

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS E HUMANAS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO E GESTÃO
PÚBLICA**

**IMPACTO DA IMPLANTAÇÃO DE UM PROTOCOLO
CLÍNICO DE CONDUTAS EM UNIDADES DE
INTERNAÇÃO DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO**

ARTIGO DE ESPECIALIZAÇÃO

Lucia Helena Backes Sallet

**Santa Maria, RS, Brasil
2011**

**IMPACTO DA IMPLANTAÇÃO DE UM PROTOCOLO
CLÍNICO DE CONDUTAS EM UNIDADES DE INTERNAÇÃO
DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO**

Lucia Helena Backes Sallet

Artigo apresentado ao Curso de Especialização em Gestão Pública da
Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para
obtenção do grau de
Especialista em Gestão Pública.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Clandia Maffini Gomes

**Santa Maria, RS, Brasil
2011**

IMPACTO DA IMPLANTAÇÃO DE UM PROTOCOLO CLÍNICO DE CONDUTAS EM UNIDADES DE INTERNAÇÃO DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

Resumo

As organizações hospitalares, especialmente aquelas voltadas ao ensino e pesquisa, com ênfase na formação e especialização multiprofissional, devem gerenciar capacidades dinâmicas a fim de combinar e integrar recursos que atendam as expectativas dos diferentes níveis funcionais. Este estudo teve como objetivo avaliar o impacto da proposta de implantação de protocolo clínico assistencial, na prática diária e como rotina, em unidades de internação hospitalar que assistem pacientes crônicos portadores de úlceras por pressão ou com risco de desenvolvê-las. Para tanto, realizou-se uma pesquisa do tipo *survey* com a aplicação de questionários junto a funcionários e estudantes do Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM). A amostra do tipo probabilística contou com 124 respondentes. Os resultados evidenciaram possibilidade de sucesso na implantação de protocolos clínico-assistenciais, com 89,6% de concordância (entre concordo parcialmente 29,58% e concordo plenamente 60,02%).

Palavras chave: Protocolos clínicos, gestão hospitalar, padronização e qualidade

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	5
2 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.....	6
3 DELIMITAÇÃO DO TEMA	13
4 MÉTODO DO ESTUDO	14
4.1 Instrumento de coleta de dados	14
4.2 Amostragem	15
4.3 Procedimento para análise dos dados	16
5 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	16
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	23
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	24
ANEXOS.....	29

1 INTRODUÇÃO

A organização hospitalar é marcada pela complexidade, tendo em vista a sua amplitude e missão, e também por ser composta por uma equipe multiprofissional com elevado grau de autonomia, destinada a assistência da saúde em caráter preventivo e terapêutico a pacientes em regime de internação. Os hospitais universitários são ainda mais complexos, tendo em vista que agregam práticas de ensino-aprendizagem e produção científica (AZEVEDO, 1993) As estruturas hospitalares antigamente voltadas apenas para o atendimento das exigências médicas, cada vez mais se voltam para a maneira como os serviços são prestados, considerando aspectos como a satisfação do paciente e qualidade do serviço (ANDRADE, 2000).

Os hospitais enfrentam um contexto de incertezas, no qual a complexidade das ações sofre constantes adaptações na gestão e tecnologia. A gestão hospitalar requer instrumentação técnica, e gestora, com capacitação contínua, construção de conhecimentos específicos como os protocolos clínico-assistenciais.

Os protocolos clínicos são processos padronizados, com base nas recomendações científicas. A Medicina Baseada em Evidências (MBE) determina a melhor forma de conduta para obtenção de um determinado resultado e dessa forma, estabelece as premissas para os protocolos clínicos. Por “melhores evidências científicas” entende-se o processo de pesquisa clinicamente relevante, a partir de estudos preferencialmente randomizados, duplo-cegos e multicêntricos, sobre métodos diagnósticos, poder de indicadores de prognósticos, eficácia e segurança de regimes terapêuticos, preventivos e reabilitadores. (SACKETT, 2003).

Segundo Drummond, Silva e Coutinho (2002), a palavra evidência é utilizada na MBE como um critério de maior certeza de determinados achados e opiniões, apoiado em dados e informações cuja análise é feita dentro de padrões previamente estipulados.

Existem ainda protocolos de organização dos serviços, que tratam da organização do processo de trabalho e exigem a definição do “que fazer”, de “quem fazer” e “como fazer”.

A possibilidade de implantar protocolos à rotina de trabalho depende de fatores indispensáveis como disponibilidade de tempo, grau de compreensão da importância destes instrumentos, tempo viável para a sua execução entre outros. Para Rocha (2004), a falta de motivação pessoal, a falta de tempo e recursos, dificulta a adoção e uso de protocolos.

Para que uma mudança implantada em uma instituição obtenha adesão e gere resultados satisfatórios é necessário o entendimento e envolvimento de todas as partes

atuantes no processo, e também da sua adequada implantação. A educação continuada é fator preponderante na gestão por processos.

Este estudo foi realizado nas unidades de internação que assistem pacientes com DCNT (Doença Crônica não transmissível): clínicas médica e cirúrgica, Internação Domiciliar, Pronto Atendimento, ambulatório de angiologia/ cirurgia vascular e UTI adulto, do Hospital Universitário de Santa Maria, envolvendo 152 indivíduos escolhidos de forma aleatória com o objetivo de avaliar o impacto da proposta de implantação de protocolo clínico assistencial, na prática diária e rotina, das referidas unidades

2 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Em meados de 1974 foram implantados os primeiros protocolos em unidades intensivas com o objetivo de padronizar o tratamento e se certificar de que nenhum detalhe importante seria omitido no diagnóstico do paciente. Contudo, somente ao fim de 1980, pressionados por mudanças que permeavam o mercado, os protocolos médicos foram de fato implementados (FIELD; LOHR, 1990; NOGUEIRA, 2003). A busca de evidências orientadoras de condutas constitui um movimento do qual um dos pioneiros foi David L. Sackett que, a partir de 1992, preocupou-se em difundir uma nova forma de atuar e ensinar a prática médica.

De acordo com a Sociedade brasileira de cardiologia (SBC, 2002), a prática de protocolos clínicos têm sido divulgada e apoiada no Brasil e em muitos países, tanto em instituições públicas quanto privadas. A disseminação de apropriação dos custos de procedimentos hospitalares e controle dos gastos aliada à busca pela qualidade dos serviços prestados têm despertado o interesse na construção de modelos de gestão fundamentados na conduta clínica adequada para o tratamento do paciente.

Neste contexto a literatura mostra duas correntes divergentes, uma favorável a adoção de protocolos clínicos, justificando um aumento e incremento da qualidade e redução dos custos com a padronização dos processos, defendida pelos autores Field e Lohr (1990); Archer (1997); Horn *et al* (1997); Shekelle (1997); E a corrente contrária a utilização dos protocolos, alegando fatores éticos, questionando sua eficiência e responsabilizando esta por ser um dos motivos pelo engessamento das práticas médicas é apoiada pelos autores Woolf *et al* (1999); Feder *et al* (1999); Haycox *et al* (1999). Nesta linha de opinião vimos também que para Straus & McAlister (2000) as limitações relacionadas à MBE partem da adequação dos

profissionais às novas habilidades e realidade de recursos limitados; avaliação do impacto destas evidências; concepções equivocadas da MBE que denigre a experiência clínica, ignoram os valores e preferências dos pacientes, promovem um “livro de receitas” para prática médica, servindo simplesmente para cortar custos e limitar-se à pesquisa clínica.

A tática gerencial dos custos hospitalares, mais utilizada atualmente, no meio clínico e administrativo é o **modelo de gestão por processos**, também chamado **modelo de gestão por protocolos**, permitindo controle dos custos, agrupamento dos procedimentos para análise, comparação da qualidade dos procedimentos com outros serviços concorrentes. Considerando que no contexto saúde, os recursos não são abundantes, os custos constituem grande importância e somente a sua contenção permitirá suprir demandas, além de implicar favoravelmente na qualidade.

A portaria nº 816, de 31/05/2005 instituiu o Comitê Gestor Nacional de Protocolos de Assistência, Diretrizes Terapêuticas e Incorporação Tecnológica em Saúde com o propósito de definir critérios para avaliação, aprovação e incorporação, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), de protocolos clínicos e assistenciais. (BRASIL, 2005)

A Medicina Baseada em Evidências (MBE) norteia e define o desenvolvimento dos protocolos clínicos, devendo considerar as seguintes fases: as **evidências, as vivências, a competência e a ética como elementos integrados** na prática de qualquer profissão na área da saúde (WERNECK, 2009).

