation of guideline recommendations, *The Am J Med*, 2005, vol. 118 (12A) p.365-415,.

Escosteguy, CC, Portela, MC, Lima, SML, Ferreira, VMB, Vasconcellos, MTL, Brito, C, Utilização de diretrizes clínicas em cardiologia na saúde suplementar no Brasil, Ver. Assoc. Méd. Bras. 54 (5):400-405, 2008.

Evidence-Based Medicine Working Group, Evidence-based Medicine: a new approach to teaching the practice medicine, JAMA, vol. 268, N 17, 1992

Fanaroff, AA e Graven, SN, Perinatal service and resource, in Neonatal-Perinatal medicine: diseases of the fetus and infant, editado por Avroy Fanaroff e Richard J Martin, 1992, Mosby Year Book, St Louis, p 12a 21

Francke, A L, Smit, MC, de Veer, AJE, Mistien, P, Factors influencing the implementation of clinical guidelines for health care professionals: A systematic meta-review, BMC medical informatics and decision making, 2008, 8: 38, acessado em <http://www.biomedcentral.com/1472-6947/8/38> em novembro de 2009.

Gallagher, E J, How well do clinical practice guidelines guide clinical practice?, Ann Emerg Méd, 40: 4, out 2002.

Giddens, A, A constituição da sociedade, 1989, 2ª edição, Editora Martins Fontes, São Paulo.

Gomes, MASM, Lopes, JMA, Moreira, MEL, Gianini, NOM, Assistência e mortalidade neonatal no setor público do Município do Rio de Janeiro, Brasil: uma análise do período 1994/2000, Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 21(4):1269-1277, jul-ago, 2005.

Gomes, MASM, Organização da Assistência Perinatal no Brasil, in O recém-nascido de Alto Risco: teoria e prática do cuidar, Maria Elisabeth Lopes Moreira, José Maria de Andrade Lopes, Manoel de Carvalho, org, Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2004.

Grimshaw, J, Thomas, R, MacLennan, G, Fraser, C, Ramsay, CR, Vale, L, Whitty, P, Eccles, MP, Matowe, L, Shirran, L, Wensing, M, Dijkstra, R, Effectiveness and efficiency of guideline dissemination and implementation strategies, Health Technology Assessment, 2004, vol 8: nº 6,.

Grol, R e Grimshaw, J, From best evidence to best practice: effective implementation of change in patients' care, The Lancet, 2003, vol. 2362, p.1225- 1230.

Halligan, A, Donaldson, L, Implementing clinical governance: turning vision, BMJ, 322 (9), 1413-1417, Jun 2001.

Hampton, JR, Evidenced-based medicine, practice variations and clinical freedom, Journal of Evaluation in Clinical Practice, 3 (2) 123-131, 1997.

Hennig, MAS, Gomes, MASM, Gianini, NOM, Conhecimentos e práticas dos profissionais de saúde sobre a "atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso – método canguru" Rev. Bras. Saúde Matern. Infant., Recife, 6 (4): 427-435, out. / dez., 2006.

Horbar, JD., Plesk, PE, Leahy, K, NIC/Q 2000, Establishing Habits for Improvement in neonatal Intensive Care, 2003, Pediatrics, vol. 111, Nº 4, April.

Houaiss, A, Villar, MS, Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa, Rio de Janeiro, Ed. Objetiva, 2001.

Institute of Medicine (IOM), Committee on Clinical Practice Guidelines, Division of Health Care Services, Guidelines for Clinical Practice: From Development to Use, Marilyn J. Field and Kathleen N. Lohr, *editors*, Institute of Medicine National Academy Press, Washington, D.C. 1992

**Institute of Medicine (IOM), Committee on Clinical Practice Guidelines, Division of Health Care Services, Marilyn J Field & Kathlenn Lohr (editors), Guidelines for Clinical Practice: From Development to Use, 1990**

Jatene, Fabio B., Bernardo, Wanderley Marques, Monteiro-Bonfá, Rosangela, O processo de implantação de diretrizes na prática médica, Rev Bras Cir Cardiovasc 2001; 16(2): 89-93.

Joint Commission International, Manual Internacional de padrões de acreditação hospitalar, Consórcio Brasileiro de Acreditação de Sistemas e Serviços de Saúde, editor, 2003, Rio de Janeiro

Lamy Filho, Fernando, Carga de trabalho e falhas inespecíficas de processo nos cuidados intensivos neonatais, tese apresentada à Pós-graduação do Instituto Fernandes Figueira da Fundação Oswaldo Cruz, para obtenção do título de doutor em Saúde da Criança e da Mulher, 2001

Lamy, Zeni Carvalho, Unidade neonatal: um espaço de conflitos e negociações, tese apresentada à Pós-graduação do Instituto Fernandes Figueira da Fundação Oswaldo Cruz para obtenção do título de doutor em Saúde da Criança e da Mulher, 2000.

Lima, SML, Portela, MC, Koster, I, Escosteguy, CC, Ferreira, VMB, Brito, C, Vasconcellos, MTL, Utilização de diretrizes clínicas e resultados na atenção básica à hipertensão arterial, Cad. Saúde Pública, 25 (9):2001-2011, set, 2009.

Leite, Álvaro Jorge Madeiro, Carta ao Editor, Jornal de Pediatria, vol 83 N°3, 2007.

Mattos, RA, Cuidado prudente para uma vida decente. In Cuidado: as fronteiras da integralidade, Roseni Pinheiro & Ruben Araújo Mattos, org, Rio de Janeiro, Ed Hucitec/Abrasco, 2004, p.119-132.

Mattos, Waldo, Grohs, Luciano Bauer, Roque, Fabíola, Ferreira, Maurício, Mânica, Gabriela, Soares, Ernesto, Estudo comparativo entre o manejo da asma em uma unidade de referência da rede pública de Porto Alegre (RS) e as proposições do III Consenso brasileiro no manejo da asma, J Bras Pneumol 35 (5): 385-390, 2006.

Medeiros, MLB, conhecimentos e práticas da displasia broncopulmonar em unidade neonatal pública do município do RJ, [dissertação], Rio de Janeiro: Pós-Graduação em Saúde da Criança e da Mulher do Instituto Fernandes Figueira da Fundação Oswaldo Cruz, 2006.

Merrit, TA, Palmer, D, Bergman, DA, Shiono, PH, Clinical practice guidelines in pediatrics and newborn medicine: implementations for their use in practice, Pediatrics, 1997: 99, acessado em <http://pediatrics.org/cgi/content/full/99/1/100> em 23 de setembro de 2009.

Michie, S Johnston, M, Changing clinical behavior by making guidelines specific, BMJ 2004, 328: 343 – 345, acessado em [bmj.com](http://bmj.com) em 26 de março de 2007.

Mion Júnior, Décio, Silva, Giovanio Vieira, Gusmão, Josiane Lima, Machado, Carlos Alberto, Amodeo, Celso, Nobre, Fernando, Praxedes, José Nery, Mota, Marco Antônio, Os médicos brasileiros seguem as diretrizes brasileiras de hipertensão?, Arq. Bras. Cardiol, 88 (2): 212-217, 2007.

Moreira, Maria Elisabeth Lopes, Neonatologia baseada em evidências (páginas 345 a 362), in Caminhos do Pensamento: epistemologia e método, Minayo, Maria Cecília de Souza & Deslandes, Suely Ferreira, org, 2002, Coleção Criança, Mulher e Saúde Editora Fiocruz, Rio de Janeiro

Motta, Paulo Roberto, Gestão Contemporânea: a ciência e a arte de ser dirigente, 1991, 16<sup>a</sup> edição, Editora Record, Rio de Janeiro.

MS/Departamento de Ações Programáticas, Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, versão aprovada pela reunião da Comissão Intergestora TRIPARTITE, realizada em 18 de março de 2004.

NHS Centre for reviews and dissemination, Getting evidence into practice, Effective health care, vol 5 n1, fev 1999.

Nicholls, S, Cullen, R, O'Neill, Halligan, A, Clinical governance: it's prigins and it's foundation, Clinical Performance and Quality Health Care, v.8, n 3, 172-178, 2000.

Nobre, MR, Bernardo, WM, Jatene, FB, A prática clínica baseada em evidências: parte III Avaliação crítica das informações de pesquisas clínicas, Rev Assoc Méd Bras, 2004; 50 (2):221-228

Ortún, V, 1996, *Principais Campos de Avanço na Economia*, Anais do Seminário Internacional. Tópicos Conceituais e Metodológicos da Economia da Saúde, org Maria Alicia D. Ugá, Rio de Janeiro, ABrES.

Phibbs, CS, Baker, LC , Caughey, AB, Danielsen, B, Schmitt, SK , Phibbs, RH , Level and Volume of Neonatal Intensive Care and Mortality in Very-Low-Birth-Weight Infants, N Engl J Med 2007;356:2165-75.

Philip, Alistair, GS, The evolution of neonatology, Pediatric Research, v. 58, n 4, 799 – 815, 2005.

Plsek, PE, Wilson, T, Complexity, leadership and management in healthcare organizations, BMJ, 323: 746-749, 2001, acessado em <http://www.bmj.com> em 12 de julho de 2007.

**Portaria MS/GM 332 de 24 de março de 2000, retificação da portaria GM/MS 3432 de 12 de agosto de 1998. Trata de critérios para UTI Neonatais.**

Portaria MS/GM 3432 de 12 de agosto de 1998, estabelece critérios para as unidades de tratamento intensivo

Portela, MC, Lima, SML, Escosteguy, CC, Brito, C, Vasconcellos, Diretrizes clínicas e outras práticas voltadas para a melhoria da qualidade assistencial em operadoras de planos de saúde sob a perspectiva dos seus dirigentes, no Brasil, Cad Saúde Pública, 24(2): 253-266, fev 2008. (a)

Portela, MC, Lima, SML, Vasconcellos, MTL, Escosteguy, CC, Ferreira, VMB, Vasconcellos, MM, Brito, C, Fatores associados ao uso de diretrizes clínicas em operadoras de planos de saúde e prestadores de serviços hospitalares no campo da Saúde Suplementar no Brasil, Ciência & Saúde coletiva, 13 (5): 1553-1565, 2008. (b)

Prestes, ACY, Guinsburg R, Balda, RCX, Marba, STM, Rugolo, LMSS, Pachi PR, Bentlin, MR, Frequência do emprego de analgésicos em unidades de terapia intensiva neonatal universitárias, J Pediatr (Rio J). 2005;81(5):405-10.

Projeto Gerar Vida, Programa de Atenção Integral a Saúde da Mulher Criança e Adolescente da Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro, mimeo, 1999

Raine, R, Sanderson, C, Hutchings, A, Carter, S, Larkin, K, Black, N, An experimental study of determinants of group judgments in clinical guideline development, The Lancet, Vol. 364, n ° 9432, 31,p429-437, July 2004.

Rede Brasileira de Pesquisas Neonatais, <http://redeneonatal.fiocruz.br>, acessada em 11/11/2007

Rede Brasileira de Pesquisas Neonatais, Uso de corticosteróides e condições de nascimentos de pré-termos nos hospitais da Rede Brasileira de Pesquisas Neonatais, Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia (RBGO), 26 (3): 177-184, 2004.

Regàs, P Ibern & Guillerna, R Meneu, Managed care y gestión de la utilización, p 219 a 239, in Gestión Sanitaria: innovaciones y desafíos, Juan del Llano Señarís, Vicente Ortún Rubio, José María Moreno, Jesús Millán-Cortés, Joan Gene Badía, editores, Editora Masson, 1998.

