

MANUAL PARA ELABORAÇÃO
E IMPLANTAÇÃO DE
PROTOCOLOS ASSISTENCIAIS

ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE



Unimed 
Fesp

MANUAL PARA ELABORAÇÃO E IMPLANTAÇÃO DE PROTOCOLOS ASSISTENCIAIS DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DAS UNIMEDS DO ESTADO DE SÃO PAULO

APRESENTAÇÃO

A Unimed Fesp foi fundada em dezembro de 1971 e, no seu papel como cooperativa de 2º grau, é responsável por oferecer assessoria técnica, institucional e troca de experiências às Unimeds do Estado de São Paulo. Busca, continuamente, por meio de apoio operacional e estratégico, promover o desenvolvimento do Sistema Unimed paulista por meio de inovações e soluções em tecnologia, qualificação e desenvolvimento de equipes, serviços exclusivos para as Unimeds, educação e treinamento técnico.

A área de Desenvolvimento Humano e Institucional (DHI) da Unimed Fesp atua na construção de estratégias que promovem o desenvolvimento das Unimeds paulistas, por meio de ações, projetos e programas educacionais, e organização de grupos de trabalho e/ou comitês que possam contribuir com a atuação da Diretoria Executiva da Fesp, potencializando as discussões estratégicas com recomendações fundamentadas nas demandas. Como exemplos dos trabalhos encontram-se: as assessorias técnicas com as Unimeds que possuem unidade de Atenção Primária à Saúde (APS), as reuniões do Comitê de Atenção Saúde (CAS) para favorecer a integração entre as Singulares e as avaliações presenciais das unidades de APS por meio do Programa QualifiCare® APS, para garantir a entrega dos atributos e padronização das informações.

HISTÓRICO

Com base no resultado consolidado das avaliações presenciais, realizadas pela equipe do Programa QualifiCare® APS em 2020, e na pesquisa sobre os desafios enfrentados na Atenção Primária, realizada com os gestores das unidades em 2021, a equipe do DHI | Fesp prospectou o apoio das Unimeds do Estado de SP na elaboração e implantação de protocolos assistenciais para as unidades de APS.

Protocolo assistencial é a descrição detalhada da assistência/ cuidado de uma determinada patologia, conduzindo os profissionais para a prevenção, recuperação e/ou reabilitação da saúde do indivíduo.

METODOLOGIA

A elaboração deste manual técnico ocorreu por meio de encontros virtuais entre o período de outubro de 2021 a maio de 2022 e a adesão foi ofertada às Unimeds paulistas que possuem serviço de APS sendo que, as Singulares poderiam inscrever um ou mais representantes técnicos/ assistenciais.

UNIMEDS PARTICIPANTES

Alta Mogiana
Amparo
Araraquara
Barretos
Bauru
Campinas
Catanduva
Jaboticabal
Jundiaí
Leste Paulista
Limeira
Marília
Norte Paulista
Os Bandeirantes
Ourinhos
Piracicaba
Regional da Baixa Mogiana
Ribeirão Preto
Salto/Itu
Santa Barbara D'Oeste e Americana
São José do Rio Preto
São José dos Campos
Sorocaba
Sul Paulista
Taubaté

Para a construção de cada capítulo do manual técnico, os participantes inscritos foram organizados em grupos de trabalho, denominados eixos. Cada eixo possuía um foco:

Eixo 1: análise situacional das condições de saúde;

Eixo 2: definição do protocolo baseado em evidências;

Eixo 3: abordagem populacional e estratificação de risco;

Eixo 4: etapas de implantação do protocolo na unidade.

Os encontros de cada eixo aconteceram quinzenalmente com duração de 2h e, em cada reunião, algumas atividades foram encaminhadas para realização posterior aos encontros. A organização e o direcionamento dos trabalhos ficam sob a responsabilidade do líder.

Eixo 1 - Unimed Ourinhos

Ana Carolina Fernandes da Silva e
Elaine Marques da Silva Giacoia

Eixo 2 - Unimed Marília

Dra. Juliana Firmino Batista Soriano

Eixo 3 - Unimed Campinas

Fabiana Cristina Torres Gonçalves Faria

Eixo 4 - Unimed Campinas

Priscilla Nogueira Cavini

Após a elaboração do manual, o conteúdo foi revisado por um grupo interno, o Petit Comitê, formado por membros participantes dos eixos:

Dra. Isabela Cristina Leal de Oliva • Alta Mogiana
Marina da Silva Rosa • Alta Mogiana
Elaine Pereira Santos • Amparo
Dr. José Mecca Guerin • Bauru
Fabiana Cristina Torres Gonçalves Faria • Campinas
Priscilla Nogueira Cavini • Campinas
Roberta A. Souza Santos • Campinas
Cinara Garbin Bonora • Catanduva
John Wesley Barbosa • Jundiaí
Fernanda Vazquez Lineira • Leste Paulista
Graziele Purcino Corso • Leste Paulista
Dr. Luis Fernando Barbosa • Limeira
Dra. Beatriz Yuri Shimabukuro Bastos • Marília
Ana Carolina Fernandes da Silva • Ourinhos
Cecília Sá Rodrigues Alves • Ourinhos
Elaine Marques da Silva Giacoia • Ourinhos
Dr. Guilherme Gryscek • Salto/Itu
Flávia Saldanha Guedes • São José do Rio Preto
Mônica Cabral de Almeida • São José dos Campos
Fernanda Bonini Peres • Sul Paulista
Maiara Neves Barreto • Taubaté

Por último, houve a revisão externa do manual pelos membros do Comitê de Atenção à Saúde (CAS) Estratégico:

Dra. Patrícia Dias Gomes Braz • Amparo
Dr. José Meca Guerin • Bauru
Dra. Dulce Maria Toledo Zanardi • Campinas
Mateus Antônio de Oliveira Calori • Jundiaí
Grazielle Purcino Corso • Leste Paulista
Cristiane Maria Contin dos Santos • Limeira
Dra. Beatriz Yuri Shimabukuro • Marília
Roberta Alves da Silva • Norte Paulista
Dra. Caroline Scopel Lustoza • Os Bandeirantes
Taisa Melo Monteiro Chenci • Ribeirão Preto
Dr. Guilherme Gryscheck • Salto/Itu
Dr. João de Castilho Cação • São José do Rio Preto
Dra. Rosângela Henrique Araújo Santos • São José
dos Campos
Dra. Cláudia da Costa Parenti • Sul Paulista

COORDENAÇÃO

Dr. Eduardo Ernesto Chinaglia

Diretor Presidente

Dr. Miguel Zerati Filho

Diretor Desenvolvimento
Humano e Institucional

Elisete Aparecida Raser

Gerente Desenvolvimento
Humano e Institucional

Jeferson de Lima Silva Castro
João Carlos Silva Pinto Luciana
de Souza Silva Mariana Cunha
Belluzzo Thais Molina Moreira
Dr. Christian Morato de Castilho

Equipe do Departamento
de Desenvolvimento
Humano e Institucional Inovação
em Saúde

ÍNDICE

EIXO 1 – ANÁLISE SITUACIONAL DAS CONDIÇÕES DE SAÚDE	11
CAPÍTULO 1 – METODOLOGIA DE ANÁLISE EPIDEMIOLÓGICA DA CARTEIRA (DEMOGRÁFICA, UTILIZAÇÃO, CONDIÇÕES DE SAÚDE MAIS PREVALENTES)	12
CAPÍTULO 2 – METODOLOGIA PARA DEFINIÇÃO DAS CONDIÇÕES DE SAÚDE QUE DEVEM SER PRIORIZADAS NA ELABORAÇÃO DE PROTOCOLOS CLÍNICOS	20
CAPÍTULO 3 – METODOLOGIA PARA DEFINIÇÃO DE CONJUNTO MÍNIMO DE INDICADORES PARA AVALIAÇÃO SITUACIONAL DA CONDIÇÃO DE SAÚDE ESCOLHIDA EM RELAÇÃO AO CUIDADO ASSISTENCIAL PRESTADO PELA UNIDADE	24
CAPÍTULO 4 – DEFINIÇÃO DA EQUIPE DE ELABORAÇÃO DO PROTOCOLO BASEADO NA FUNCIONALIDADE DE CADA PROFISSIONAL E DAS NECESSIDADES OBSERVADAS NO DIAGNÓSTICO SITUACIONAL	25
EIXO 2 – DEFINIÇÃO DO PROTOCOLO BASEADO EM EVIDÊNCIAS	27
CAPÍTULO 1 – EXPLICAÇÃO DA METODOLOGIA PARA AVALIAÇÃO E CLASSIFICAÇÃO DE EVIDÊNCIAS CIENTÍFICAS	28
CAPÍTULO 2 – METODOLOGIA E ESTABELECIMENTO DE CRITÉRIOS PARA SELEÇÃO DE PROTOCOLOS CLÍNICOS	33
CAPÍTULO 3 – METODOLOGIA PARA ADAPTAÇÃO E CONSOLIDAÇÃO DOS PROTOCOLOS CLÍNICOS ESCOLHIDOS (ANÁLISE DOS PROTOCOLOS DE ACORDO COM A APLICABILIDADE E VIABILIDADE)	37