Protocolos clínico-assistenciais como instrumentos de padronização dos processos de trabalho em saúde, constituem importante papel estratégico na Gestão Clínica, com o propósito de orientar os profissionais de saúde quanto às intervenções clínicas, fundamentadas na MBE, na avaliação tecnológica, visando garantia da qualidade do atendimento. (WHO, 2003; EDDY,1990)

Os consensos específicos de conduta orientam a melhor decisão a ser tomada, conferindo maior qualidade científica aos serviços de saúde. A adoção sistemática de protocolos gera indicadores de eficiência, análise de necessidades e construção de um conhecimento mais democrático e assim social.

“A elaboração e implantação de protocolos clínicos em um serviço de saúde proporcionam a qualificação de atendimento da rede de saúde, promovendo a padronização de condutas com embasamento científico consistente e atualizado, qualificando os sistemas de referência e contra-referência, capacitando os profissionais de atenção primária e especializada” (STEIN, 2005, p.28).

Destacando a integração de três elementos (evidências, habilidade clínica e valores dos pacientes), Sackett (2003) comenta que os profissionais e pacientes formam uma aliança diagnóstica e terapêutica que otimiza o resultado clínico e a qualidade de vida.

No corpo dos Protocolos Clínicos devem conter: introdução (incluindo a definição do problema), justificativa para o tema (epidemiologia do problema), algoritmo, descrição do manejo diagnóstico e terapêutico, vinculado ao algoritmo, bibliografia referida nas anotações e discussões (STEIN, 2005). Adicionalmente Coffey *et al.* (2005) descrevem os atributos dos protocolos médico - assistenciais e diretrizes clínicas no compartilhamento de expectativas e responsabilidades, e como incentivo a comunicação, que são:

- 1. Coordenação do cuidado: Na elaboração dos protocolos médico – assistenciais e equipes multiprofissionais abordam todos os aspectos dos cuidados; isto favorece a criação do compartilhamento de expectativas e responsabilidades, assim como incentiva a boa comunicação.

-2. Comunicação multidisciplinar: Tradicionalmente, a segmentação das especialidades médicas não considera ou partilha decisões e condutas com outras áreas determinando um ambiente pouco colaborativo e inconsistente, propício à variabilidade de atitudes e resultados; pode ainda determinar demora na execução dos procedimentos. Neste sentido, os protocolos médico - assistenciais incentivam a integração da equipe multidisciplinar a partir de uma linguagem comum codificada e legítima.

- 3. Variação dos processos e resultados: faz-se necessário reunir os profissionais e estabelecer um consenso sobre os padrões, que possam evitar a ocorrência de práticas não uniformes.

- 4. Educação: Os protocolos médico - assistenciais são instrumentos de educação para as equipes multidisciplinares e estudantes na relação com o plano terapêutico e expectativas dos resultados tanto de profissionais como de pacientes e familiares.

- 5. Cooperação: Estimulam a cooperação entre os vários profissionais para que metas da qualidade e da relação custo-benefício sejam alcançadas.

- 6. Recrutamento e retenção: favorecem inovações gerenciais, contribuirão para o clima organizacional e ampliam possibilidades de empregabilidade para as categorias.

- 7. Transparência para as fontes pagadoras e financistas: Como planos diagnósticos e terapêuticos são instrumentos transparentes de avaliação, comunicação e orçamento, utilizados para antecipar os custos e evidenciar a eficácia dos resultados. Vários estudos de diferentes países, inclusive o Brasil, demonstraram que as condutas baseadas em evidências são subutilizadas, apresentando três fatores como prováveis causadores: nível da evidência

científica; sistema de saúde e contexto da prática profissional (acadêmico versus não-acadêmico); e presença de facilitadores de adesão à boa prática. (Polanczyk, 2004)

Com a crescente importância da Medicina Baseada em Evidências (MBE), é importante determinar padrões para o processo de desenvolvimento e relatório das diretrizes/protocolos clínicos (WHO,2003). Esses instrumentos de normalização dos processos de trabalho em saúde, objetivo estratégico na Gestão da Clínica, têm como propósito orientar os profissionais de saúde quanto às intervenções clínicas, fundamentadas na MBE, na avaliação tecnológica, visando a garantia da qualidade do atendimento. EDDY (1990) Segundo Sackett *et al*, (1996) a discussão sobre *medicina baseada em evidências* começou no final dos anos 80, quando o termo passou a indicar a constante busca da aplicação das melhores evidências existentes para a definição da conduta aplicável a cada problema clínico identificado. Cabe salientar que a maior parte dos artigos e trabalhos científicos que abordam a importância do uso de *guidelines* (diretrizes) para tomada de decisão, nas áreas da saúde centram nas práticas clínicas, enquanto uma proporção menor de estudos discutem a aplicação de protocolos aos processos de gestão.

A geração de protocolos de serviço conduz para indicadores de eficiência, verificando e analisando as necessidades, para a construção do conhecimento compartilhado. (BELLONI, 2003) Outro estudo, onde Magalhães *et al* (2009) mostraram acordar para a utilização de protocolos na gestão hospitalar. A investigação sobre a percepção médica quanto a adoção dos protocolos clínicos evidenciou que 68,42% dos entrevistados consideraram os protocolos um modo seguro de tomada de decisões e 60,52% julgaram que estes reduzem a possibilidade de erros, o que corrobora com os objetivos de sua criação, uma vez que são uma forma estruturada de suporte do manejo técnico com estratégias que permitem padronizar as diretrizes clínicas na abordagem das doenças, minimizar erros, ampliar as escolhas terapêuticas e melhorar a prática clínica (ATALLAH, 2002; GRIMSHAW e RUSSEL, 1993).

A utilização de protocolos, desprovida de avaliação, acompanhamento gerencial sistemático e revisões científicas periódicas, constitui significativo risco de se produzir um processo de trabalho pobre e desestimulante, em que planejamento e avaliação não acontecem e em que, para gestores e trabalhadores, não há lugar para a renovação e a inovação (WERNECK, 2009).

Embora protocolos clínico-assistenciais sejam adotados e gerados para padronizar processos, ESCRIVÃO Jr. A. (2006), adverte sobre a necessidade de distinguir duas variáveis de interesse clínico-operacional: “**impacto das evidências**” nos resultados das organizações da “**utilização das evidências**” no processo de tomada de decisão, pois as decisões com base

em uma mesma evidência científica podem apresentar diferentes resultados em diferentes contextos. Isto ocorre em pesquisas clínicas ao admitir diferentes interpretações, como também em “processos de tomada de decisão baseada em evidências” (*evidence-based decision-making*) ser afetado por múltiplas outras variáveis além da própria evidência.

Equipes interdisciplinares que compõem os serviços de Avaliação Tecnológica em Saúde (ATS) fornecem subsídios para a elaboração de diretrizes abrangentes (evidências e tecnologias em condições clínicas complexas). Segmentos da ATS coordenam as ações de implementação e reformulação dessas diretrizes nos serviços de saúde pública em países Europeus e Canadenses. (SILVA, 2003) Na opinião de Archer (1997), a capacitação das equipes que lidam com o paciente (incluindo médicos, estudantes e corpo técnico), é o melhor caminho para a implantação dos protocolos. Neste sentido o papel preponderante da gestão é fazer com que a maioria dos profissionais se sinta motivada para colaborar na elaboração, acompanhamento e avaliação dos protocolos de serviço e eleger o melhor caminho terapêutico à cada caso. Uma vez implantados, devem receber atualizações periódicas, através de estudos, pesquisas de base científica, que assegurem resolutividade na linha do cuidado. Para Audent (1990), este processo requer um consenso prévio sobre da seleção dos melhores métodos, desenvolvimento e aplicação das diretrizes, onde se deve avaliar: o conteúdo, o impacto no comportamento profissional, os resultados esperados (para a empresa e clientes) e os custos (de processos e resultados) da linha do cuidado.