Sackett, DL, Applying overviews and meta-analyses at bedside, J Clin Epidemiol vol 48 N 1, 1995

Santos, ALA, Conhecimentos e práticas de prevenção da sepse nosocomial de origem hospitalar em recém-nascidos de muito baixo peso em duas unidades neonatais públicas do Município do Rio de Janeiro, Dissertação apresentada à Coordenação de Pós-Graduação em Saúde da Criança e da Mulher, como pré-requisito para a obtenção do Título de Mestre, setembro 2006.

Santos, BS, Introdução a uma ciência pós moderna, Rio de Janeiro, Editora Graal, 1989, 4ª edição (2003), p.176

Santos, BS, Um discurso sobre as ciências, 1987, 13ª Edição, Edições Afrontamento, Porto.

Santos, I e Victora, CG, Serviços de Saúde: epidemiologia, pesquisa e avaliação. Cadernos de Saúde Pública, 20 (sup 2) p S337 – S341, 2004.

Scally, G e Donaldson, L, Clinical governance and the drive for quality improvement in new NHS in England, *BMJ*, 317 (4), 61 – 65, 1998.

Scott, IA, Denaro, CP, Bennet, CJ, Mudge, AM, Improving clinical practice: toward more effective use of decision support in clinical practice: what guidelines for guidelines don't tell you, *internal Medicine Journal*, v 34, p 492-500, 2004.

Schraibe, LB, O médico e suas interações: a crise dos vínculos de confiança, Lilia Blima Scaibe (org), Aderaldo & Rothschild, Editores, São Paulo, 2008.

Senge, PM, A quinta disciplina: arte e prática da organização que aprende, 1990, tradução: Gabriel Zide neto, OP Traduções, 25ª Edição, Rio de Janeiro, Ed best Seller, 2009.

Serapioni, M, Avaliação da qualidade em saúde: delineamentos para um modelo multidimensional e correlacional, in Avaliação qualitativa de programas de saúde: enfoques emergentes, Maria Lúcia Magalhães Bosi, Francisco J Mercado, (org), Petrópolis, Editora Vozes, p 207 a 227.

Silva, LK, Avaliação tecnológica e análise custo-efetividade em saúde: a incorporação de tecnologias e a produção de diretrizes clínicas para o SUS, *Ciência e Saúde Coletiva*, v.8 (2), p 501-520, 2003.

Steiner, DL. & Normam, GR., Health measurement scales: a practical guide to their development and use, New York, Oxford university press, 1995.

Tamblyn, R, Battista, R, Changing clinical practice: which interventions work? *The Journal of Continuing Education in Health Professions*, vol 13, pp 273-288, 1993.

The Appraisal of guidelines, research and evaluation in Europe (AGREE) colaborative group, Guidelines development in Europe, *Int Journal of Technology Assessment in health care*, 16(4), 1039-1049, 2000.

Troedsson, H e Martins, J, Introduction to the meeting, *Journal of Perinatology*, 22, S5 –S9, 2002.

Villar, J, Carroli, G, Gülmezoglu, The gap between evidence and practice in maternal healthcare, *Int Journal of Gynecology & Obstetrics* 75, S47 – S54, 2001.

**Wallace, LS, Blake, GH, Parham, JS, Baldrige, RE, Development and Content Validation of Family Practice Residency Recruitment Questionnaires, *Fam Med*; 35 (7): 496-8, 2003.**

Wildman, K, Blondel, B, Nijhuis, J, Defoort, P, Bakoula, C, European indicators of health care during pregnancy, delivery and the postpartum period *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, Vol 111, Supp 1, S53-S65, 2003.

Woolf, SH, Grol, R, Hutchinson, A, Eccles, M, Grimshaw, J, Potencial benefits, limitation and harms os clinical guidelines, *BMJ*, v 3 i 7182 p. 527-530, 1999.

## Apêndice 1

### Notas Metodológicas

#### Perspectiva da pesquisa

Trata-se de um inquérito com a equipe gestora de UTIN e que busca analisar seu posicionamento sobre diretrizes clínicas e sobre práticas para disseminação e implementação de DC, compreendendo que esta atividade faz parte da gestão da clínica e do processo de qualificação dos serviços.

#### Campo do estudo

Foram estudados dois grupos de unidades, um localizado no município do Rio de Janeiro (RRJ) e o segundo composto pelas unidades que no momento do estudo (2008) compunham a Rede Brasileira de Pesquisas Neonatais (RBPN). Pretendia-se que o primeiro grupo fosse composto por todas (10) UTI Neonatais de maternidades localizadas no município do RJ vinculadas ao SUS, dos diversos níveis de gestão: federal (2), estadual (2), municipal (6), no entanto as unidades estaduais não puderam ser incluídas por mudança da equipe gestora no período de estudo (Tabela 1).

A RBPN foi o segundo grupo do estudo e era constituída por oito serviços localizados em hospitais universitários de referência para as regiões em que se localizam, não sendo possível incluir um deles por dificuldade de agenda da equipe gestora e do tempo necessário para tramitação da pesquisa no CEP local (Tabela 1).

Foram estudadas oito (8/10) unidades da RRJ e sete (7/8) da RBPN e foram realizadas 94% das entrevistas previstas para a RRJ e 82% para a RBPN (Tabela 2).

A escolha destas unidades deve-se ao interesse no estudo do SUS da cidade, pelo investimento dos gestores locais em qualificar tais unidades, e por que estas unidades, em 2005 participaram de um esforço para estabelecer DC no âmbito da neonatologia, trabalho coordenado pelo IFF e promovido pela SES/RJ, como uma das ações da qualificação do sistema de gestação de alto risco do Estado. A RBPN foi escolhida por ser uma rede que tem dentre seus objetivos a análise de práticas assistenciais, podendo ter uma atenção diferenciada a questão das DC.

As maternidades privadas vinculadas ao SUS não foram incluídas, pelo baixo impacto na assistência intensiva neonatal na cidade e pelo processo gerencial distinto das públicas, alvo do presente estudo. As maternidades situadas nos hospitais universitários localizados na cidade do RJ também foram excluídas, pois seu vínculo com o processo de ensino e pesquisa as coloca em condição distinta das outras localizadas na cidade.

Metade das unidades da RRJ é um dos serviços dos hospitais universitários, que são hospitais gerais e em relação a RBPN somente uma não tem tal vínculo. A localização em hospital geral é relevante, pois possibilita um acesso melhor a diversas especialidades e a exames mais complexos.

Tabela 1 – Caracterização do campo da pesquisa, 2009

Vínculo Organizacional	Maternidade	UTIN localizada em hospital geral	Nº de Leitos Neonatais (UI e UTI)	UTIN Incluídas	Nº de entrevistas realizadas
SMS/RJ	Fernando Magalhães	Não	44	Sim	4
	Carmela Dutra	Não	47	Sim	4
	Oswaldo Nazareh	Não	28	Sim	3
	Alexander Fleming	Não	40	Sim	4
	Herculano Pinheiro	Não	14	Sim	4
	Leila Diniz	Sim	20	Sim	3
SESDEC/RJ	Rocha Faria	Sim	20	Não	0
	Pedro II	Sim	26	Não	0
REDE FEDERAL NO RJ / MS	HSE	Sim	18	Sim	4
	HG Bonsucesso	Sim	42	Sim	4
REDE BRASILEIRA DE PESQUISAS NEONATAIS	IFF	Não	20	Sim	4
	PUC- RS – HSC / RS	Sim	38	Sim	2
	UFRGS – HCPA / RS	Sim	47	Sim	2
	UNESP – FMB / SP	Sim	30	Sim	4
	UNIFESP – EPM / SP	Sim	22	Sim	3
	USP – IC – HCSP / SP	Sim	40	Sim	4
	USP – HCRP / SP	Sim	48	Sim	4
	UNICAMP / SP	Sim	30	Não	0

Tabela 2 – Descrição do campo e das perdas de unidades e entrevistas, 2009

Campo do Estudo	Rede	
	RJ	RBPN
Nº de unidades previstas	10	8
Nº de unidades incluídas	8	7
Nº de entrevistas previstas para unidades incluídas	32	28
Perda de entrevistas por		
não ter substituto	2	5
não realizar a entrevista	1	
Entrevistas realizadas	30	23
% do previsto	94	82

## Entrevistados

Em cada unidade, pretendia-se entrevistar o médico e o enfermeiro responsáveis pelo serviço e também os profissionais que os chefes indicassem como sendo seus substitutos ou com quem mais compartilha as decisões da condução do serviço.

A previsão de entrevistar quatro profissionais por serviço, não se verificou por que cinco (5/15) serviços não trabalham com substitutos, em dois deles não havia substituto para os médicos e em cinco não existiam os substitutos para a chefia de enfermagem. Uma entrevista não conseguiu ser realizada por dificuldade de agenda (Tabela 2). Em uma unidade foram entrevistados três médicos uma vez que a equipe gestora era assim constituída por tratar-se de uma instituição de grande porte. Apesar das variações observadas, as categorias se representaram de forma equitativa, os médicos representaram 53% dos entrevistados.

A escolha de entrevistar a equipe gestora deve-se ao fato de reconhecer-se à importância dos dirigentes no processo de condução do serviço e nos processos de disseminação e implementação de diretrizes, provendo um ambiente que motiva e sendo modelo. (Motta, 1991).

A perspectiva dos profissionais não foi objeto da pesquisa e sua inclusão implicaria no desenvolvimento de instrumento de coleta de informações específico. Não resta dúvida que a percepção dos funcionários difere daquela do dirigente, podendo esta ser alvo de outras pesquisas. A exclusão dos diretores segue a mesma linha de argumentação.

## Instrumento de coleta

Foi desenvolvido um questionário contendo questões estruturadas e semi-estruturadas que abordou as seguintes dimensões: caracterização das unidades, caracterização dos gestores, posicionamento dos gestores frente aos conceitos sobre as DC, as práticas referidas pelos gestores para implementá-las e sobre seu cotidiano como gestor (Apêndice 2).

O questionário foi ordenado visando abordar primeiramente as questões sobre as diretrizes clínicas e o cotidiano do gestor, com o objetivo de tratar logo de início as questões mais relevantes da pesquisa e mais conceituais. A seguir, as questões que caracterizavam a unidade e o gestor foram apresentadas. A ordem do questionário foi mantida em sua descrição neste capítulo, visando facilitar o entendimento do mesmo.

No início do questionário o conceito do IOM (1990) sobre as DC foi apresentado ao entrevistado, visando uma padronização da linguagem e dispor de uma referência clara do que se compreendia como DC. Nas primeiras questões, que eram semi-estruturadas, solicitava-se que o entrevistado indicasse qual termo utilizava cotidianamente para referir-se a DC, uma diretriz que tivesse implementado no último ano e também referisse quais motivos o levou a implementar esta DC. Esta estratégia de pesquisa, além de colher informações relevantes ao estudo, propiciou que os entrevistados rememorassem seus esforços no sentido de implementar as DC.

A seguir, uma questão estruturada procurou identificar a concordância com afirmações sobre as DC. Foi utilizada uma escala de 5 pontos numérica, (1 a 5), tipo Likert associada a expressões (concordo fortemente, concordo, etc). Tal estrutura de

questão está de acordo com a literatura de construção de escalas (Streiner e Normam, 1998).

Os conceitos sobre as diretrizes clínicas utilizados foram identificados na literatura, a saber: *(i)* definição e finalidade da DC (Atallah, 2002); *(ii)* sua função na melhoria da qualidade da assistência (Woolf, 1999); *(iii)* problemas em sua utilização tais como a dificuldade de entendimento por parte dos profissionais (Cabana et al, 1999); *(iv)* a possibilidade de limitação da prática clínica (Grol e Grimshaw, 2003); *(v)* a possível influência de interesses econômicos das indústrias na elaboração (Hampton, 1997, Woolf et al, 1999, Jatene et al, 2001) e *(vi)* disseminação de DC e a restrição de acesso a tecnologias caras, quando as DC são disseminadas pelos gestores (Jatene et al, 2001, Cohen, 2004).