ÍNDICE

EIXO 3 – ABORDAGEM POPULACIONAL E ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO.....	40
CAPÍTULO 1 – FORMATO PADRÃO PARA LEVANTAMENTO DE EPIDEMIOLOGIA ESPERADA DE ACORDO COM CARACTERÍSTICAS POPULACIONAIS	41
CAPÍTULO 2 – METODOLOGIA DE COMO ESTRATIFICAR POPULAÇÕES POR CONDIÇÃO DE SAÚDE	47
CAPÍTULO 3 – FORMATO DE ABORDAGEM POPULACIONAL PARA CADA ESTRATO POPULACIONAL	57
EIXO 4 – ETAPAS DE IMPLANTAÇÃO DO PROTOCOLO NA UNIDADE	63
CAPÍTULO 1 – METODOLOGIA PARA DEFINIÇÃO DE PAPÉIS E RESPONSABILIDADES	64
CAPÍTULO 2 –METODOLOGIA PARA DEFINIÇÃO DOS PROCESSOS INTERNOS DA UNIDADE	66
CAPÍTULO 3 – METODOLOGIA PARA COMUNICAÇÃO INTERNA DO PROTOCOLO DOS PAPÉIS E DOS PROCESSOS	69
CAPÍTULO 4 – METODOLOGIA PARA CAPACITAÇÃO/ TREINAMENTO DA EQUIPE DE CUIDADO	71
CAPÍTULO 5 – METODOLOGIA PARA COMUNICAÇÃO EXTERNA DO PROTOCOLO (OUTROS SERVIÇOS ASSISTENCIAIS)	73
CAPÍTULO 6 – METODOLOGIA PARA ENVOLVIMENTO DO PACIENTE E/OU DA FAMÍLIA/ RESPONSÁVEL NO CUIDADO (AUTONOMIA E RESPONSABILIZAÇÃO)	75
CAPÍTULO 7 – METODOLOGIA DE ACOMPANHAMENTO DA ADESÃO E DOS RESULTADOS ASSISTENCIAIS DO PROTOCOLO CLÍNICO	78
CAPÍTULO 8 – METODOLOGIA PARA A REVISÃO DO PROTOCOLO	89
REREFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	91



ANÁLISE SITUACIONAL DAS CONDIÇÕES DE SAÚDE

EIXO 1

CAPÍTULO 1

METODOLOGIA DE ANÁLISE EPIDEMIOLÓGICA DA CARTEIRA (DEMOGRÁFICA, UTILIZAÇÃO, CONDIÇÕES DE SAÚDE MAIS PREVALENTES)

1.1 IMPORTÂNCIA DE CONHECER A POPULAÇÃO

A análise da situação de saúde é a identificação, descrição e explicação dos problemas de saúde da população, com o objetivo de identificar necessidades e determinar prioridades de ação.

Para tanto, podemos considerar que o passo inicial para a construção de protocolos deve ser um diagnóstico da população vinculada ao serviço de Atenção Primária à Saúde. Isso é importante para que as orientações estabelecidas em protocolo enderecem as condições sanitária efetivas e relevantes para o serviço e a população. Desta forma, os protocolos baseados nas reais necessidades de uma população ou unidade de APS serão úteis na prática assistencial.

A base desse processo é um diagnóstico populacional amplo, ou perfil epidemiológico, que inclui informações sociodemográficas, assistenciais/ utilização do plano de saúde (principais motivos de consulta, internação etc.) e de custos/financeiro.

Este perfil epidemiológico permite a identificação de padrões, o que constitui o início do processo de análise que contribuirá para a escolha dos temas prioritários na construção de protocolos, entre outras atividades de interesse do serviço, como o planejamento de um programa de prevenção, por exemplo.

Exemplo prático: consideremos uma população atendida pela APS X.

Esta é oriunda de uma carteira corporativa de trabalhadores de um hospital, a partir do perfil epidemiológico, identificou-se que a população é predominantemente adulta (98% das pessoas entre 18 e 59 anos) e majoritariamente do gênero feminino (72% de mulheres).

Neste contexto, a análise preliminar da carteira da APS X, sugere como sendo mais assertiva a construção de um protocolo para o cuidado preventivo de neoplasias ginecológicas (como câncer de colo do útero e mama), ao passo que um protocolo de cuidados em saúde do idoso provavelmente ficaria em segundo plano.