Os aspectos autonomia e tomada de decisão na gestão dos processos, Bittar (2004) atenta para a interferência e influência de grupos externos de pressão, a exemplo da indústria de equipamentos e insumos hospitalares, que interferem na cultura organizacional, provocando mudança comportamental entre os profissionais, no relacionamento com os pacientes e com o público em geral. Esta influência pode ainda interferir na autonomia da empresa, pois os insumos e equipamentos hospitalares provocam dependência tecnológica e científica, limitando a criatividade nos serviços.

Na gestão estratégica o papel do conhecimento fundamenta-se no desenvolvimento da construção de protocolos clínico-assistenciais que sirvam de núcleo de interesse entre profissionais da saúde e operadoras de planos de saúde, tornando-os parceiros através do compartilhamento de idéias, sejam elas a estrutura, processos ou resultados (TEECE, PISANO e SHUEN; 1997). Para Sanchez e Heene (1997) a gestão do conhecimento deve promover meios que facilitem a articulação e a codificação do conhecimento, favorecendo a sua apreensão por grupos afins dentro e fora da empresa, mas controlando para que empresas

rivais não se apoderem desse conhecimento. Estes autores trazem à tona a necessidade de preservação estratégica de certos conhecimentos.

Os indicadores e informações são utilizados como comparativo nas organizações de saúde, conferindo superioridade e vantagem competitiva, por meio de processos, práticas ou medidas de desempenho. As informações obtidas nos hospitais consistem em indicadores clássicos de movimento hospitalar. No entanto os sistemas de informações gerenciais implantados ainda são pouco valorizados e possuem pequena familiaridade para os níveis gerenciais. Um estudo de Malik & Teles (2001) mostrou que somente 23% dos hospitais do Estado de São Paulo promovem iniciativas para a melhoria de qualidade das informações.

O sistema de comunicação interna e externa, bem como o comprometimento das pessoas são fatores preponderantes para o sucesso dos processos. Portanto, a empresa precisa, comunicar-se com a comunidade, com o cliente, com os agentes governamentais, com os fornecedores, e com outras organizações. A utilização de indicadores (informações sobre produção e situação dos serviços) é a forma mais adequada de divulgação de produção das empresas. (CARDOSO, 2006)

Ao retomarmos o tema gestão e qualidade de serviços, a busca pela qualidade não se limita apenas aos envolvidos na aplicação dos processos padronizados, mas os profissionais dos vários serviços. Dentre os serviços hospitalares, abordamos particularmente os serviços de alimentação como diferencial de qualidade interinstitucional, dada a atual visão da dieta hospitalar ampliada e adaptada às tendências da gastronomia. Converter a prescrição dietética com as restrições alimentares em refeições atrativas é um desafio à gestão dos serviços, que requer aprimoramento técnico e assistência nutricional individualizada. A dietoterapia aliada à gastronomia hospitalar serve de instrumento para amenizar as restrições alimentares e agradar aos olhos e ao paladar. Em meio a este contexto, o objetivo é a aceitação da refeição como prevenção da desnutrição hospitalar, que deve fazer parte do cuidado implícito na rotina.

A desnutrição hospitalar é associada ao aumento da morbidade e mortalidade, tempo e custos hospitalares. Diferentes fatores colaboram para a desnutrição na população hospitalizada. Mesmo que bem estabelecidos os indicadores de diagnóstico do estado nutricional e considerada a evolução dos estudos sobre a intervenção nutricional, sobretudo por via enteral e parenteral, ainda é escasso e pouco documentado os meios pelos quais mudanças na qualidade da alimentação hospitalar podem impactar na prevenção e redução da desnutrição hospitalar. É necessário o registro sistemático das ações nutricionais (anamnese alimentar, avaliação nutricional, evolução de condutas dietéticas e resultados, consumo alimentar, via de alimentação), pois a carência de informações nutricionais em prontuário,

remete aos demais profissionais da unidade (enfermeiros, copeiros, alunos, médicos e residentes) o não reconhecimento as competências e importância da assistência nutricional no processo do cuidado e parte importante da gestão hospitalar.

Elenca-se particularmente a questão nutricional por ter papel interveniente nos vários processos terapêuticos, adicionalmente os custos consideráveis da desnutrição relacionada à doença, para pacientes, empresas hospitalares e sociedade, gerando necessidade de adotar meios efetivos, **baseados em evidências**, para prevenir e tratar esse problema.

Na contextualização dos protocolos, percebe-se a importância dos registros e indicadores referentes ao consumo alimentar. Por estar comumente associado a fatores intervenientes como: anorexia, iatrogenia, intolerâncias, alterações neurológicas e comprometimento cognitivo..., que representam risco de desnutrição e complicações associadas. Alguns estudos realizados no Brasil e América Latina IBRANUTRI/ ELAN (2001, 2003) revelam 35,5% a 37,6% de pacientes grave ou moderadamente desnutridos na internação hospitalar.

O National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE 2009) publicou orientações para a redução de custos dos serviços de saúde, entre estas a atenção nutricional. O NICE comenta:

“Se as diretrizes fossem totalmente implementadas e resultassem em pacientes mais **bem nutridos**, isso levaria a uma redução das complicações como infecções, úlceras por pressão, deiscência de anastomose entre outras e reduziriam o número de internações, o tempo de permanência hospitalar, menor demanda de consultas médicas e indicação de economia significativa” (NICE, 2009).

A construção de protocolos exige investimentos por parte da empresa. Fatores como tempo, custos, recurso humano e intelectual devem ser disponibilizados. A falta de tempo tem sido fortemente implicada como fator crítico na implantação dos protocolos hospitalares. (OPAS, 2004) Também constituem fatores adversos ao processo: inabilidade tecnológica no registro sua produção diária, acesso limitado à informação, sobrecarga de trabalho, desinteresse com o problema, discordância da uniformidade por implicar na criatividade individual, questões estas norteadoras do presente estudo.

Inovações levam tempo para ser difundidas e se tornarem bem estabelecidas na prática clínica. Seja qual for o nome que se dê a essa nova prática, mudança ou não de paradigma, ao retomar a menção de Wallace & Leipzig (1997): A Medicina Baseada em Evidências pode provocar entusiasmo e intensa implementação em alguns, enquanto noutros resistência e uma direta hostilidade. Até o momento, é tida como ciência em desenvolvimento, e sua influência

na prática e nas diretrizes de saúde está crescendo. A Medicina Baseada em evidências parece ter vindo para ficar”.

Tem-se observado a crescente influência da Medicina Baseada em Evidências (MBE) e geração de protocolos de serviço, tanto na prática clínica como na educação médica. Esta tem sido objeto de intenso debate por parte de educadores, clínicos e administradores de instituições de saúde. Esta influência se faz perceber em nosso ambiente, pela própria característica da instituição de ensino e disseminadora de conhecimento.

Este estudo avaliou o impacto e percepção da proposta de implantação de protocolos de serviço em seis unidades de internação do HUSM: Clínicas Médica e Cirúrgica, Pronto Atendimento, UTI adulto, Ambulatório de angiologia, Serviço de Internação Domiciliar. Os dados foram coletados através da resposta a questionário com 28 questões objetivas. O referido questionário foi distribuído a 152 indivíduos sorteados aleatoriamente, incluídos na pesquisa mediante assinatura de termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE). A coleta dos dados aconteceu entre julho e agosto de 2011 donde se obteve um retorno de 124 questionários 81,58%.

3 DELIMITAÇÃO DO TEMA

O estudo tratou sobre o impacto e percepção da implantação de protocolos de serviços (clínicos e assistenciais) em uma organização hospitalar de ensino público. Buscando avaliar como são compreendidos os processos de estruturação das diretrizes clínicas, padrões assistenciais de diagnóstico e tratamento conforme as recomendações científicas.

Antes de se iniciar a pesquisa, a percepção com relação à gestão por processos ou protocolos, era de que não havia conhecimento básico sobre o assunto, entre os profissionais dos serviços envolvidos. Esta investigação buscou entender o processo como forma especial da gestão hospitalar, com pessoas envolvidas e resultados a serem obtidos. Foi averiguada a percepção da construção dos protocolos e diretrizes quanto às relações no ambiente, estrutura organizacional, e relação estratégica de gestão clínico-assistencial, como processo gerencial estratégico conseqüente a essa construção.

Embora permitisse uma avaliação parcial da capacidade gerencial da organização, a pesquisa não investigou a percepção dos clientes, consumidores e empresas operacionalmente ligadas a ela (organização hospitalar), sobre o processo estratégico e as demais constituintes

dos protocolos clínico-assistenciais (como são criados, quais os segmentos funcionais envolvidos, como se dá a sua integração aos serviços).