As frases utilizadas foram escritas o mais próximo possível daquelas encontradas nos artigos como parte de seus argumentos, mas não foi encontrado num instrumento previamente utilizado ou validado. A ordem das frases nos questionários misturava conceitos vinculados a benefícios, problemas, visando não reforçar uma tendência de resposta.

Esta estratégia de pesquisa também foi utilizada para indagar como o gestor valorava o conhecimento de gestão frente aos desafios de seu cotidiano (Motta, 1991). Em relação às práticas gerenciais do hospital, foram incluídas perguntas se havia mecanismos para informar os gestores sobre suas funções (Motta, 1991) e se a formalização do cargo de chefia teria importância para o acesso à direção do hospital.

As questões sobre as atividades para implementar DC, as dificuldades enfrentadas para implementação de uma diretriz e sobre seu cotidiano foram elaboradas com

escalas numéricas sem a referência qualitativa, sendo o zero utilizado para indicar quando uma atividade não era realizada, o número 1 era destinado a indicar a menor intensidade e o número 5 a maior intensidade. Estas questões também permitiam ao gestor incluir novas alternativas.

Em relação às atividades para implementar DC, foram listadas atividades para implementar as diretrizes clínicas considerando a metaanálise realizada por Grimshaw et al (2004) e as contribuições de Tamblyn e Battista (1993) sobre mudanças de práticas clínicas. Estas atividades foram descritas considerando os termos utilizados nos artigos e também aqueles utilizados no cotidiano dos serviços.

Uma das estratégias (intervenções mediadas pelos pacientes) discutida por Grinshaw et al (2004) não foi incluída na pesquisa, por que foi descrita como relevante para os cuidados primários, que não corresponde ao contexto do estudo.

Dentre as atividades para disseminação e implementação de DC foram incluídas tanto aquelas que possibilitavam a participação dos profissionais como, por exemplo, reuniões com discussão, como aquelas em que o repasse de informação é sua principal característica, como as aulas teóricas. Esta inclusão busca apreender como os gestores se posicionam frente ao debate da transmissão de informação e da participação dos profissionais na construção do conhecimento para sua atuação profissional. (Grinshaw et al, 2004, Ceccim, 2004).

Em relação a estas atividades para disseminação e implementação de DC, os gestores se posicionavam, utilizando as escalas, frente a quatro dimensões mencionadas na literatura (Cabana et al, 1999, Grinshaw et al, 2004): (i) a frequência de utilização da atividade para implementar as DC; (ii) uma estimativa do gasto dos

diversos tipos de recursos: financeiros, materiais e o tempo do gestor e dos profissionais; (iii) a adesão dos profissionais, solicitando ao gestor que dimensionasse se os profissionais utilizam ou participam destas atividades, por exemplo, se comparecem às reuniões e (iv) a mudança de comportamento clínico dos profissionais ou seja se os gestores percebiam que os profissionais passavam a atuar de acordo com as diretrizes após a realização das atividades para sua implementação.

Encerrando este bloco foi incluída uma questão aberta relativa a que estratégias os gestores adotavam para monitorar a diretriz implementada.

Em seguida, as atividades para implementar as DC já utilizadas eram novamente apresentadas aos gestores, solicitando-se que eles fizessem uma seleção daquelas que indicariam para outros serviços, ou seja, se tivessem que dar sugestão a outro gestor, que atividades recomendariam. Esta questão permite uma segunda abordagem das atividades para a implementação de DC.

Em relação às possíveis dificuldades enfrentadas para implementar DC, os gestores indicavam se a dificuldade ocorria em seu serviço e quando ocorria indicavam na escala a intensidade da dificuldade, sendo o número “1” utilizado para indicar uma dificuldade de pouca intensidade e o número “5” de forte intensidade. Esta listagem de dificuldades baseou-se no esquema analítico de Cabana et al (1999).

Logo após o bloco de dificuldades, os gestores respondiam a mais uma questão aberta em que se descreviam suas sugestões aos gestores do SUS (Secretários de Saúde, Diretores de Hospital) para melhorar o serviço e podiam também fazer comentários adicionais sobre o processo de implementação de diretrizes clínicas.

O cotidiano dos gestores foi investigado utilizando o conceito de agenda do gestor, compreendendo que essa traduz como o gestor utiliza seu tempo em seu cotidiano. Este tópico foi pesquisado através de uma listagem de possíveis atividades com duas dimensões de análise: o tempo gasto com as atividades no seu cotidiano e a importância desta atividade para a qualidade do serviço. Para estas duas dimensões o gestor indicava a intensidade de tempo gasto e a importância numa escala de 5 pontos. Quando o gestor não realizava a atividade, indicava esta opção através do zero. As atividades listadas partem das propostas de descrição do papel de gestores formuladas por Mintzberg (1973) em que descreve 3 funções do gestor: interpessoais, informativas e de decisão.

Após identificar o tempo gasto entre as atividades listadas e a importância atribuída a estas atividades, era solicitado que o gestor selecionasse, em ordem de importância, cinco atividades que considerasse adequada ao seu papel de chefe, visando à qualidade da assistência e cinco atividades que considerasse poderiam ser realizadas por outros profissionais, ou seja, inadequadas ao seu papel de chefe, nessa segunda seleção não era demandada a ordem de importância.

O questionário continha ainda algumas informações sobre a UTIN para caracterizá-la considerando as seguintes dimensões: complexidade, localização junto a hospital geral, volume assistencial e lotação de médicos e da equipe de enfermagem.

Foi utilizada uma classificação de complexidade de serviços de cuidados ao recém nascido que foi utilizada pela Academia Americana de Pediatria em uma avaliação dos serviços de cuidados neonatais em 2001 (Committee on Fetus and Newborn, 2004). Esta classificação considera a disponibilidade de tecnologias para a

assistência de recém nascidos de risco e classifica as UTIN em três níveis, sendo o terceiro nível (sub-especializado), é subdividido em outras três categorias: **IIIA** que inclui as unidades que são capazes de prover um cuidado amplo ao RN com mais de 28 semanas de idade gestacional e mais de 1000g, que possa prover suporte de vida limitado à ventilação mecânica e possa prover procedimentos cirúrgicos de pequeno porte; **IIIB** destinado as unidades que possam prover cuidado amplo ao RN com menos de 28 semanas de idade gestacional e menos de 1000g, disponham de assistência ventilatória avançada pelo tempo que for necessário, acesso rápido à sub-especialistas pediátricos, à exames de imagem avançados como tomografia computadorizada e à cirurgia pediátrica para realizar cirurgias como por exemplo fechamento de canal arterial, fechamento de defeitos de parede abdominal e a **IIIC** abrange as unidades que tenham todos os recursos da IIIB e que estejam localizadas em hospitais que possam realizar cirurgias com circulação extra-corpórea.

Decorrente das informações prévias ao estudo sobre estas unidades indicando que todas se classificavam como nível III, as definições do nível III estavam contidas no questionário e eram apresentadas ao gestor que indicava o posicionamento da unidade na classificação.

O volume assistencial da UTIN foi descrito através dos seguintes indicadores: número de leitos de terapia intensiva disponível no serviço, número de nascidos vivos e o percentual dos nascidos vivos com muito baixo peso ao nascer (PN <1500g).

A lotação de pessoal foi também informada pelos gestores, indicando o número de médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem para a rotina e um plantão típico. Assim como dos residentes e especializandos em neonatologia.

### Validação e teste do questionário

Para o processo de validação foi utilizado um roteiro específico (Apêndice 3) abrangendo a avaliação do questionário quanto a sua extensão e sua sensibilidade, mais especificamente a validade de face e de conteúdo. A extensão era julgada em uma única questão e a validade era avaliada através de análise de cinco aspectos focando a adequação do questionário aos propósitos da pesquisa.

As características selecionadas eram semelhantes às de um estudo identificado na literatura (Wallace et al, 2003) e incluíam os seguintes aspectos: as instruções para o preenchimento, a relevância dos aspectos tratados nas questões, a abrangência frente aos objetivos da pesquisa, a clareza e adequação das opções de resposta para as questões estruturadas. Estes aspectos eram analisados para cada segmento do questionário (conceito sobre as DC, atividades para implementação, dificuldades, cotidiano do gestor e caracterização da unidade).

Os especialistas anotavam seu julgamento de cada item em uma escala numérica de 7 pontos associada à escala qualitativa com os seguintes termos: inaceitável, pobre, bom excelente.

A validação foi realizada por especialistas em neonatologia, sendo três médicos e três enfermeiros. Os especialistas avaliaram o questionário utilizando o roteiro proposto em um horário previamente agendado com a pesquisadora, que permaneceu junto ao especialista durante a análise. Esta estratégia possibilitou que fossem discutidas as dúvidas sobre o questionário, acrescentadas sugestões e que os comentários fossem registrados e incorporados na reformulação do instrumento. A

pesquisadora buscava adotar uma postura distante do especialista que garantisse a privacidade do mesmo, visando não influenciar em suas respostas. A interação se dava quando os especialistas apresentavam suas sugestões ou comentários. Em geral os especialistas respondiam ao roteiro de validação em cerca de uma hora.

Foram sugeridas algumas mudanças de posicionamento de questões, outras sugestões foram no sentido de que a apresentação das questões sobre atividades para implementação de diretrizes clínicas fosse apresentada com um texto mais detalhado. Uma outra sugestão foi de acrescentar o censo diário, visando caracterizar a superlotação das unidades.

Utilizando-se o pacote estatístico SPSS, o índice alpha Cronbach foi calculado para todos os itens e obteve-se um índice de 0,92 para a validação de todo o questionário. A validação de cada segmento variou entre 0,81 a 0,95, tanto o índice global como os relativos a cada bloco do questionário foram superiores ao recomendado na literatura, que é de 0,75 (Wallace et al, 2003) (Tabela 3). As sugestões dos especialistas para a melhoria do questionário foram incorporadas, mas o questionário não foi submetido a uma nova validação, uma vez que os índices alcançados eram compatíveis com o previsto na literatura.

Após a validação e inclusão das modificações sugeridas, foi realizado um teste do questionário, simulando a situação da pesquisa com dois profissionais da UTI neonatal do IFF que já tiveram a experiência de gestão (1 médico e 1 enfermeiro) e que no momento não ocupavam cargos de chefia, não sendo alvo do estudo. O tempo de resposta ao questionário e a clareza do mesmo foram alvo deste estudo piloto, não havendo questões relevantes quanto ao tempo ou a dificuldade do questionário.

---

Tabela 3 - Resultados da validação de face e conteúdo realizada por 6 avaliadores, 2009

---

<b>Segmentos do questionário</b>	<b>Alpha Cohronbach (CI 95%)</b>
<b>Todo o questionário</b>	<b>0,97</b>
Definição de termos	0,96
Conceitos sobre as Diretrizes Clínicas	0,81
Atividades para implementação de Diretrizes Clínicas	0,92
Recomendação de atividades a outras UTI neonatais	0,90
Dificuldades para implementação de Diretrizes Clínicas	0,86
Cotidiano da equipe de chefia	0,95
Trajetória para a gestão	0,84
Formação em gestão	0,91
Identificação dos gestores	1,00
Práticas de gestão do hospital	0,95
Identificação da unidade	0,94

---

#### Entrevistas

A pesquisa foi conduzida através de entrevista face a face, sem a solicitação de documentos que confirmassem as afirmações dos gestores, especialmente no que se referia a quantidade de leitos em atividade e lotação de pessoal na UTIN. Um serviço da RBPN enviou as respostas via correio eletrônico. As entrevistas ocorreram entre julho de 2008 a março de 2009. A autora realizou a pesquisa de campo em todas as unidades, mesmo considerando a dificuldade de entrevistar os chefes da unidade onde atua. A pesquisadora buscou com sua presença auxiliar na compreensão das questões

e estimular o entrevistado, o que possibilitou a conclusão do questionário em um único encontro.