1.2 DIAGNÓSTICO AMPLO DA POPULAÇÃO E A CONSTRUÇÃO DE PROTOCOLOS - ABORDAGEM GERAL

A caracterização da população e do cenário (ambientes) deve ser elaborada com base nos sistemas de informações disponíveis e nos dados obtidos em diálogos com a população e com a equipe de saúde. Outra característica é que deve ser preparada com o reconhecimento de que as populações, principalmente urbanas, sofrem mudanças rapidamente e, portanto, aquele perfil reflete a situação de um momento.



A análise situacional deve ser construída com base em três tipos de informação:

- **Sociodemográficas:** usualmente define-se a carteira em termos de faixa etária e gênero. Em contextos específicos que estas informações estão disponíveis pode-se incluir neste item informações sobre renda familiar e vulnerabilidade social.

Exemplo prático: porcentagem da carteira composta por homens e mulheres.

- **Assistenciais/utilização do plano de saúde:** este item é composto por indicadores relacionados às principais condições de saúde experimentadas pela população-alvo.

Exemplo prático: frequência de determinados diagnósticos, queixas ou problemas de saúde pelo qual os pacientes procuram as consultas em atendimentos na unidade de Atenção Primária à Saúde, Pronto-Atendimento, consultas especializadas ou internações, neste quesito destacamos as Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária - ICSAPs.

- **Custos/financeiro:** após os fechamentos mensais de faturamento e cálculo do custo assistencial geral da carteira APS, é importante definir os procedimentos/eventos com maiores custos e prevalências, assim como as condições de saúde relacionadas aos gastos mais elevados.

Exemplo prático: quais são as internações que apresentam maiores custos, ou ainda, quais exames têm maior prevalência e custo na carteira de pacientes vinculados às unidades de APS.

Cabe ressaltar que as ferramentas apresentadas a seguir são exemplos, permitindo que cada unidade de APS complemente a lista conforme suas necessidades individuais.

Também vale notar que a divisão é meramente didática, uma vez que as três áreas dialogam entre si, podendo haver sobreposição entre elas.

A maioria das ferramentas utilizadas se encaixam em estatística descritiva (distribuição de frequência), o que significa, de maneira simples, a quantificação de “porcentagem”. Outras abordagens metodológicas também são possíveis, como a quantificação de valores absolutos ou a construção de coeficientes/taxas, número de casos de um evento dividido pela população em que esse evento pode ocorrer, em determinado local e tempo.

As informações devem ser levantadas e, uma vez construídas, analisadas em conjunto para permitir um diagnóstico integral da carteira e a tomada de decisões assertivas.

Partindo da premissa de que a operadora dispõe dos dados informatizados relacionados ao cadastro no plano de saúde, as informações sociodemográficas podem ser obtidas junto ao setor responsável, se houver, ou mediante utilização da ferramenta de gestão de dados que congregue tais informações, como por exemplo um sistema de *Business Intelligence (BI)*.

Quanto às informações assistenciais, a fonte mais óbvia seria o prontuário eletrônico da APS e dos serviços da rede assistencial. Entretanto, reconhece-se que nem todos esses prontuários disponibilizam ferramentas de relatórios satisfatórias para esse propósito, ao mesmo tempo que o prontuário de determinados serviços pode nem estar disponível para acesso da equipe de APS. Assim, uma origem possível dessas informações são os dados gerais de utilização do plano de saúde.

As informações sobre custos/utilização do plano usualmente são trabalhadas por setores da operadora, como o faturamento, contas médicas, atuarial, gestão estratégica, controladoria, entre outros baseados na realidade local. Assim, podem ser obtidas junto ao setor responsável ou mediante utilização da ferramenta de gestão de dados que trabalhe tais informações.



1.3 DIAGNÓSTICO DA POPULAÇÃO E A CONSTRUÇÃO DE PROTOCOLOS - ABORDAGEM PRÁTICA

Embora o diagnóstico amplo da população, represente uma avaliação mais completa para definição das ações de saúde em uma comunidade, muitas vezes a equipe terá que estabelecer uma metodologia mais objetiva para a definição dos protocolos clínicos.

Nessa perspectiva, as ferramentas diagnósticas mais utilizadas para responder à pergunta “qual protocolo preciso construir?”, são aquelas relacionadas com os problemas de saúde mais comuns da população atendida e não aqueles que nunca aconteceram ou acontecem raras vezes.