As abordagens acima oportunizam ao leitor, uma melhor contextualização das idéias e tratados deste trabalho.

4 MÉTODO DO ESTUDO

A presente pesquisa caracteriza-se quanto a sua natureza como quantitativa, que permite a mensuração de um dado ou evento através de uma amostra que o represente. Segundo Staw (1977) a pesquisa quantitativa é apropriada para avaliar grandes amostras em grandes organizações. Este método recomenda a utilização de questionários estruturados com perguntas fechadas, para uma coleta de dados precisos e uniformes. A natureza quantitativa exige cálculo da margem de erro para o grau de confiança que se pretende dar à pesquisa. O estudo foi conduzido a partir do método *survey*. De acordo com Babbie (1999), os estudos *survey* são realizados para permitir enunciados descritivos sobre uma população.

4.1 Instrumento de coleta de dados

O estudo foi realizado nas unidades de internação do Hospital Universitário de Santa Maria, que assistem exclusivamente pacientes com DCNT: Clínicas Médica e Cirúrgica, Pronto Atendimento, UTI adulto, Ambulatório de angiologia/ cirurgia vascular, Serviço de Internação Domiciliar. A opção de escolha por estas unidades clínicas partiu da própria característica, ou seja, tratamento e acompanhamento prolongados e complicações secundárias freqüentes, em que a adoção de medidas uniformizadas pudessem trazer benefícios.

Para a coleta de dados **foi utilizado** um questionário composto por 28 questões fechadas, de múltipla escolha, divididas em 5 blocos **de abordagem diferenciada sobre o tema - protocolos clínico - assistenciais**. O questionário utilizado nesta investigação foi adaptado dos moldes extraídos de um estudo desenvolvido no Programa de Pós Graduação da UFRGS, Protocolos Clínicos: Adesão e Aplicabilidade numa Instituição Hospitalar (Mahmud SDP, 2002)

O instrumento deste estudo teve opções de resposta fechada, conforme a concepção do respondente, variavam em uma escala de 0 (zero) a 3 (três), na qual 0 (zero) correspondia a discordo totalmente, um (1) discordo parcialmente, dois (2) concordo parcialmente e três (3) concordo totalmente. Os blocos temáticos contemplaram os seguintes aspectos: conhecimento e utilização de protocolos clínicos na prática hospitalar; possíveis benefícios esperados com a implantação do referido instrumento clínico; concepção do instrumento como parte do processo de qualidade e gestão dos serviços, importância do registro sistemático como atividade adicional às executadas em sua rotina atual; perspectivas quanto a resultados, satisfação do usuário, custo efetividade dos processos; possíveis fatores críticos quanto ao protocolo e operacionalização do instrumento.

O instrumento de coleta foi submetido a uma sub-escala de avaliação de vários profissionais para verificar sua aplicabilidade e validação.

Esta pesquisa foi realizada dentro dos parâmetros contidos na Resolução nº. 196/ 96 do Conselho Nacional de Saúde/ Ministério da Saúde, que dispõe sobre estudos envolvendo seres humanos. Foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM, Certificado de Apresentação para Ética e Pesquisa (CAAE) nº 0153.0.243.000-11, em 13/07/2011. Este estudo foi registrado junto a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) pelo nº 433811.

4.2 Amostragem

Após o levantamento do total de servidores das unidades de estudo, evidenciou-se que a população alvo do estudo consistia em 250 indivíduos. Para cálculo da amostra, considerou-se nível de confiança de 93%, com possibilidade de erro de 7%; optando-se por cálculo de tamanho da amostra proporcional. O cálculo do tamanho de uma amostra probabilística revelou n de 111 (cento e onze) profissionais necessários para representação estatística do estudo. Compuseram a amostra médicos residentes médicos, e residentes multiprofissionais, enfermeiros, fisioterapeutas, assistentes sociais, fonoterapeutas, farmacêuticos, técnicos de enfermagem, médicos preceptores, médicos contratados, nutricionistas selecionados por sorteio aleatório. Os profissionais sorteados foram convidados a participar do estudo e esclarecidos sobre os propósitos do mesmo, *admitidos mediante preenchimento do TCLE* (Termo de Consentimento Livre e Esclarecido). Aos participantes foi assegurado total anonimato das informações disponibilizadas e liberdade para se desvincular da pesquisa, sem

quaisquer prejuízos, em qualquer momento ou fase da mesma. A coleta dos dados foi realizada entre 15 de julho e 30 de agosto de 2011, através de questionários distribuídos individualmente aos 152 sujeitos sorteados aleatoriamente nas escalas de serviço das unidades de estudo, fixando-se o prazo de cinco dias úteis para a devolução dos mesmos.

4.3 Procedimentos para análise dos dados

O experimento foi conduzido no delineamento inteiramente casualizado em arranjo fatorial (4x28) sendo os fatores constituídos por alternativa de resposta (1, 2, 3 e 4) e pergunta.

Os dados coletados foram submetidos ao teste de Lilliefors ($P < 0,05$), sendo em seguida, submetidos à análise de variância (ANOVA, $P < 0,05$ e $P < 0,01$). De acordo com a significância, as médias foram comparadas pelo teste de Duncan ($P < 0,05$). Utilizou-se o pacote estatístico SAS versão 9.1 para os procedimentos estatísticos.

5 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Foram distribuídos 152 questionários, sendo que, os indivíduos foram selecionados por sorteio aleatório nas escalas de serviço das unidades de investigação. Obteve-se um retorno de 124 questionários (81,58%). Este índice de retorno pode ser considerado elevado, dada a dificuldade de obtenção de resposta em pesquisas dessa natureza. Os autores especializados avaliam como significativos os índices superiores a 25%. Quanto às características, 92 (74,2%) apresentaram nível técnico superior, e 33 (26,6%), técnico médio. A maior representatividade da amostra, quanto à área de atuação, 57,26% foi composta por profissionais da enfermagem.

A seguir são apresentados os resultados do presente estudo, em números percentuais, na forma de tabela fragmentada em blocos temáticos, considerando-se as seguintes temáticas: conhecimento e utilização de protocolos clínicos na prática hospitalar; possíveis benefícios esperados com a implantação do referido instrumento clínico; concepção do instrumento como parte do processo de qualidade e gestão dos serviços, importância do registro sistemático como atividade adicional às executadas em sua rotina atual; perspectivas quanto a resultados, satisfação do usuário, custo efetividade dos processos; possíveis fatores críticos quanto ao protocolo e operacionalização do instrumento.

A possibilidade de sucesso na utilização de protocolos como ferramenta de gestão hospitalar foi evidenciado pelos níveis de concordância por parte da maioria dos participantes, 89,6% (29,58 de concordância parcial e 60,02% de concordância plena).

A **Tabela 1** contém as questões referentes ao primeiro bloco temático do questionário, que trata do **nível de conhecimento, entendimento operacional e gerencial, e aplicabilidade dos protocolos**. O resultado geral neste segmento da pesquisa evidenciou concordância da maioria dos respondentes 97,2% para apenas 2,8% de discordância; embora na relação confiabilidade do cliente e diferencial de gestão tenha revelado menor concordância em relação aos demais. A maioria dos profissionais mostrou compreender os protocolos, como ferramentas estratégicas que conferem boas práticas de qualidade e confiabilidade ao usuário em relação aos serviços da instituição. As instituições que incorporam a política de gestão por protocolos em sua maioria estão satisfeitas. Segundo Sackett *et al* (1996), a utilização conscienciosa e judiciosa das melhores evidências ao tomar uma decisão no atendimento a um paciente é a própria definição de Medicina Baseada em Evidências (MBE). Observou-se que uma menor parcela dos respondentes concorda parcialmente com geração de protocolos a partir da necessidade dos serviços. Ressalta-se aqui, que a necessidade do protocolo nasce no serviço, implica na percepção e participação dos profissionais de propor mudanças, em reorientar o processo de trabalho, devendo ser discutido em equipe desde a origem até a implantação e avaliação do processo.