Foi utilizado um gravador de áudio durante toda a entrevista, possibilitando tanto o registro de comentários para as respostas fechadas como a integralidade das respostas às perguntas abertas. A maioria dos entrevistados optou por responder às questões estruturadas por si próprio, neste momento a pesquisadora adotava uma postura mais distante, visando favorecer a liberdade de resposta, interagindo somente quando solicitada para esclarecer dúvidas ou para comentários. Houve falha no dispositivo de gravação em três entrevistas.

As entrevistas foram individuais e se buscou local de conveniência ao entrevistado, mas que possibilitasse a concentração e envolvimento na atividade (Bowling, 1997). As entrevistas ocorreram nos locais de trabalhos destes chefes, muitas vezes é compartilhado com outros profissionais, que em geral não permaneceram na sala, mas algumas vezes interagiram com o chefe durante a entrevista para resolução de situações do cotidiano do serviço.

As entrevistas face a face duraram entre 26 e 90 minutos e esta duração dependia dos comentários dos entrevistados. Somente um entrevistado solicitou que a entrevista fosse interrompida por cerca de 20 minutos por sentir-se cansado e considerar o questionário difícil e longo.

Análise

Tratamento do material

Foi desenvolvido um banco de dados em planilha Excell (Microsoft Office Professional, 2003) para digitação e análise descritiva das questões estruturadas, sendo que todos os questionários foram digitados pela pesquisadora. A qualidade da digitação foi avaliada, sendo identificados 31 campos errados dentre 6.678 (0,46%). Estes erros foram corrigidos no momento da avaliação.

Para a análise das questões semi-estruturadas foram utilizadas as respostas escritas pelos chefes nos questionários, as anotações da pesquisadora no momento da entrevista e as transcrições das gravações das entrevistas. Todas estas formas de registro do discurso foram utilizadas de forma complementar. Cada entrevista foi transcrita pela pesquisadora e revisada para confirmar adequação da transcrição.

#### Perspectiva de Análise

A perspectiva para a análise foi a da integração dos achados obtidos mediante as perguntas estruturadas com aqueles obtidos com as questões semi-estruturadas, buscando ampliar a compreensão dos temas tratados.

Os achados foram sistematizados considerando o conjunto das respostas dos gestores de cada rede pesquisada (RRJ e RBPN). Algumas informações foram adicionalmente analisadas considerando em separado as respostas de médicos e enfermeiros.

Os resultados foram apresentados em ordem distinta daquela em que o questionário foi estruturado, visando possibilitar a melhor compreensão dos resultados. A descrição da análise segue a ordem de apresentação dos resultados.

Para descrição do perfil das unidades foram considerados quatro aspectos: complexidade, localização junto a hospital geral, volume assistencial e lotação de médicos e da equipe de enfermagem.

Apresentou-se a distribuição percentual das unidades de cada rede segundo os três níveis do nível sub-especializado da classificação utilizada e também foram apresentados os percentuais das unidades vinculadas a hospitais gerais.

O volume assistencial foi analisado considerando três dimensões: o número de leitos de UTIN disponíveis, o número de nascidos vivos no ano de 2007 e o percentual de nascidos vivos de muito baixo peso ao nascer. A categorização das UTIN quanto a estas três dimensões toma em consideração evidências que correlacionam um alto volume com menor mortalidade dos recém-nascidos (Phibbs et al, 1996, 2007). Embora esta evidência seja contestada por outros trabalhos (Committee on Fetus and Newborn, 2004), a intenção no estudo foi somente dispor de uma dimensão do volume e não realizar inferências quanto à mortalidade.

Em relação ao número de leitos, as unidades foram distribuídas em duas categorias: menos de 15 leitos de terapia intensiva e maior ou igual a 15 leitos. As unidades foram distribuídas em duas faixas considerando 2000 nascimentos como ponto de corte.

O percentual de nascidos vivos de muito baixo peso considera que uma unidade que tenha 3% ou mais de RN de muito baixo peso é uma unidade de referência para o cuidado neonatal (Almeida et al, 2008). As unidades foram distribuídas também em duas categorias utilizando 3% de RN de muito peso como ponto de corte.

A lotação de médicos e de enfermeiros tomou como referência a Portaria MS/GM 3432, (1998) que estabelece organização da UTIN e a composição da equipe. Esta portaria estabelece que os plantonistas devam ser exclusivos da UTIN, indica ainda qual deve ser a relação de médico e enfermeiros para o período de dia e para os plantões. A especialização dos chefes e profissionais foi alterada pela Portaria 332 (Portaria MS/GM 332, 2000).

Adotou-se o parâmetro estabelecido para lotação de profissionais para UTIN visando dar uma dimensão da relação profissional leito. Esta relação foi calculada para os plantonistas das equipes médicas e de enfermagem. Em relação aos médicos foram realizados dois cálculos. O primeiro considerou exclusivamente os profissionais do quadro das instituições (docentes ou profissionais contratados para a assistência) e o segundo incluiu o número de residentes de neonatologia e de especializandos, pois a presença de tais profissionais em processo de formação contribuía para a equipe de cuidado.

Para a caracterização dos entrevistados foram incluídas as seguintes características: sexo, idade, anos de prática de neonatologia, anos que ocupa o cargo de chefia, qualificação em neonatologia e em gestão. As informações relativas à idade, ao tempo de prática de neonatologia e de gestão foram categorizadas considerando os resultados obtidos no estudo. A qualificação para a chefia da neonatologia é uma exigência legal (Portaria MS/GM 332, 2000) e a capacitação para a gestão foi incluída tomando por referência o debate sobre a necessidade de qualificação dos gestores (Motta, 1991), considerando-se desejável que o gestor tenha algum tipo de qualificação específica para o exercício da gestão.

Os resultados das perguntas estruturadas que continham escalas foram analisados considerando o percentual de gestores que se posicionaram em cada ponto da escala. No entanto, para a apresentação destes resultados e visando uma melhor visualização das tabelas, serão apresentados somente os extremos das escalas. Para análise da concordância frente aos conceitos sobre as DC, os percentuais de concordância alta (4 e 5 na escala) e a discordância alta (1 e 2) foram utilizados. Em relação às atividades para implementação das DC, as dificuldades na implementação das DC e as atividades do cotidiano do gestor foram apresentadas somente os percentuais dos gestores que se posicionaram referindo uma intensidade alta, ou seja, escolhendo os números 4 ou 5 da escala.

Os resultados obtidos mediante as perguntas fechadas e também as abertas foram apresentados considerando sistematizações compatíveis com a literatura revisada na pesquisa. Os gestores acrescentaram posicionamentos e observações durante a resposta às questões fechadas.

Como a transcrição das entrevistas foi realizada pela própria pesquisadora, foi possível desenvolver um contato aprofundado com os textos resultantes, seguido de leitura das entrevistas e sua revisão, retomando quando necessário às gravações, para confirmar o conteúdo transcrito.

### Questões Éticas

A pesquisadora cumpriu os ditames éticos estabelecidos na resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, sendo o projeto aprovado pelo CEP do IFF como centro coordenador do estudo (CAAE 0014.1.008-08) por ser o local da pós-graduação. Esta

aprovação foi acatada por cinco instituições. Nas outras quatro, foi necessário submeter o projeto aos seus CEPS, sendo aprovados por todos (CAAE 0082.0.314.000-08 – SMS/RJ, CAAE 0082.0.318.008-08 – HGB, CAAE 0061.0.002.008-09 – PUC RGS, Protocolo do CEP/HSE 000.346). Em todas as entrevistas foi obtido o consentimento informado conforme modelo (Apêndice 4).

## Apêndice 2

Questionário:

Número:

Data da Entrevista \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Data da Digitação \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Nome do entrevistado:

### **Título do Projeto:**

Estratégias para disseminação e implementação de diretrizes clínicas em maternidades públicas: práticas referidas pelos gestores de UTI Neonatais

### **I - Definição de termos:**

**Diretrizes clínicas:** *“recomendações sistematicamente desenvolvidas para auxiliar as decisões que os médicos (profissionais de saúde) e pacientes devem tomar sobre o cuidado apropriado em uma circunstância clínica específica”* (IOM, 1990).

1. Usualmente encontram-se diversas formas de denominar as diretrizes clínicas, neste trabalho optamos pelo termo “diretrizes clínicas”.

Quais termos você utiliza em seu serviço? Marque todas as alternativas pertinentes.

1.1. Diretrizes clínicas ; 1.2. Guias clínicas ; 1.3. Rotinas ; 1.4. Protocolos clínicos ;  
1.5. Boas práticas assistenciais ; 1.5. Outros, especificar:

2. Dê um exemplo de uma diretriz clínica que você procurou implementar em seu serviço no último ano, esta referência servirá somente para ajudar a lembrar as atividades que você desenvolveu e facilitar a resposta ao questionário. :

3. Como surgiu a demanda para implementar esta diretriz em seu serviço? Marque a alternativa mais adequada.

3.1. Iniciativa do chefe decorrente de leitura e/ou congresso ,  
3.2. Sugestão dos profissionais ;  
3.3. Solicitação da direção e/ou do nível central e/ou norma do Ministério da Saúde ;  
3.4. Outros, especificar:

## II. Diretrizes clínicas

***Indique sua concordância com as afirmações abaixo sobre as diretrizes clínicas***

***1. Diretrizes clínicas podem ser consideradas sugestões de prática que auxiliam na tomada de decisão clínica, pois são construídas baseadas em evidências científicas de diferentes níveis.***

1	2	3	4	5
Discordo fortemente	discordo	Não concordo nem discordo	concordo	Concordo fortemente

***2. Diretrizes clínicas são muito complicadas, escritas de forma que os profissionais da clínica não conseguem compreender.***

1	2	3	4	5
Discordo fortemente	discordo	Não concordo nem discordo	concordo	Concordo fortemente

***3. Diretrizes clínicas limitam a prática clínica, sendo muito rígida em suas recomendações, não consideram a diversidade de situações clínicas.***

1	2	3	4	5
Discordo fortemente	discordo	Não concordo nem discordo	concordo	Concordo fortemente

***4. Diretrizes clínicas possibilitam um cuidado melhor para o paciente no serviço, pois reduz a variação de condutas entre os profissionais.***

1	2	3	4	5
Discordo fortemente	discordo	Não concordo nem discordo	concordo	Concordo fortemente

***5. Diretrizes clínicas reduzem o risco de que os profissionais sejam acionados juridicamente.***

1	2	3	4	5
Discordo fortemente	discordo	Não concordo nem discordo	concordo	Concordo fortemente

***6. Diretrizes clínicas que os gestores públicos ou privados buscam incorporar nos serviços limitam a prática clínica, pois priorizam a redução do acesso a tecnologias (procedimentos, medicamentos, materiais) mais caras.***

1	2	3	4	5
Discordo fortemente	discordo	Não concordo nem discordo	concordo	Concordo fortemente

**7. Diretrizes clínicas podem expressar interesses econômicos das indústrias de medicamentos e equipamentos, reduzindo sua confiabilidade.**

1	2	3	4	5
Discordo fortemente	discordo	Não concordo nem discordo	concordo	Concordo fortemente

**III. Atividades para implementação de diretrizes clínicas**

Considere a diretriz clínica que você buscou implementar no último ano em seu serviço e as atividades que você realizou para alcançar este objetivo. Indique no quadro as respostas relativas a:

1 – **Frequência de Utilização:** Indique quais atividades que você utiliza para incorporar diretrizes clínicas em seu serviço, indicando também a frequência de utilização seguindo a seguinte escala:

**Não usa a atividade – 0, Atividade pouco utilizada – 1 até Atividade mais utilizada - 5**

2 – **Gasto de Recursos:** Estime como estas atividades gastam recursos, ou seja que atividade custa mais, gasta muito tempo do chefe e/ou da equipe, gasta materiais ou ainda depende de tecnologias. Para esta estimativa utilize a seguinte escala:

Uso de recursos baixo – 1 até uso de recursos intenso – 5

3 – **Adesão dos Profissionais:** Como você percebe a adesão dos profissionais para estas atividades desenvolvidas, ou seja se eles comparecem a atividade. Para esta estimativa utilize a seguinte escala:

Adesão baixa – 1 até adesão alta – 5

4 – **Mudança de Comportamento:** Como você percebe se as atividades desenvolvidas promovem mudanças no comportamento clínico da equipe? Para esta estimativa utilize a seguinte escala:

Mudança baixa – 1 até mudança alta – 5

Atividades	Frequência de utilização	Gasto de recursos	Adesão	Mudança de comportamento clínico
1. Anotação no livro de serviço	0-1-2-3-4-5	1-2-3-4-5	1-2-3-4-5	1-2-3-4-5
2. Utiliza reuniões para discutir a diretriz e como aplicá-la.	0-1-2-3-4-5	1-2-3-4-5	1-2-3-4-5	1-2-3-4-5
3. Apresenta a diretriz durante a passagem de plantão	0-1-2-3-4-5	1-2-3-4-5	1-2-3-4-5	1-2-3-4-5
4. Visita para acompanhamento dos pacientes	0-1-2-3-4-5	1-2-3-4-5	1-2-3-4-5	1-2-3-4-5
5. Discussão de casos clínicos periódica	0-1-2-3-4-5	1-2-3-4-5	1-2-3-4-5	1-2-3-4-5

6. Distribuição de material escrito	0-1-2-3-4-5	1-2-3-4-5	1-2-3-4-5	1-2-3-4-5
7. Cartazes afixados	0-1-2-3-4-5	1-2-3-4-5	1-2-3-4-5	1-2-3-4-5
8. Apresentação da diretriz para a equipe em uma reunião	0-1-2-3-4-5	1-2-3-4-5	1-2-3-4-5	1-2-3-4-5
9. Convite a um especialista para apresentar a diretriz no serviço	0-1-2-3-4-5	1-2-3-4-5	1-2-3-4-5	1-2-3-4-5
10. Promove aulas teóricas (uma ou mais)	0-1-2-3-4-5	1-2-3-4-5	1-2-3-4-5	1-2-3-4-5

<b>Atividades</b>	<b>Frequência de utilização</b>	<b>Gasto de recursos</b>	<b>Adesão</b>	<b>Mudança de comportamento clínico</b>
11. Revisa prontuários verificando como está a assistência em relação ao aspecto da diretriz e discute estes resultados com a equipe	0-1-2-3-4-5	1-2-3-4-5	1-2-3-4-5	1-2-3-4-5
12. Desenvolve formulários com campos que orientam o diagnóstico e/ou terapêutica para serem incluídos no prontuário	0-1-2-3-4-5	1-2-3-4-5	1-2-3-4-5	1-2-3-4-5
13. Mensagens eletrônicas aos profissionais	0-1-2-3-4-5	1-2-3-4-5	1-2-3-4-5	1-2-3-4-5
14. Lembretes para os profissionais orientando sua prática	0-1-2-3-4-5	1-2-3-4-5	1-2-3-4-5	1-2-3-4-5
15. Outras	1-2-3-4-5	1-2-3-4-5	1-2-3-4-5	1-2-3-4-5

16. Após a implementação de uma diretriz, que atividades você desenvolve para saber se o que foi acordado está sendo colocado em prática?

17. Que atividades para implementação de diretrizes clínicas você recomendaria para que os gestores do SUS adotassem. Assinale no quadro abaixo estas atividades.

<b>Atividades</b>	<b>Atividades Recomendadas</b>
1. Anotação no livro de serviço	
2. Utiliza reuniões para discutir a diretriz e como aplicá-la.	
3. Apresenta a diretriz durante a passagem de plantão	
4. Visita para acompanhamento dos pacientes	
5. Discussão de casos clínicos periódica	
6. Distribuição de material escrito	
7. Cartazes afixados	
8. Apresentação da diretriz para a equipe em uma reunião	
9. Convide a um especialista para apresentar a diretriz no serviço	
10. Promove aulas teóricas (uma ou mais)	
11. Revisa prontuários verificando como está a assistência em relação ao aspecto da diretriz e discute estes resultados com a equipe	
12. Desenvolve formulários com campos que orientam o diagnóstico e/ou terapêutica para serem incluídos no prontuário	
13. Mensagens eletrônicas aos profissionais	

14. Lembretes para os profissionais orientando sua prática	
15. Outras	

#### IV - Dificuldades

Considere a diretriz clínica que você buscou implementar no último ano em seu serviço. Quais as principais dificuldades para implementar a diretriz em seu serviço? Estime a importância destas dificuldades, utilizando a seguinte escala:

**Dificuldade não existe no serviço – 0, dificuldade baixa – 1 até dificuldade alta – 5**

Dificuldade	Intensidade
1. A direção não apóia a implementação da diretriz	0-1-2-3-4-5
2. As instalações são inadequadas	0-1-2-3-4-5
3. Os equipamentos disponíveis no serviço não têm a qualidade esperada	0-1-2-3-4-5
4. Os equipamentos não têm a manutenção adequada	0-1-2-3-4-5
5. O material não tem a qualidade esperada	0-1-2-3-4-5
6. O material é fornecido de forma irregular	0-1-2-3-4-5
7. Os medicamentos são fornecidos de forma irregular	0-1-2-3-4-5
8. A quantidade de profissionais é insuficiente	0-1-2-3-4-5
9. Os profissionais não têm o conhecimento adequado a suas funções	0-1-2-3-4-5
10. Os profissionais não estão familiarizados com a diretriz	0-1-2-3-4-5
11. Os profissionais não conseguem fazer o que está previsto na diretriz	0-1-2-3-4-5
12. Os profissionais não acreditam que haja melhoria do resultado para o paciente	0-1-2-3-4-5
14. Os profissionais preferem a prática anterior	0-1-2-3-4-5
15. Os profissionais não participam das atividades do serviço (reuniões, discussão de casos, aulas)	0-1-2-3-4-5
16. Os plantonistas não comparecem para atividades de capacitação ou gerenciais fora de seu horário de trabalho	0-1-2-3-4-5
17. Equipe não tem tempo para discutir	0-1-2-3-4-5
18. Os profissionais não tomaram conhecimento da diretriz	0-1-2-3-4-5
19. A diretriz restringe a prática clínica	0-1-2-3-4-5
20. A família do paciente não aceita o cuidado segundo a diretriz	0-1-2-3-4-5
21. Outras	1-2-3-4-5

22. Que sugestões você daria para a Direção ou para os gestores da saúde (ministro, secretário de saúde etc) para melhorar a qualidade da assistência em seu serviço? Cite até 5 sugestões.

23. Gostaria de comentar algum outro aspecto sobre implementação de diretrizes clínicas em seu serviço ou em UTI Neonatais do SUS?

### V – Cotidiano da equipe de chefia

1- Atividades do cotidiano do chefe: Identifique dentre as atividades listadas aquelas que você faz no cotidiano e estime o tempo consumido. Para esta estimativa utilize a seguinte escala:

Não faz a atividade – 0, atividade consome pouco tempo – 1 até atividade consome muito tempo - 5

2 – Importância para a qualidade da assistência: Avalie ainda a importância destas atividades para a qualidade da assistência de seu serviço. Para esta estimativa, utilize a seguinte escala:

#### Atividade pouco importante –1 até atividade muito importante - 5

	Atividades	Tempo	Importância
1	Cuidado direto ao paciente	0-1-2-3-4-5	1-2-3-4-5
2	Atendimento à família para orientação sobre cuidado	0-1-2-3-4-5	1-2-3-4-5
3	Reunião com a equipe para organizar o processo de trabalho / escalas de plantão	0-1-2-3-4-5	1-2-3-4-5
4	Reunião com a equipe para discussão de casos	0-1-2-3-4-5	1-2-3-4-5
5	Reunião com a equipe para discutir os resultados da assistência	0-1-2-3-4-5	1-2-3-4-5
6	Análise da assistência através de revisão sistemática dos prontuários	0-1-2-3-4-5	1-2-3-4-5
7	Análise da assistência através de bancos de dados	0-1-2-3-4-5	1-2-3-4-5
8	Realização de atividades de capacitação da equipe	0-1-2-3-4-5	1-2-3-4-5
9	Planejamento para implementação de diretrizes clínicas	0-1-2-3-4-5	1-2-3-4-5
10	Contato com Direção/Administração para solicitar material e/ou medicamento	0-1-2-3-4-5	1-2-3-4-5
11	Contato com Direção/Administração para solicitar aquisição e/ou manutenção de equipamentos	0-1-2-3-4-5	1-2-3-4-5
12	Contato com Direção/Administração para solicitar melhorias nas instalações físicas	0-1-2-3-4-5	1-2-3-4-5
13	Contato com outros serviços do hospital visando à	0-1-2-3-4-5	1-2-3-4-5

	coordenação da assistência (laboratório, radiologia, parecer de especialistas)		
14	Reunião com a Direção e/ou nível central para resoluções de problemas do cotidiano	0-1-2-3-4-5	1-2-3-4-5
15	Reunião com a Direção e/ou nível central para análise dos resultados da assistência	0-1-2-3-4-5	1-2-3-4-5
16	Reunião com a Direção e/ou nível central para planejamento de capacitação dos profissionais	0-1-2-3-4-5	1-2-3-4-5
17	Participação em eventos de capacitação ofertados pelo hospital e/ou nível central	0-1-2-3-4-5	1-2-3-4-5
18	Contato com a Direção e/ou nível central para providenciar a transferência de pacientes	0-1-2-3-4-5	1-2-3-4-5
19	Outros	1-2-3-4-5	1-2-3-4-5

Identifique 5 atividades que você realiza no seu cotidiano dentre as listadas acima e que considera adequada ao seu papel de chefe visando à qualidade da assistência. Indique estas atividades em ordem de importância, sendo a 1ª a mais importante.

1ª \_\_\_\_\_ 2ª \_\_\_\_\_ 3ª \_\_\_\_\_ 4ª \_\_\_\_\_ 5ª \_\_\_\_\_

Identifique 5 atividades que você realiza no seu cotidiano dentre as listadas acima e que considera que poderiam ser realizadas por outros profissionais, ou seja inadequada ao seu papel de chefe. Não é necessário considerar a ordem de importância.