TABELA 1 – **Bloco 1:** Nível de conhecimento, entendimento operacional e gerencial, e aplicabilidade dos protocolos

	Variáveis	Discordo totalmente	Discordo parcialmente	Concordo parcialmente	Concordo totalmente
1	Protocolos como conceito: diretrizes, critérios e demais ações estabelecidas para obtenção de determinado resultado.	0,80c	2,40c	16,80b	80,00a
2	A construção de protocolos deve possibilitar o envolvimento de todos os níveis funcionais, da elaboração à aplicação para obter maior adesão e comprometimento.	1,60c	0,80c	12,80b	84,80a
3	Os protocolos são gerados a partir das necessidades dos serviços para melhorar as condutas e minimizar as falhas.	0,80c	0,80c	20,00b	78,40a
4	Protocolos conferem um diferencial à gestão das práticas, garantindo dignidade e confiabilidade aos clientes	0,80c	3,20c	28,00b	68,00a

*Nas linhas, médias seguidas por mesma letra não diferem significativamente pelo teste de Duncan, ao nível de 5% de probabilidade de erro.

Na **tabela 2** foram abordados os temas: **padronização, resolutividade e confiabilidade dos processos, efetividade prática, produção de conhecimento e aperfeiçoamento da equipe**, obteve-se discreta desigualdade quanto à padronização dos processos compreendida como forma de conduta engessada e comprometedora da criatividade

profissional. Esta adversidade é relatada na literatura como fator crítico freqüente na discussão de MBE, bem colocada por Straus & McAlister (2000) quando afirma que para muitos profissionais, os protocolos são como um livro de receitas, caracterizando um paraíso de burocratas. Embora estas ferramentas assumam uma prática mais rígida, calcada na padronização com vistas ao controle de custos, Woolf *et al* (1999) afirmam que os profissionais podem se beneficiar da padronização dos processos por obterem maior controle sobre o cuidado de seus pacientes resultando em melhor qualidade na assistência.

A geração de estresse e sobrecarga de atividades na utilização de protocolos, teve concordância parcial de 44% e concordância plena de 23,20% dos respondentes, O nível mais elevado de discordância da pesquisa foi evidenciado neste item, com 12% de discordância plena e 20,8% de discordância parcial: 32,8% de discordância. Quanto à essa nova prática, mudança ou não de paradigma, a afirmativa de Wallace & Leipzig (1997) sobre a MBE provocar entusiasmo, transformação e resistência é pertinente. Contudo, até o momento, ela é uma ciência em desenvolvimento, e sua influência na prática e nas diretrizes de saúde está crescendo. A Medicina Baseada em Evidências parece ter vindo para ficar.

A MBE como ferramenta de gestão, promoção de conhecimento, aperfeiçoamento, que se reflete no consumidor, resultou na concordância parcial de 46,4% e concordância plena de 45,6%, sensivelmente menor. Observa-se neste dado, uma familiaridade ínfima com estes recursos, uma vez que a geração e gestão dos protocolos clínico-assistenciais, quando da sua construção, promovem conhecimentos que dão origem aos padrões assistenciais de atendimento. (TEECE, PISANO e SHUEN; 1997). Coffey *et al* (2005) afirmam que a construção e implementação de diretrizes e protocolos são a criação de parte significativa do conhecimento técnico e atualizado da organização. Para estes autores, estes recursos são a melhor compreensão dos processos na geração, identificação, validação, disseminação, compartilhamento e uso dos conhecimentos estratégicos, revertem em resultados para a empresa e benefício para os colaboradores.

TABELA 2 – **Bloco 2:** Padronização, resolutividade e confiabilidade dos processos, efetividade prática, produção de conhecimento e aperfeiçoamento da equipe.

	Variáveis	Discordo totalmente	Discordo parcialmente	Concordo parcialmente	Concordo totalmente
5	A padronização na gestão da qualidade estimula a criatividade e participação da equipe, promovendo melhorias constantes.	0,80b	8,80b	41,60a	48,80a
6	Os protocolos bem desenhados promovem: envolvimento nas fases de construção; aperfeiçoamento, resolutividade e tomada de decisão..	0,00c	2,40c	29,60b	68,00a
7	A adoção de protocolos aumenta o estresse diário por representar sobrecarga operacional	12,00c	20,80b	44,00a	23,20b
8	A padronização permite noção detalhada de cada procedimento realizado com o paciente e possibilita	0,80c	1,60c	36,80b	60,80a

	monitoramento dos resultados.				
9	O uso dos protocolos nos serviços hospitalares produz conhecimento à prática que converte em maior clareza e confiança aos beneficiados.	2,40b	5,60b	46,40a	45,60a

*Nas linhas, médias seguidas por mesma letra não diferem significativamente pelo teste de Duncan, ao nível de 5% de probabilidade de erro.

A **tabela3** discorreu sobre **padronização e geração de indicadores de produção, aplicabilidade na gestão dos custos, suporte técnico e clínico, tomada de decisão e autonomia, promoção de ações multiprofissionais** entre outros co-relacionados.

Os resultados mostraram pequenas divergências, dadas, possivelmente, a maior abrangência dos temas relacionados. A relação custo-efetividade e qualidade quando da adoção de protocolos obteve concordância de 63% e paralelos 29% de concordância parcial. Este resultado converge com a opinião de Coffey et al (2005) que o desenvolvimento de diretrizes clínicas e protocolos clínico-assistenciais hospitalares resultam em menor tempo de internação e conseqüentemente redução dos custos associados. A relação com eficiência e qualidade, é vista também pelo interesse na metodologia epidemiológica, avaliação de sistemas, serviços, programas e ações de saúde conforme comentado na pagina 9, por Lemieux e Champagne (2004).

No tema relativo à tomada de decisão, ações multiprofissionais e autonomia com a implantação dos protocolos, houve concordância de 80,4% dos opinantes para 18,25% significativos de discordantes. Os achados podem ser atribuídos à falta de envolvimento inter profissional nas ações, fator crítico tanto para a tomada de decisão quanto para autonomia, por manter relação de dependência do conhecimento não compartilhado, ou interpretação equivocada das questões, uma vez que os hospitais possuem caracteristicamente uma consciência organizacional definida, capaz de trabalhar e crescer coletivamente. ESCRIVÃO Jr. A. (2006), refere que a que tomada de decisão pode sofrer interferências e gerar diferentes interpretações, fato que pode ter interferido no resultado obtido. Com relação ao ensino-aprendizado, de acordo com OPAS (2004), é importante entender o aprendizado coletivo e o papel pessoal, para que as ambições individuais estejam em sintonia com as metas organizacionais. A qualidade somente merece importância na medida em que proporciona menores custos e maior satisfação da população.

As questões elencando geração de indicadores, padronização das ações e suporte clínico por meio de protocolos, obtiveram concordância de 96,3% dos entrevistados. Estes achados caracterizam grande possibilidade de sucesso na padronização por processos quando da sua implantação. Aos dados evidenciados mencionamos a importância de utilização de protocolos clínico-assistenciais torna-se visível ao nos depararmos com serviços onde este

inexiste. Para Belloni, (2003) conforme descrito na pagina 8, os protocolos conduzem para indicadores de eficiência, elaborados conforme as necessidades da empresa. Os objetivos de sua criação, asseguram suporte ao manejo técnico, com estratégias que permitem padronizar as diretrizes clínicas na abordagem das doenças, reduzir os erros ampliar as escolhas terapêuticas e melhorar a prática clínica (ATALLAH, 2002; GRIMSHAW e RUSSEL, 1993).

TABELA 3 – **Bloco 3:** Padronização e geração de indicadores de produção, aplicabilidade na gestão dos custos, suporte técnico e clínico, tomada de decisão e autonomia, promoção de ações multiprofissionais

	Variáveis	Discordo totalmente	Discordo parcialmente	Concordo parcialmente	Concordo totalmente
10	Os protocolos consideram os serviços interligados, o perfil epidemiológico e custo-efetividade em todas as etapas de sua geração	1,60c	7,20c	31,20b	60,00a
11	A adoção de protocolos permite a participação multiprofissional nas decisões terapêuticas.	5,60c	15,20b	43,20a	36,00a
12	A falta de protocolos gera retrabalho, trabalho fragmentado, falta de padronização e dependência de insumos clínicos.	2,00c	16,40b	38,80a	42,80a
13	O processo do cuidado requer atenção alimentar como indicador de qualidade e prevenção de complicações associadas ao tratamento.	0,80c	1,61c	27,41b	70,18a
14	Os protocolos promovem utilização adequada de tecnologias e previnem o uso inadequado de recursos financeiros.	6,40c	6,40c	28,00b	59,20a
15	A padronização de ações preventivas de risco para lesões de pele têm mostrado melhores resultados no tratamento e diminuição de co-morbidades.	0,00c	6,40c	30,40b	63,20a
16	A desnutrição na etiologia das úlceras por pressão é bem demonstrado na literatura. A repleção nutricional consiste de medidas interdisciplinares do cuidado e maior eficiência do tratamento	1,60c	0,80c	16,80b	80,80a
17	A gestão por protocolos orienta a alocação e gestão adequada dos recursos, cuja combinação resulta em probabilidade de melhores resultados (assistenciais e econômicos).	1,60c	1,60c	27,20b	69,60a

*Nas linhas, médias seguidas por mesma letra não diferem significativamente pelo teste de Duncan, ao nível de 5% de probabilidade de erro.