1 \_\_\_\_\_ 2 \_\_\_\_\_ 3 \_\_\_\_\_ 4 \_\_\_\_\_ 5 \_\_\_\_\_

## VI- Trajetória para gestão

1. Há quanto tempo participa na gestão da unidade: \_\_\_\_\_

2. Como chegou a ser chefe e/ou participar na gestão da UTI Neonatal?

3. Assinale sua concordância em relação as seguintes afirmativas, considerando o contexto deste hospital.

3.1. ***Em geral, neste hospital os chefes de serviço só tomam contato com a gerencia quando assumem a sua primeira função de chefia.***

1	2	3	4	5
Discordo fortemente	Discordo	Não concordo nem discordo	concordo	Concordo fortemente

**3.2. O conhecimento de gestão/administração auxilia de forma limitada aos chefes de serviço pois, os problemas são muito específicos, e a vivência e a experiência prática são mais relevantes para o sucesso no processo gerencial.**

1	2	3	4	5
Discordo fortemente	discordo	Não concordo nem discordo	concordo	Concordo fortemente

4. Cargo de gestão é reconhecido formalmente ou seja é um cargo comissionado?

Sim Não

**5. O reconhecimento formal do cargo é importante, porque possibilita maior acesso a Direção facilitando obter recursos para o serviço.**

1	2	3	4	5
Discordo fortemente	discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo fortemente

## VII - Formação em Gestão:

Em relação à formação em gestão, responda as questões abaixo:

1.1. Fez algum curso de gestão?

Sim , 1.1.1 qual: \_\_\_\_\_

1.1.2. Por que fez o curso de gestão:

Demanda pessoal , Solicitação do serviço pesquisado ,  
outros motivos: \_\_\_\_\_

1.2. No último ano, participou de congressos de gestão ou de conferências de gestão em congressos de especialidade? Sim ,

1.2.1. Por que fez participou deste tipo de congresso:

Demanda pessoal , Solicitação do serviço pesquisado ,  
outros motivos: \_\_\_\_\_

1.3. No último ano, leu pelo menos dos seguintes materiais: livro, artigo ou material que abordem conceitos de gestão? Sim ,

1.3.1 Por que?:

Demanda pessoal , Solicitação do serviço pesquisado ,  
outros motivos: \_\_\_\_\_

### **VIII - Identificação dos gestores**

1. Nome:

1. Ano de nascimento: \_\_\_\_\_

2. Sexo: Masc , Fem

4. Carga horária semanal: \_\_\_\_\_

5. Categoria Profissional: Médico Enfermeiro

6. Posição na equipe:

Chefe médico , Chefe de enfermagem , Líder médico , Líder enfermeiro

7. Tempo de atuação no Serviço pesquisado, ano de início: \_\_\_\_\_

8. Trabalha em outra UTI Neonatal? Sim Não

9. Ano de Formatura: \_\_\_\_\_

10. Tempo de Atuação em Neonatologia: ano de início: \_\_\_\_\_

11. A . Formação dos Médicos:

11.A.1. Residência em pediatria ,

11. A.2. Residência em Neonatologia (R3 e/ou R4)

11. A.3. Curso de especialização em pediatria

11.A.4. Títulos de Especialista: TEP , TEN

11.A.5 – Outros títulos:

11.B. Formação dos Enfermeiros:

11.B.1. Residência ,

11.B.2. Curso de especialização em neonatologia

11.B.3 – Outros títulos:

## **IX - Práticas de Gestão do Hospital:**

1. A direção promove reuniões com a chefia ou a equipe de chefia da UTI Neonatal?

Sim Não Não sabe

1.1. Se afirmativo, estas reuniões ocorrem somente quando surge um problema? Sim Não

2. A direção promove reuniões coletivas para todas as chefias de serviço do hospital?

Sim Não Não sabe

2.1. Se afirmativo, estas reuniões ocorrem somente quando surge um problema? Sim Não

3. A direção promove reuniões anuais ou semestrais para tratar do planejamento do hospital?

Sim Não Não sabe

4. A direção visita os serviços do hospital?

Sim Não Não sabe

4.1. Se afirmativo, estas visitas ocorrem somente quando surge um problema? Sim Não

**X - Identificação da unidade** (informações dos registros oficiais e pesquisa das maternidades, a serem checados com o chefe da UTI)

### **1. Nome da Unidade:**

2. Vínculo Institucional: SMS/RJ , SES/EJ , Federal , Universitária

3. Nº de leitos:

3.1. obstétricos \_\_\_\_\_,

3.2. UI neonatal \_\_\_\_\_;

3.3. UTI Neonatal \_\_\_\_\_

3.4. Método Canguru \_\_\_\_\_

4 – Dados do Censo diário

Média de pacientes-dia

4.1. obstétricos \_\_\_\_\_,

4.2. UI neonatal \_\_\_\_\_;

4.3. UTI Neonatal \_\_\_\_\_

4.4. Método Canguru \_\_\_\_\_

5. Volume assistencial: Nº de Nascidos Vivos por faixa de peso para o ano de 2007,

6. Mortalidade neonatal por faixa de peso para o ano de 2007:

Peso ao nascer	< 500	500 a 999	1000 a 1499	1500 a 1999	2000 a 2499	≥ 2500	TOTAL
Nascimentos vivos							
Óbitos							
Óbitos sem mal-formação							

7. Equipe UTI Neonatal:

6.1. Nº Médicos Neonatologistas com título:

6.2. N. Médicos Pediatras:

6.3. Nº de Médicos em treinamento:

6.4. Nº Médicos em um plantão típico: Dia \_\_\_\_\_ Noite \_\_\_\_\_

6.5. Nº Enfermeiros rotina:

6.6. Nº Enfermeiros em um plantão típico: Dia \_\_\_\_\_ Noite \_\_\_\_\_

6.7. N de téc. de enferm. em um plantão típico: Dia \_\_\_\_\_ Noite \_\_\_\_\_

### Complexidade Classificação VON

– para cada classe deve ter todas as características mencionadas:

<b>Nível</b>		<b>Características</b>	<b>Unidade</b>
III	A	Pode cuidar de bebês com peso ao nascer > de 1000g e idade gestacional maior que 28 semanas	
		Pode prover suporte de vida limitado a suporte ventilatório convencional	
		Pode realizar procedimentos cirúrgicos menores tais como inserção de cateter venoso central ou cirurgia de hérnia inguinal	
	B	Todas as capacidades do nível 3a e capacidade de prover cuidados para os menores de 1000g ou de 28 semanas de idade gestacional	
		Pode prover suporte ventilatório avançado tais como ventilação de alta frequência e óxido nítrico	
		Acesso rápido e a beira de leito a especialidades pediátricas clínicas e cirúrgicas	
		Tem acesso a exames de imagem tais como CT, RM, Ecocardiograma	
		Tem acesso a cirurgião e anestesista pediátrico para realizar procedimentos cirúrgicos maiores tais como ligadura do canal arterial, reparo de perfuração intestinal, defeitos de parede abdominal, atresia de esôfago, defeito do tubo neural no mesmo hospital ou em instituição de referência formal	
	C	Tem todas as características de 3b e	
		Pode prover ECMO	
	Correções cirúrgicas de defeitos cardíacos complexos que requeiram extra-corpórea		

**XI - Observação:**

1. Disponibilidade de local para reunião da equipe: Não Sim

1.1. Local adequado para \_\_\_\_\_ pessoas

1.2. Localização acessível ao serviço: Não Sim

2. Livro do serviço médico: tipo de informação registrada: assinalar todas as alternativas pertinentes:

2.1 passagem de plantão ;

2.2. relato de ocorrências

2.3. diretrizes clínicas

2.4. outros \_\_\_\_\_

2.5. Local para o livro de serviço é acessível à equipe durante o trabalho de rotina ou plantão

Sim Não

3. Livro do serviço de enfermagem: tipo de informação registrada: assinalar todas as alternativas pertinentes:

3.1 passagem de plantão ;

3.2. relato de ocorrências

3.3. diretrizes clínicas

3.4. outros \_\_\_\_\_

3.5. Local para o livro de serviço é acessível à equipe durante o trabalho de rotina ou plantão

Sim Não

4. Local para acesso à internet é acessível à equipe durante o trabalho de rotina ou plantão

Sim Não

5. Local para acesso à bibliografia impressa é acessível à equipe durante o trabalho de rotina ou plantão Sim Não

6. Local para afixar cartazes e informes é acessível à equipe durante o trabalho?

Sim Não

7. Há lista de endereços eletrônicos dos profissionais dos médicos da UTI Neonatal?

Sim Não Não sabe

8. Há acesso dos profissionais a internet para pesquisa bibliográfica durante o plantão?

Sim Não Não sabe

9. Há disponibilidade de bibliografia impressa para consulta durante o plantão?

Sim Não Não sabe

10. Há disponibilidade de pasta com diretrizes clínicas adotadas no serviço para consulta durante o plantão?

Sim Não Não sabe

## Apêndice 3

### Instrumento de Validação

Gostaríamos que você avaliasse a sensibilidade deste questionário (validade de face e conteúdo), respondendo as seguintes questões relativas ao questionário do projeto: “Estratégias para disseminação e implementação de diretrizes clínicas em maternidades públicas: práticas referidas pelos gestores das UTI neonatais”.