A **tabela 4** contempla a **utilização dos protocolos na comunicação e visão interna e externas, relação com o cliente, relação com a educação, disseminação de novas práticas e motivação**. Na maioria dos itens foi percebida posição favorável pela implantação de protocolos de serviço. Os temas ensino, educação, práticas e motivação, obtiveram média a de 80,5% de concordância. A constante e crescente reformulação na gestão estratégica das instituições de saúde, que estimula as percepções voltadas à competição inter-empresarial e a busca pela sustentabilidade, podem explicar este resultado parcial da pesquisa (Figueiredo, 2005).

Um fator crítico de sucesso para a padronização foi constatado na visão interna e estratégica da instituição (mencionando-se o *know-how* produzido), apresentando expressivos 28% de discordância, ainda que para 71,4% de opinantes houve concordância. Este evento pode ter relação com a incompreensão do termo utilizado na referida questão (*know-how*) ou

erro de interpretação sobre importância da competitividade como vantagem estratégica da empresa. Sobre este assunto: saber como ou know how Sanchez e Heene referem entre outras questões, (página 9), ser papel do *know-how* de gerenciar o conhecimento obtido na construção dos protocolos o grande diferencial competitivo, que deve ser controlado pela empresa que o detém. A visão negativista sobre a estratégia competitiva, por parte dos entrevistados, pode estar atrelada às vivências de situações gerenciais de ordem externa; pois segundo Bittar (2004), influências externas podem interferir na autonomia da empresa, uma vez que insumos e equipamentos hospitalares provocam dependência tecnológica e científica, limitando a criatividade nos serviços.

O aspecto comunicação (comunicação externa-cliente e comunicação interna-organização) obteve a concordância da maioria dos participantes, 94,4%, enquanto 4,3% discordaram em algum grau. A literatura retrata a comunicação como fator crítico na gestão estratégica das organizações, pela complexidade e abrangência. Sem uma comunicação saudável na empresa, fatalmente seus objetivos e prioridades não serão claros.

TABELA 4 – **Bloco 4:** Utilização dos protocolos na comunicação e visão interna e externa, relação com o cliente, relação com a educação, disseminação de novas práticas e motivação.

	Variáveis	Discordo totalmente	Discordo parcialmente	Concordo parcialmente	Concordo totalmente
18	O <i>know-how</i> , na construção de protocolos, torna-se vantagem estratégica competitiva, de ordem interna, de difícil imitabilidade;	12,00b	16,00b	38,40a	33,60a
19	O objetivo de um protocolo é a sistematização das informações e conhecimentos para ações e práticas clínicas seguras.	0,80c	2,41c	20,16b	76,63a
20	Em hospitais-escola os protocolos são ferramentas de ensino, modelos de crescimento multiprofissional em serviços de saúde.	1,60c	1,60c	17,60b	79,20a
21	Os protocolos facilitam a escolha e sistematização das ações. Este processo beneficia os clientes e a equipe de profissionais de saúde.	0,00c	0,80c	13,60b	85,60a
22	Os protocolos hospitalares objetivam traduzir com clareza e confiança a complexidade dos seus recursos aos usuários.	0,80c	4,80c	40,80b	53,60a
23	Os protocolos devem traduzir com precisão as orientações das ações e decisões da equipe, preservando as rotinas.	2,40c	5,60c	38,40b	53,60a
24	São características dos protocolos: aprendizagem organizacional; uso racional dos recursos disponíveis, menor probabilidade erros.	0,00c	2,40c	29,60b	68,00a

*Nas linhas, médias seguidas por mesma letra não diferem significativamente pelo teste de Duncan, ao nível de 5% de probabilidade de erro.

A **Tabela 5** elenca situações simuladas às quais a instituição (no caso HUSM) poderia experimentar com a adoção de protocolos de serviço. Os pontos temáticos foram **margem de erros, eficiência aliada ao tempo, racionalização para melhor resultado, lucratividade, aperfeiçoamento e fortalecimento da equipe**. As opções se mostraram positivas, para a

maioria dos respondentes, numa representatividade de 94,4%, e 5,4% de discordância. Este segmento da pesquisa evidenciou maioria de opinantes favoráveis a padronização dos processos por meio de protocolos. Os achados podem ser explicados quando nos reportamos aos estudos de Coffey *et al.* (2005) ao observarem que o desafio para diminuir o tempo de hospitalização, e conseqüentemente os custos agregados, é motivação chave para o desenvolvimento de protocolos assistenciais. Para fins gerenciais chamam a atenção para os atributos compartilhados dos protocolos clínico-assistenciais, vistos na página 7.

TABELA 5 – **Bloco 5:** Margem de erros, eficiência aliada ao tempo, racionalização para melhor resultado, lucratividade, aperfeiçoamento e fortalecimento da equipe

	Variáveis	Discordo totalmente	Discordo parcialmente	Concordo parcialmente	Concordo totalmente
25	Índices reduzidos de confusão e de erros nas condutas clínicas.	0,00c	4,00c	29,60b	66,40a
26	Redução de complicações, maior eficiência no tratamento e menor tempo de internação.	0,80c	8,00c	25,60b	65,60a
27	Racionalização dos recursos materiais e humanos disponíveis, menor desperdício, e melhores resultados.	0,00c	4,80c	24,80b	70,40a
28	Aperfeiçoamento técnico, clareza de missão, lucratividade, fortalecimento da equipe, e qualidade dos produtos e serviços.	0,00c	4,83c	29,83b	65,34a

*Nas linhas, médias seguidas por mesma letra não diferem significativamente pelo teste de Duncan, ao nível de 5% de probabilidade de erro.

Embora os temas protocolos e diretrizes clínicas sejam relativamente novos e não muito utilizados em meio aos serviços de saúde, principalmente nos países emergentes, esta pesquisa revelou que nos aspectos conhecimento, compreensão e aplicabilidade destes instrumentos de controle e gestão, um índice elevado de concordância para as situações elencadas nos blocos temáticos deste estudo distribuídos por assuntos.

O resultado mostrou resultados contrários ao esperado antes de iniciar esta pesquisa, refutando o pressuposto de que houvesse pouca informação sobre o tema, entre os profissionais opinantes, conforme citado na delimitação do tema, revelando uma maioria dos participantes informados, sobre MBE e protocolos clínico-assistenciais, a funcionalidade e os propósitos, ainda que parciais, de sua utilização.

Os aspectos: compartilhamento de idéias, entendimento estratégico e competitivo da gestão, geração e difusão do conhecimento por meio dos protocolos assistenciais, importância dos resultados a nível externo apresentou discordância expressiva de 28%. Este dado, propõe a adoção de um sistema, que avalie a qualidade da interiorização do conhecimento e informação, pois a conscientização do profissional, tem importante relevância no processo estratégico da organização. Medidas como: desenvolvimento de líderes comprometidos com a

qualidade, participação efetiva do corpo clínico, profissionalização da gerência e criação de canais de comunicação podem ser adotadas como adjuvantes na mudança de conceito dos profissionais.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo teve como objetivo avaliar o impacto gerado pela proposta de implantação de protocolos clínico-assistenciais nas rotinas de serviço do HUSM.

Conforme abordagem anterior, vimos que a organização hospitalar é tão particular em suas características, e tão complexa, que é praticamente impossível impulsionar uma mudança, sem contar diretamente com sua força de trabalho. Neste sentido, a construção e a implementação dos protocolos caracteriza uma competência essencial, na medida em que estes processos definem a forma mais segura e racional de utilização dos recursos. No entanto é preditivo de sucesso, o envolvimento gerencial qualificado, que atribua um conteúdo estratégico ao processo de geração de tais ferramentas.