#### A – Análise do questionário em seu conjunto

1. Qual sua opinião sobre a extensão do questionário?

Inaceitável		Pobre		Bom		Excelentes	
1	2	3	4	5	6	7	

#### B - Análise de cada domínio do questionário

##### I – Definição de termos

1. As instruções fornecidas para o preenchimento são adequadas?

Inaceitáveis		Pobres		Boas		Excelentes	
1	2	3	4	5	6	7	

2. Os aspectos tratados nas questões são relevantes?

Inaceitáveis		Pobres		Boas		Excelentes	
1	2	3	4	5	6	7	

3. Qual sua opinião sobre a abrangência das questões em relação aos objetivos do projeto?

Inaceitáveis		Pobres		Boas		Excelentes	
1	2	3	4	5	6	7	

4. Como classifica o instrumento em relação à clareza dos itens/questões?

Inaceitáveis		Pobres		Boas		Excelentes	
1	2	3	4	5	6	7	

5. As opções escolhidas para as respostas foram adequadas?

Inaceitáveis		Pobres		Boas		Excelentes	
1	2	3	4	5	6	7	

Comentários

##### II – Diretrizes clínicas

1. As instruções fornecidas para o preenchimento são adequadas?

Inaceitáveis		Pobres		Boas		Excelentes	
1	2	3	4	5	6	7	

2. Os aspectos tratados nas questões são relevantes?

Inaceitáveis		Pobres		Boas		Excelentes	
1	2	3	4	5	6	7	

3. Qual sua opinião sobre a abrangência das questões em relação aos objetivos do projeto?

Inaceitáveis		Pobres		Boas		Excelentes	
1	2	3	4	5	6	7	

4. Como classifica o instrumento em relação à clareza dos itens/questões?

Inaceitáveis		Pobres		Boas		Excelentes	
1	2	3	4	5	6	7	

5. As opções escolhidas para as respostas foram adequadas?

Inaceitáveis		Pobres		Boas		Excelentes	
1	2	3	4	5	6	7	

Comentários

### III – Atividades para implementação de diretrizes clínicas

1. As instruções fornecidas para o preenchimento são adequadas?

Inaceitáveis		Pobres		Boas		Excelentes	
1	2	3	4	5	6	7	

2. Os aspectos tratados nas questões são relevantes?

Inaceitáveis		Pobres		Boas		Excelentes	
1	2	3	4	5	6	7	

3. Qual sua opinião sobre a abrangência das questões em relação aos objetivos do projeto?

Inaceitáveis		Pobres		Boas		Excelentes	
1	2	3	4	5	6	7	

4. Como classifica o instrumento em relação à clareza dos itens/questões?

Inaceitáveis		Pobres		Boas		Excelentes	
1	2	3	4	5	6	7	

5. As opções escolhidas para as respostas foram adequadas?

Inaceitáveis		Pobres		Boas		Excelentes	
1	2	3	4	5	6	7	

Comentários

#### IV – Dificuldades para implementação de diretrizes clínicas

1. As instruções fornecidas para o preenchimento são adequadas?

Inaceitáveis		Pobres		Boas		Excelentes
1	2	3	4	5	6	7

2. Os aspectos tratados nas questões são relevantes?

Inaceitáveis		Pobres		Boas		Excelentes
1	2	3	4	5	6	7

3. Qual sua opinião sobre a abrangência das questões em relação aos objetivos do projeto?

Inaceitáveis		Pobres		Boas		Excelentes
1	2	3	4	5	6	7

4. Como classifica o instrumento em relação à clareza dos itens/questões?

Inaceitáveis		Pobres		Boas		Excelentes
1	2	3	4	5	6	7

5. As opções escolhidas para as respostas foram adequadas?

Inaceitáveis		Pobres		Boas		Excelentes
1	2	3	4	5	6	7

Comentários

#### V – Cotidiano da equipe de chefia

1. As instruções fornecidas para o preenchimento são adequadas?

Inaceitáveis		Pobres		Boas		Excelentes
1	2	3	4	5	6	7

2. Os aspectos tratados nas questões são relevantes?

Inaceitáveis		Pobres		Boas		Excelentes
1	2	3	4	5	6	7

3. Qual sua opinião sobre a abrangência das questões em relação aos objetivos do projeto?

Inaceitáveis		Pobres		Boas		Excelentes
1	2	3	4	5	6	7

4. Como classifica o instrumento em relação à clareza dos itens/questões?

Inaceitáveis		Pobres		Boas		Excelentes
1	2	3	4	5	6	7

5. As opções escolhidas para as respostas foram adequadas?

Inaceitáveis		Pobres		Boas		Excelentes
1	2	3	4	5	6	7

Comentários

## VI – Trajetória para a gestão

1. As instruções fornecidas para o preenchimento são adequadas?

Inaceitáveis		Pobres		Boas		Excelentes
1	2	3	4	5	6	7

2. Os aspectos tratados nas questões são relevantes?

Inaceitáveis		Pobres		Boas		Excelentes
1	2	3	4	5	6	7

3. Qual sua opinião sobre a abrangência das questões em relação aos objetivos do projeto?

Inaceitáveis		Pobres		Boas		Excelentes
1	2	3	4	5	6	7

4. Como classifica o instrumento em relação à clareza dos itens/questões?

Inaceitáveis		Pobres		Boas		Excelentes
1	2	3	4	5	6	7

5. As opções escolhidas para as respostas foram adequadas?

Inaceitáveis		Pobres		Boas		Excelentes
1	2	3	4	5	6	7

Comentários

## VII – Formação em gestão

1. As instruções fornecidas para o preenchimento são adequadas?

Inaceitáveis		Pobres		Boas		Excelentes
1	2	3	4	5	6	7

2. Os aspectos tratados nas questões são relevantes?

Inaceitáveis		Pobres		Boas		Excelentes
1	2	3	4	5	6	7

3. Qual sua opinião sobre a abrangência das questões em relação aos objetivos do projeto?

Inaceitáveis		Pobres		Boas		Excelentes
1	2	3	4	5	6	7

4. Como classifica o instrumento em relação à clareza dos itens/questões?

Inaceitáveis		Pobres		Boas		Excelentes
1	2	3	4	5	6	7

5. As opções escolhidas para as respostas foram adequadas?

Inaceitáveis		Pobres		Boas		Excelentes
1	2	3	4	5	6	7

Comentários

## VIII – Identificação dos gestores

1. As instruções fornecidas para o preenchimento são adequadas?

Inaceitáveis		Pobres		Boas		Excelentes
1	2	3	4	5	6	7

2. Os aspectos tratados nas questões são relevantes?

Inaceitáveis		Pobres		Boas		Excelentes
1	2	3	4	5	6	7

3. Qual sua opinião sobre a abrangência das questões em relação aos objetivos do projeto?

Inaceitáveis		Pobres		Boas		Excelentes
1	2	3	4	5	6	7

4. Como classifica o instrumento em relação à clareza dos itens/questões?

Inaceitáveis		Pobres		Boas		Excelentes
1	2	3	4	5	6	7

5. As opções escolhidas para as respostas foram adequadas?

Inaceitáveis		Pobres		Boas		Excelentes
1	2	3	4	5	6	7

Comentários

## IX – Práticas de gestão do hospital

1. As instruções fornecidas para o preenchimento são adequadas?

Inaceitáveis		Pobres		Boas		Excelentes
1	2	3	4	5	6	7

2. Os aspectos tratados nas questões são relevantes?

Inaceitáveis		Pobres		Boas		Excelentes
1	2	3	4	5	6	7

3. Qual sua opinião sobre a abrangência das questões em relação aos objetivos do projeto?

Inaceitáveis		Pobres		Boas		Excelentes
1	2	3	4	5	6	7

4. Como classifica o instrumento em relação à clareza dos itens/questões?

Inaceitáveis		Pobres		Boas		Excelentes
1	2	3	4	5	6	7

5. As opções escolhidas para as respostas foram adequadas?

Inaceitáveis		Pobres		Boas		Excelentes
1	2	3	4	5	6	7

Comentários

## X – Identificação da unidade

1. As instruções fornecidas para o preenchimento são adequadas?

Inaceitáveis		Pobres		Boas		Excelentes
1	2	3	4	5	6	7

2. Os aspectos tratados nas questões são relevantes?

Inaceitáveis		Pobres		Boas		Excelentes
1	2	3	4	5	6	7

3. Qual sua opinião sobre a abrangência das questões em relação aos objetivos do projeto?

Inaceitáveis		Pobres		Boas		Excelentes
1	2	3	4	5	6	7

4. Como classifica o instrumento em relação à clareza dos itens/questões?

Inaceitáveis		Pobres		Boas		Excelentes
1	2	3	4	5	6	7

5. As opções escolhidas para as respostas foram adequadas?

Inaceitáveis		Pobres		Boas		Excelentes
1	2	3	4	5	6	7

Comentários

## XI – Observação

1. As instruções fornecidas para o preenchimento são adequadas?

Inaceitáveis		Pobres		Boas		Excelentes
1	2	3	4	5	6	7

2. Os aspectos tratados nas questões são relevantes?

Inaceitáveis		Pobres		Boas		Excelentes
1	2	3	4	5	6	7

3. Qual sua opinião sobre a abrangência das questões em relação aos objetivos do projeto?

Inaceitáveis		Pobres		Boas		Excelentes
1	2	3	4	5	6	7

4. Como classifica o instrumento em relação à clareza dos itens/questões?

Inaceitáveis		Pobres		Boas		Excelentes
1	2	3	4	5	6	7

5. As opções escolhidas para as respostas foram adequadas?

Inaceitáveis		Pobres		Boas		Excelentes
1	2	3	4	5	6	7

Comentários

## Apêndice 4

### Consentimento informado para os profissionais da equipe UTI neonatal

Projeto de Pesquisa: Estratégias para disseminação e implementação de diretrizes clínicas em maternidades públicas: práticas referidas pelos gestores das UTI neonatais

Pesquisador Responsável: Cynthia Magluta

Instituição Responsável: Instituto Fernandes Figueira / FIOCRUZ

Endereço: Av. Rui Barbosa, 716, Flamengo, Rio de Janeiro

Tel contato com a pesquisadora: 2552-8797

Orientadora: Maria Auxiliadora Mendes Gomes

Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital dos Servidores do Estado

Tel: 2291-3131 ramal: 3544

Prezado Sr.(a)

Convidamos o Sr.(a) a participar voluntariamente de nossa pesquisa visando à produção de uma tese de doutorado intitulada: “Estratégias para disseminação e implementação de diretrizes clínicas em maternidades públicas: práticas referidas pelos gestores das UTI neonatais”.

Pedimos que leiam as informações abaixo, antes de nos fornecer seu consentimento:

1. A tese tem como objetivo analisar as práticas referidas pela equipe gestora sobre o uso de diretrizes clínicas e o processo de sua disseminação e implementação em UTI Neonatais de maternidades públicas
2. Consta da pesquisa:
  - a. uma entrevista em contato único com os profissionais responsáveis por coordenar a UTI neonatal, sendo incluído o chefe médico e de enfermagem e mais um ou dois profissionais que atuem como líderes na equipe, indicados pelo chefe médico da UTI.
  - b. Visita às instalações acompanhada por um profissional da equipe gestora visando o conhecimento da unidade, que servirá como contexto da pesquisa. Não serão feitos registros fotográficos.

3. As entrevistas serão gravadas e transcritas pelo autor da tese.
4. As entrevistas serão realizadas em dia e horário de sua conveniência dos profissionais a serem entrevistados e em local adequado próximo a UTI Neonatal.
5. Será mantido o anonimato do entrevistado (a), assim como o das pessoas que por ventura ele mencionar.
6. Todos os esclarecimentos que julgar necessário serão fornecidos antes, durante e depois da realização da entrevista e da pesquisa.
7. Será garantido o acesso ao material gravado e transcrito, podendo inclusive fazer as modificações que julgue necessário.
8. O material coletado ficará sob a guarda do pesquisador e será usado apenas para fins dessa pesquisa.
9. Os resultados serão divulgados com vistas à defesa da tese acima referida, como também poderão ser difundidos em artigos, congresso, simpósios, reuniões, conferências, mesas redondas e nos demais meios de divulgação científica.

Eu, \_\_\_\_\_ consinto em participar da referida pesquisa conforme os termos acima descritos.

Nome do entrevistado:

Assinatura: \_\_\_\_\_

Rio de Janeiro, \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Nome do pesquisador: Cynthia Magluta

Assinatura: \_\_\_\_\_

Rio de Janeiro, \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

## Apêndice 5

### **Caracterização das unidades, dos gestores e do cotidiano de gestão**

#### **Perfil das unidades**

Na classificação de complexidade utilizada, a maioria das UTIN foi caracterizada como IIIB. Estavam capacitadas a cuidar de RN de extremo baixo peso (<1000g), prover suporte de vida limitada a ventilação mecânica e oferecer procedimentos cirúrgicos menores. Duas unidades (25%) da RRJ eram de complexidade IIIA, por não terem disponibilidade de cirurgia. Uma unidade da RBPN referiu cuidar de RN no pós-operatório de cirurgia cardíaca, sendo classificada como IIIC. A relação com hospital geral caracterizou a RBPN sendo pouco freqüente na RRJ (38%) (Tabela 1).

A maioria das unidades apresenta um volume assistencial grande com mais de 2000 nascimentos vivos por ano e também cuidam de percentual significativo de RN com muito baixo peso (Tabela 1).

As unidades da RBPN eram serviços universitários e dentre seus programas de formação de pessoal incluíam a residência médica na área de atuação em neonatologia e também programas de especialização nesta área para médicos e enfermeiros. As unidades da RRJ não possuíam este tipo de vínculo e possuíam poucos alunos. Estes alunos contribuem na cobertura dos serviços assistenciais, tornando difícil a análise da disponibilidade de profissionais para o cuidado.

Se considerados somente os profissionais, os médicos plantonistas não eram exclusivos da UTIN, pois foi relatado que os mesmos devem assistir aos nascimentos e intervir em intercorrências dos RN nos alojamentos conjuntos em todas as unidades, o que não corresponde ao previsto na Portaria MS/GM 3432 (1998).

Em relação à quantidade de profissionais, a maioria das unidades (13 das 15), organizava a lotação das equipes para o conjunto de leitos de terapia intensiva e intermediária. Adotou-se o parâmetro estabelecido para lotação de profissionais para UTIN visando dar uma dimensão da relação profissional leito.

Para a RBPN a relação profissional/leito se aproxima do recomendado (1 profissional pra 10 leitos) quando os profissionais em capacitação foram incluídos. Esta relação foi relatada em 63% das unidades da RRJ e em 57% da RBPN.

Em relação à disponibilidade de enfermeiros, a relação de um enfermeiro plantonista para 10 leitos foi relatada em 38% das unidades da RRJ e em 43% da RBPN. A lotação de técnicos de enfermagem prevista para ser 3 profissionais para 10 leitos foi relatada por cerca de 70% das unidades de ambas as redes (Tabela 1).

A equipe médica e de enfermagem tinham a qualificação adequada e conforme com a Portaria MS/GM 332 (2000), ou seja, todas as unidades dispõem de parte significativa de seus médicos com especialização na área neonatal e para a enfermagem a portaria não faz exigência de especialização.

Tabela 1 - Distribuição das UTIN segundo as redes a que pertencem e segundo características descritivas de sua complexidade, volume assistencial e lotação de profissionais, 2009

Características	RJJ (N= 8)		RBPN (N = 7)	
	Nº	%	Nº	%
UTIN localizada em hospital geral	3	37,5	6	85,7
Complexidade da UTIN				
III A	2	25,0	0	0,0
III B	6	75,0	6	85,7
III C	0	0,0	1	14,3
Nº de Leitos UTIN				
<15	6	75,0	2	28,6
> = 15	2	25,0	5	71,4
Nº Nascidos Vivos por ano				
<2000	1	12,5	2	28,6
≥2000	7	87,5	5	71,4
% RN com PN < 1500g				
< 3	3	37,5	1	14,3
≥ 3	5	62,5	6	85,7
Relação plantonista staff por 10 leitos <sup>1</sup>				
<1	3	37,5	6	85,7
≥1	5	62,5	1	14,3
Relação plantonista staff e residente NEO por 10 leitos <sup>1</sup>				
<1	3	37,5	3	42,9
≥1	5	62,5	4	57,1
Relação do Enfermeiro staff por 10 leitos				
<1	5	62,5	4	57,1
≥1	3	37,5	3	42,9
Relação do Técnico de Enfermagem por 10 leitos				
< 3	2	25,0	2	28,6
≥3	6	75,0	5	71,4

1 - Médicos não são exclusivos da UTI/UI, atendem sala de parto.

## Perfil dos gestores

A maioria dos gestores das UTIN é mulher (79%) e entre os médicos da RBPN, os sexos se distribuem mais equitativamente. A maioria dos gestores tem mais de 40 anos de idade (74%), mais de 10 anos de prática profissional em neonatologia (92%) e estão em cargo de chefia há mais de cinco anos (51%) (Tabela 2).

A qualificação para o exercício da especialidade foi referida pela maioria expressiva dos chefes (84%). Por serem serviços universitários, os profissionais da RBPN, principalmente os médicos tinham adicionalmente títulos de doutorado. A qualificação específica para gestão, quer seja através de cursos de especialização ou atualização foi relatada por 40% dos gestores da RRJ e pelos médicos da RBPN. Dentre as chefias de enfermagem da RNPN, 55% referiu possuir tais cursos (Tabela 2).

Cerca de metade (57%) dos chefes relataram que seu contato com temas de gestão ocorreu em atividades de capacitação de curta duração como congressos, atividades dos próprios hospitais ou através de leitura selecionadas pelos profissionais. A valorização dos conceitos de gestão para seu cotidiano foi relatada por 64% dos chefes, concordando que o conhecimento de gestão auxilia em seu trabalho de chefia (Tabela 2).

Tabela 2 - Distribuição dos gestores entrevistados segundo as redes a que pertencem e características demográficas, tempo de prática de neonatologia, tempo como gestor da UTIN e qualificação para neonatologia e para gestão , 2009

Característica do Gestor	RRJ				RBPN				TOTAL	
	Médico (N=16)		Enfermeiro (N=14)		Médico (N=12)		Enfermeiro (N=11)		Nº	%
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%		
<b>Sexo</b>										
Masculino	4	25	1	7	6	50	0	0	11	21
Feminino	12	75	13	93	6	50	11	100	42	79
<b>Faixa etárea</b>										
<40 anos	3	19	6	43	0	0	5	45	14	26
40 - 49 anos	5	31	6	43	2	17	5	45	18	34
>= 50 anos	8	50	2	14	10	83	1	9	21	40
<b>Tempo de prática de neonatologia</b>										
<10 anos	1	6	1	7	0	0	2	18	4	8
10 - 19 anos	6	38	11	79	1	8	6	55	24	45
>= 20 anos	9	56	2	14	11	92	3	27	25	47
<b>Tempo como gestor da UTIN</b>										
<5 anos	6	38	7	50	3	25	6	55	22	42
5 - 15 anos	9	56	7	50	4	33	4	36	24	45
> 15 anos	1	6	0	0	5	42	1	9	7	13
<b>Especialização em Neonatologia</b>	13	81	12	86	12	100	7	64	44	83
<b>Capacitação para Gestão</b>	6	38	4	29	5	42	6	55	21	40

## Cotidiano de Gestão: a agenda do gestor da UTIN

### Junto à Direção do hospital

A estrutura gerencial se mostrou distinta entre as duas redes, sendo a função gerencial, docente e assistencial se apresenta combinada de diversas formas no contexto da RBPN. Somente dois médicos dos 7 serviços da RBPN relataram ter reconhecimento formal como chefe das unidades, enquanto 6 chefes de enfermagem reportaram esta condição. Há uma dupla vinculação

nestes hospitais: a gestão do hospital e a coordenação acadêmica da disciplina de pediatria ou neonatologia. Dentre as unidades da RRJ, aquelas vinculadas a SMS/RJ tinham uma estrutura de reconhecimento formal destes chefes, que havia sido instituída cerca de 1 ano antes da pesquisa.

A participação em reuniões gerenciais promovidas pelo hospital foi relatada pelos gestores de ambas as redes. Relataram que participavam de reuniões anuais ou semestrais para discutir o planejamento do hospital (74%), de reuniões periódicas com todas as chefias para discutir questões do hospital (74%). Mais freqüentemente os gestores dos hospitais da RJJ participaram destas reuniões (87%). As chefias de enfermagem relataram uma rotina de discussões com a chefia geral da categoria mais freqüente do que a verificada com o conjunto de chefias gerais do hospital ou com a direção geral.

O contato entre a direção e a UTIN, seja através de reuniões específicas com os chefes do serviço ou através de visitas, foi relatado muito mais freqüentemente pelos gestores da RRJ (em torno de 70%) do que pelos gestores da RBPN (em torno de 30%).

O cotidiano destes gestores foi caracterizado por múltiplas atividades para realizar o contato do serviço com a estrutura gerencial do hospital e no interior ao próprio serviço. Metade dos gestores relatou um gasto importante de tempo para o contato com a direção ou administração para solicitar melhorias ou manutenção das instalações, equipamentos e materiais para o serviço. O contato com a Direção para resolução de problemas do cotidiano ou para analisar os resultados da assistência ocupou de forma importante o tempo de cerca de 30% dos gestores e o planejamento de capacitação dos profissionais em torno de 15% (Tabela 3).

## No serviço

Na UTIN, as atividades assistenciais tais como cuidado direto ao paciente, contato com a família ou procedimentos para a transferência, foram relatadas como ocupando muito tempo de cerca de 30% dos gestores da RRJ e de 20% gestores da RBPN (Tabela 3).

A importância atribuída ao cuidado direto do paciente e ao contato com a família foi maior do que aos procedimentos de transferência, que foi considerado um procedimento que deveria acontecer de forma adequada na estrutura assistencial do serviço e do sistema local de saúde.

Dois gestores explicitaram a compreensão de que o cuidado realizado por eles pode possuir um simbolismo e contribuir para demonstrar a importância do cuidado e da qualidade para os profissionais do serviço, outros dois gestores abordam como um modo de saber o que acontece no serviço, ou seja, uma forma de monitorar a qualidade do cuidado e uma oportunidade para identificar questões relevantes e corrigir possíveis equívocos. Mas outros três gestores se posicionaram no sentido de que a necessidade de participar do cuidado muito frequentemente reduziria o tempo para exercer seu papel de coordenação do serviço, elaborar material para debater com a equipe, de buscar novos conhecimentos e “tempo para fazer as diretrizes” (Tabela 4).

O monitoramento do trabalho realizado através de revisão sistemática de prontuários ou de banco de dados, de discussão de casos e de reuniões para discutir o resultado da assistência foi considerado importante pelos gestores e figuraram entre as atividades com maior indicação de serem pertinentes ao papel de chefe, mas poucos gestores dedicam muito tempo a elas (20% a 48%). Os gestores da RRJ buscavam sistematizar as informações da assistência a partir da revisão de prontuários, já os da RBPN utilizavam bancos de dados. Os gestores do RRJ indicaram que dispõem de pouco acesso aos recursos de informática nos serviços.

O planejamento para implementação de diretrizes clínicas e a coordenação do serviço desenvolvido através de reuniões para organizar o trabalho também ocupa muito tempo de menos de 48% dos gestores e a maioria dos gestores (85%) considerou estas atividades como muito importante.

Tabela 3 - Posicionamento dos gestores em relação a sua agenda de trabalho, indicando o gasto de tempo e a importância das atividades desenvolvidas e segundo as redes a que pertencem, 2009

Atividades do Gestor	Percentual dos gestores que indicaram gastar muito tempo e atribuíram muita importância às atividades			
	RRJ		RBPN	
	Tempo	Importância	Tempo	Importância
<b>Assistência</b>				
Cuidado direto ao paciente	27	73	22	65
Atendimento à família p/ orientação do cuidado	37	87	17	70
Contato para providenciar a transferência de pacientes	37	53	9	43
<b>Gestão da Clínica</b>				
Reunião com a equipe p/ discutir processo de trabalho	43	87	48	83
Reunião equipe p/ discussão de casos	20	90	35	87
Reunião equipe p/ discutir os resultados da assistência	20	90	48	96
Análise da assistência através de revisão de prontuários	40	87	13	70
Análise da assistência através de bancos de dados	23	67	35	70
Realização capacitação da equipe	23	90	26	87
Planejamento para implementação de DC	20	90	48	87
Contato p/ coordenação da assistência	50	80	57	87
<b>Negociador junto à Direção e/ou Administração</b>				
Solicitar material e/ou medicamento	73	67	43	61
Solicitar aquisição e/ou manutenção de equipamentos	63	63	48	70
Solicitar melhorias nas instalações físicas	50	77	61	78
Reunião para resoluções de problemas do cotidiano	27	87	35	70
Reunião para análise dos resultados da assistência	27	87	26	74
Reunião p/ planejamento de capacitação dos profissionais	13	83	17	61
<b>Capacitação</b>				
Participação em eventos de capacitação ofertados pelo hospital e/ou nível central	27	87	13	78

Tabela 4 - Distribuição dos comentários livres dos gestores sobre temas de seu cotidiano

Temas	Nº	%
<b>Cuidado ao paciente</b>	<b>15</b>	<b>37</b>
Pode ter significado para equipe / Dar exemplo	2	
Importante para saber o que acontece na UTIN	2	
Chefe é também contado na assistência	3	
Ajuda a aproximar chefe da equipe e a implantar DC entre outros	2	
Pouco tempo, mas é importante	1	
Reveza na supervisão do cuidado e não faz assistência direta	5	
<b>Apagar incêndio nem sempre é o mais importante / tempo gasto para garantia da infraestrutura física, equipamentos e materiais</b>	<b>12</b>	<b>29</b>
Uso inadequado do tempo por causa do funcionamento inadequado dos serviços administrativos e de manutenção	9	
Não é importante para o papel de chefe mas tem que acontecer	1	
Não gasta muito tempo, contato ágil	1	
Tempo para esclarecer a DIR sobre as necessidades da UTIN	1	
<b>Gestão do Trabalho e Capacitação</b>	<b>8</b>	<b>20</b>
Gestão e organização do trabalho importante para o funcionamento da equipe	1	
Gasta muito tempo com questões emocionais dos profissionais	1	
Fazer escalas gasta muito tempo	1	
Gestor tem poucas oportunidades de capacitação	1	
Fazer capacitação dos profissionais	2	
Não faz capacitação dos prof. por falta de tempo	1	
Avaliação dos profissionais	1	
<b>Discussão com a equipe e monitoramento - importante para o papel de chefe</b>	<b>6</b>	<b>15</b>
Discussão com a equipe	6	
Monitoramento - banco de dados ou rev prontuários	5	
<b>Total</b>	<b>41</b>	<b>100</b>