Este estudo obteve 89,6% de concordância, assim sendo, a maioria dos respondentes se mostrou favorável à geração e implantação de protocolos clínico-assistenciais nas unidades pesquisadas do Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM), No entanto, estes resultados, sugerem que os níveis de discordância evidenciados, 10,4% devam ser conduzidos na forma de conscientização e capacitação das equipes; etapa do processo implicada em maior envolvimento da comunicação, informação e inter-relação; etapa obrigatória do processo de implantação destes instrumentos.

Frente ao exposto no decorrer desta pesquisa, ressaltamos e sugerimos alguns aspectos, que entendemos ter importância fundamental, ao se considerar o processo de implantação de protocolos:

- 1- Estimular capacidades gerenciais estratégicas;
- 2- Envolver os gestores na geração do conhecimento, mobilizando líderes que criem espaços que resultem na exteriorização dos conhecimentos.
- 3- Divulgar os novos conhecimentos a todo o corpo clínico, permitindo sugestões e avaliando o grau de adesão - prevenir barreiras e tensões.
- 5- Legitimar as comunidades de prática, composta por profissionais da produção de protocolos clínico-assistenciais.
- 6- Favorecer o compartilhamento de idéias (reuniões, capacitação, treinamentos)

Embora esta pesquisa tenha obtido a concordância da maioria dos participantes pela geração de protocolos clínico-assistenciais e de serviço, percebe-se a necessidade do interesse por parte da equipe gestora do HUSM, em definir um sistema de informações que possibilite coletar e trabalhar dados e desta forma, viabilizem a geração de protocolos e permitam conhecer as variáveis externas (meio ambiente) e internas (institucionais).

A execução desta pesquisa apresentou algumas dificuldades. A distribuição e retorno dos questionários, objeto de coleta dos dados, apresentou várias adversidades: diferentes horários e escalas dos profissionais sorteados, dificultando sua localização. Entre os sorteados constavam profissionais dos três turnos de trabalho (manhã, tarde e noite), entre os quais, alguns afastados, por férias ou licenças, provocando maior dispêndio de tempo e transtornos à fase de coleta dos dados da pesquisa. Outra limitação foi com relação à submissão do presente trabalho de pesquisa aos comitês de ética e pesquisa, em cumprimento às exigências legais. Nesta etapa do trabalho, os referidos serviços se encontravam paralisados em razão de greve na instituição, implicando em demora no retorno dos pareceres, sem os quais não era possível iniciar a aplicação dos questionários de coleta dos dados.

Este estudo, pelas evidências, sugere a condução de novas e mais investigações sobre o tema, em que se incluam diferentes públicos opinantes, por exemplo: familiares de clientes, consumidores dos serviços e operadoras de planos de saúde entre outros dependentes da organização, que possam complementar os resultados.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Andrade, M. Custos na atividade hospitalar. *Temas contábeis em destaque*. Conselho Regional do Estado de São Paulo. Coordenação José Barbosa da Silva Júnior. São Paulo: Atlas, 2000.

Archer, S. Implementation of a clinical pathway decreases length of stay and hospital charges for patient undergoing total colectomy and ileal pouch/anal anastomosis. In: Annual meeting of the central surgical association, Chicago, 54, 1997. Department of surgery, University of Cincinnati, Medical Center, Ohio.

Atallah A.N. A incerteza, a ciência e a evidência. *Diagnóstico e Tratamento*, São Paulo, v. 9, n. 1, p. 27-28, 2004.

Audent, AM; Greenfiel, S; Field, M. Medical practice guidelines: current activities and future directions, 113: 709 – 714, 1990.

Azevedo CS. Gerência hospitalar: a visão dos diretores de hospitais públicos do município do Rio de Janeiro. Dissertação de mestrado. Instituto de Medicina Social, Universidade Federal do Rio Janeiro, RJ. 1993.

Belloni I.; Magalhães H; Souza L. C.; Metodologia de Avaliação em Políticas Públicas. 3ª ed , v.75 – São Paulo, Cortez, 2003.

Bittar, O. N. *Hospital: qualidade & produtividade.* Sarvier. São Paulo, 1997.

Bittar, O. N. *Indicadores de qualidade e quantidade em saúde.* Revista de Administração em Saúde. v. 6,n.22. 2004.

Brasil/MS. Portaria MS/GM nº 816 de 31/05/2005. Constitui o Comitê Gestor Nacional de Protocolos de Assistência, Diretrizes Terapêuticas e Incorporação Tecnológica em Saúde, e dá outras providências. **DOU - Edição Número 104 de 02/06/2005.** Brasília: 2005.

Cardoso, O. O. Comunicação empresarial *versus* comunicação organizacional: novos desafios teóricos. RAP ,Rio de Janeiro 40(6) :1123-44, Nov. /Dez. 2006.

Coffey.R. J. et al. An Introduction to Critical Paths. *Quality Management in Health Care*, v. 1, p. 46-55, 2005.

Correia, M.I., Campos, A.C., ELAN Cooperative Study. Prevalence of hospital malnutrition in Latin America: the multicenter ELAN Study. *Nutrition*, Oct; 19 (10):823 – 5, 2003.

Dent,M.Professional Judgement and the role of clinical guidelines and evidence-based medicine (EBM), Netherlands, Britain andnSweden J. *Interprofessional Care*; 13:151-164,1999.

Drumond, JP; Silva, E.; Coutinho, M. Medicina baseada em evidências: novo paradigma assistencial e pedagógico. 2ª ed. São Paulo: Atheneu, 2002.

Eddy DM. Clinical decision making: from theory to practice. Prac- tice policies -- what are they? *JAMA* 1990; 263(6):877-80.

Escrivão Júnior, A. Uso da Informação na gestão de hospitais públicos. Centro de Estudos em Planejamento e Gestão de Saúde, Fundação Getulio Vargas, Escola de Administração de Empresas. São Paulo; 2006.

Field, MJ; Lohr, KN. Committee to advise the public health service on practice guidelines, Institute of Medicine, Clinical Practice Guidelines: Directory for a New Program. Washington, D. C., National Academy Press, p. 38, 1990.

Figuiredo, S.P. Gestão do Conhecimento: estratégias competitivas para a criação e mobilização do conhecimento na empresa. Rio de Janeiro: Qualitymark, 2005.

Grimshaw, J. M.; RUSSEL, I. Effect of clinical guidelines on medical: practice a systematic review of rigorous evolutions. **Lancet**, London, v. 342, p. 1317-1322, 1993

Lemieux, C.L., Champagne, F. *Using knowledge and evidence in health care: multidisciplinary perspectives.* Toronto: University of Toronto Press; 2004.

Magalhães, R.G.G.et al. Percepção médica quanto aos protocolos clínicos. HU Revista, Juiz de Fora, v. 35, n. 3, p. 159-166, jul./set. 2009

Malik AM, Teles JP. Hospitais e programas de qualidade no Estado de São Paulo. *RAE* 2001; 41(3) 51-9.

Mahmud SDP. Protocolos Clínicos: Adesão e Aplicabilidade numa Instituição Hospitalar. Programa de Pós Graduação em Administração. UFRGS, Porto Alegre; 2002.

NICE. National Institute for Health and Clinical Excellence. Clinical Guidelines 32 – London; 2009. Cost Saving Guidance: disponível em: WWW.nice.org.uk/jps (last updated: 01 March 2011)

Noble E, Klein L. Quality assurance: the measure of quality culture in a managed care setting. *Total Quality Management* 2000; 11(2):199-20

Nogueira, L C. Gerenciando pela qualidade total na saúde. Belo Horizonte: Editora de Desenvolvimento Gerencial, 2003.

Polanczyk, C A.; Aplicando Protocolos na Doença Cardiovascular. Arquivos Brasileiros de Cardiologia, V.82, Nº4, Abril 2004.

Sackett DL et al. Evidence Based Medicine: what it is and what it isn't. British Medical Journal: BMJ.v. 312, p71-72,1996.

Sackett, DL. et al. Evidence-based medicine: how to practice and teach. EBM, 2nd ed. Londres: Churchill Livingstone, 2000.

Sanchez, R.; Heene, A. Strategic Learning and Knowledge Management. Chichester: SMS, 1997.

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

Sociedade Brasileira de Cardiologia: Arquivos Brasileiros de Cardiologia. Volume 79; Suplemento I, 2002.

Stein, AT. et al. Diretrizes e protocolos clínicos para o SUS: instrumentos para a qualificação da assistência em saúde. Porto Alegre: EDIPUCCRS, 2005.

Strauss S.E., McAlister, F. A. *Evidence-based Medicine: a commentary on common criticisms.* Can. Med. Assoc. J., v.163, n.7, p.837-41, 2000.

Taylor, F W. (1911). Princípios de administração científica. Trad. Arlindo Vieira Ramos. 8ª ed. São Paulo: Atlas, 1995.

Teece D.J., Pisano G. & Shuen, A. “*Dynamic capabilities and strategic management*”. Strategic Management Journal, v. 18, p. 509 – 533, 1997.

Waistzberg DL, Caiaffa WT, Correia MI. Hospital malnutrition:the Brazilian national survey(IBRANUTRI): a study of 4000patients. Nutrition, 2001; jul-ago; 17(5-8): 573 – 80.

Wallace E. Z., Leipzig R. M. Doing the right thing right: is evidence-based Medicine the answer? *Ann. Intern. Med.*, v.127, nº.1, p.91- 4; 1997.

Werneck, MA. Protocolo de cuidados à saúde e de organização do serviço. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, Coopmed, 2009.

WHO - World Health Organization. Guidelines for WHO Guidelines. Global Programme on Evidence for Health Policy. Geneva, Switzerland. 2003.

Woolf, S.H. et al. Clinical Guidelines: potential, benefits, limitation, and harms of clinical guidelines. *BMJ*: 318, p 527 – 30, 1999.

ANEXO A

**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS E HUMANAS
ESPECIALIZAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO E GESTÃO PÚBLICA**

QUESTIONÁRIO

Esta pesquisa tem o objetivo de avaliar a efetividade da aplicação de protocolo na prática clínica do HUSM.

As informações colhidas serão tratadas com sigilo, preservando o anonimato do participante. Os dados serão utilizados de modo global e para fins estatísticos. Não será divulgada qualquer informação personalizada.

Considero-me ciente dos objetivos e intenções deste projeto, sob responsabilidade da Nutricionista Lucia Helena Backes Sallet, e orientação da Prof^a. Dr^a. Clandia Maffini Gomes. Fui também informado do meu direito de ser esclarecido de qualquer dúvida acerca da pesquisa e da liberdade de desistir de participar desta em qualquer momento de sua realização, conforme termo assinado em anexo.

Dados de Identificação:

Nome (iniciais): _____, Sexo: M () F (). Data: ____/____/____ Turno de trabalho: M () T () N ()

Escolaridade: _____ Unidade de inserção: _____; Função: _____, tempo _____;

Tempo no HUSM: _____ Tempo na área atual: _____

Às questões formuladas na tabela abaixo atribua os seguintes valores:					
0 – discordo 1 – discordo parcialmente 2 – concordo parcialmente 3 - concordo					
Bloco 1: Protocolos – Grau de conhecimentos; clareza, facilidade operacional e outros aspectos da ferramenta em prol das práticas da empresa/ HUSM)					
	Variáveis	0	1	2	3
1	Protocolos como conceito: diretrizes, critérios e demais ações estabelecidas para obtenção de determinado resultado.				
2	A construção de protocolos deve possibilitar o envolvimento de todos os níveis funcionais, da elaboração à aplicação para obter maior adesão e comprometimento.				
3	Os protocolos são gerados a partir das necessidades dos serviços para melhorar as condutas e minimizar as falhas.				
4	Protocolos conferem um diferencial à gestão das práticas, garantindo dignidade e confiabilidade aos clientes				
Bloco 2: Protocolos – Aspectos relacionados à compatibilidade com a prática – Impacto e aplicabilidade na rotina do serviço					
5	A padronização na gestão da qualidade estimula a criatividade e participação da equipe, promovendo melhorias constantes.				
6	Os protocolos bem desenhados promovem: envolvimento nas fases de construção; aperfeiçoamento, resolutividade e tomada de decisão..				
7	A adoção de protocolos aumenta o estresse diário por representar sobrecarga operacional				
8	A padronização permite noção detalhada de cada procedimento realizado com o paciente e possibilita monitoramento dos resultados.				
9	O uso dos protocolos nos serviços hospitalares produz conhecimento à prática que converte em maior clareza e confiança aos beneficiados.				

Bloco 3: Protocolos – Nível de relevância e confiabilidade das informações obtidas. Gestão de qualidade, custo – efetividade e tomada de decisão					
10	Os protocolos consideram os serviços interligados, o perfil epidemiológico e custo-efetividade em todas as etapas de sua geração				
11	A adoção de protocolos permite a participação multiprofissional nas decisões terapêuticas.				
12	A falta de protocolos gera retrabalho, trabalho fragmentado, falta de padronização e dependência de insumos clínicos.				
13	O processo do cuidado requer atenção alimentar como indicador de qualidade e prevenção de complicações associadas ao tratamento.				
14	Os protocolos promovem utilização adequada de tecnologias e previnem o uso inadequado de recursos financeiros.				
15	A padronização de ações preventivas de risco para lesões de pele têm mostrado melhores resultados no tratamento e diminuição de comorbidades.				
16	A desnutrição na etiologia das úlceras por pressão é bem demonstrado na literatura. A repleção nutricional consiste de medidas interdisciplinares do cuidado e maior eficiência do tratamento				
17	A gestão por protocolos orienta a alocação e gestão adequada dos recursos, cuja combinação resulta em probabilidade de melhores resultados (assistenciais e econômicos).				
Bloco 4: Protocolos – Relação de comunicação, relação com o cliente, relação com a educação – disseminação de novas práticas - motivação e compreensão da importância de sua utilização					
18	O <i>know-how</i> , na construção de protocolos, torna-se vantagem estratégica competitiva, de ordem interna, de difícil imitabilidade;				
19	O objetivo de um protocolo é a sistematização das informações e conhecimentos para ações e práticas clínicas seguras.				
20	Em hospitais-escola os protocolos são ferramentas de ensino, modelos de crescimento multiprofissional em serviços de saúde.				
21	Os protocolos facilitam a escolha e sistematização das ações. Este processo beneficia os clientes e a equipe de profissionais de saúde.				
22	Os protocolos hospitalares objetivam traduzir com clareza e confiança a complexidade dos seus recursos aos usuários.				
23	Os protocolos devem traduzir com precisão as orientações das ações e decisões da equipe, preservando as rotinas.				
24	São características dos protocolos: aprendizagem organizacional; uso racional dos recursos disponíveis, menor probabilidade erros.				
Bloco 5: Protocolos <u>Avaliação como Indicadores</u>: Na sua percepção, com relação aos processos de trabalho através de protocolos, estabeleça grau de importância a cada situação, considerando em sua instituição(HUSM), conforme segue					
25	Índices reduzidos de fatores de confusão e de erros nas condutas clínicas usuais. Índices reduzidos de confusão e de erros nas condutas clínicas.				
26	Redução de complicações, maior eficiência no tratamento e menor tempo de internação.				
27	Racionalização dos recursos materiais e humanos disponíveis, menor desperdício, e melhores resultados.				
28	Aperfeiçoamento técnico, clareza de missão, lucratividade, fortalecimento da equipe, e qualidade dos produtos e serviços.				

Fonte: Adaptado do trabalho de pós - graduação de Simone Dalla Pozza Mahmud; Protocolos Clínicos: Adesão e Aplicabilidade numa Instituição Hospitalar.

Pesquisadores e profissionais da área de Administração em Saúde têm sido unânimes em relatar a complexidade envolvida na escolha de sistemas de avaliação e indicadores de desempenho institucional, como as características e fatores determinantes de uso destes, adequados para apoiar a gestão hospitalar Lemieux e Champagne, (2004).

Para (Noble, Klein; 2000), o que deve prevalecer na relação interna são a credibilidade, confiabilidade e envolvimento. A partir daí, temos uma reação em cadeia: se houver envolvimento, haverá comprometimento; se há comprometimento, há motivação, motivação nada mais é do que significado da própria palavra: “motivos em ação”. No mundo empresarial a ênfase à produção mudou para a ênfase ao consumidor