Os principais dados que precisam ser extraídos para construção desses indicadores são os motivos mais comuns de atendimentos realizados nas unidades de APS (médico ou de toda a equipe, conforme interesse). Estes são preferencialmente levantados por meio de códigos, que são: classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados com a saúde (CID) ou classificação internacional da atenção primária (CIAP2), vinculados a cada item relacionado na lista de problemas (componente avaliação do método de registro clínico Soap) ou a cada hipótese diagnóstica.

Alguns prontuários eletrônicos utilizados por serviços de APS permitem a extração de relatórios com a quantidade de códigos de cada evento atendidos em determinado período. Caso isso não seja possível, o registro manual após o término de cada atendimento para posterior quantificação a fim de se obter uma amostra, seria uma alternativa possível, embora menos segura.

Os códigos/agravos mais frequentes podem ser considerados alvos prioritários para a construção de protocolos.

Exemplo prático: na mesma APS X do primeiro exemplo, possuem 3.000 vidas vinculadas, um relatório extraído de prontuário eletrônico permitiu identificar que no mês vigente, 124 das 635 consultas médicas ou de enfermagem realizadas levaram aos códigos de CIAP compatíveis com “ansiedade” (P01 e P74), enquanto “diabetes mellitus” (T89 e T90) apareceu em 96 consultas (como o prontuário da unidade permite mais de um CIAP por atendimento, pode haver mais CIAPs do que atendimentos no cômputo geral).

Portanto, considerando um n=635

AGRAVO	QUANTIDADE DE ATENDIMENTOS COM MOTIVO DE CONSULTA EM NÚMERO ABSOLUTO	PORCENTAGEM BASEADAS NOS ATENDIMENTOS
Ansiedade	124	124/635 = 19,5%
Diabetes	96	96/635 = 15,1%

Tais informações contribuem para o entendimento de que a ansiedade pode ser um alvo preferencial para a construção de protocolos no atual momento da APS X.

Quanto a utilização externa, destacam-se três avaliações de frequência:

- Consultas em pronto-atendimento;
- Consultas especializadas (com ou sem encaminhamento pela equipe de APS);
- Internações (sejam elas Internações por condições sensíveis à APS ou não).

Os principais dados que precisam ser extraídos para construção desses indicadores são os motivos de atendimento de cada evento (consulta ou internação) fora, ou seja, em outro estabelecimento de saúde que não a APS. Sua extração depende de quais são os sistemas de informação utilizados em cada um desses serviços externos, assim como a centralização dos eventos em uma ou algumas unidades, ou ainda, a sua dispersão em diversos serviços de saúde.

Caso haja apenas um tipo de serviço de saúde disponível para atendimento dos pacientes APS e este se utilize de um prontuário eletrônico, é possível usar a mesma estratégia utilizada para avaliação dos atendimentos na unidade de APS (conforme relatado acima).

Caso haja múltiplas clínicas, ou mesmo múltiplos hospitais e prontos atendimentos, a extração de dados se torna mais complicada, uma vez que depende da disponibilidade de extração da informação em cada serviço e sua posterior consolidação em um único relatório gerencial.

Além da indicação “direta” dos temas prioritários, as informações de utilização de outros serviços permitem uma visão complementar à utilização dentro da atenção primária. Isso permite enxergar possíveis falhas do serviço de APS na entrega de seus atributos, direcionando a novos temas prioritários, e oportunidade de melhoria dos processos internos da unidade.

Exemplos práticos:

1. Uma APS com baixa incidência de resfriados entre as utilizações internas, mas com alta incidência nos atendimentos em PA, provavelmente não está permitindo o **acesso** desses casos (em sua maioria não relacionados a sinais de gravidade, urgência e emergência, e elegíveis para atendimento primário). Assim, além de “resfriado” passar a ser um tema elegível para a construção de protocolos, é importante que o componente “acesso” seja contemplado nessa construção (aumento de vagas de agenda para demandas agudas em épocas de maior incidência de resfriados – sazonalidade – seria algo potencialmente contemplado).
2. Uma prevalência semelhante de cefaleia entre as utilizações interna e externa (clínicas especializadas em Neurologia, por exemplo), indica um déficit na capacidade da APS de resolver a maioria dos casos de cefaleia, conforme previsto. Novamente, “cefaleia” se torna um tema prioritário para um protocolo, com a importância de que este foque no fomento à resolutividade da equipe (incluindo, por exemplo: critérios para identificação de cefaleias de risco – e que demandam olhar especializado – e manejo inicial das cefaleias mais prevalentes – encaminhando apenas as que não responderem a essa primeira intervenção).

CAPÍTULO 2

METODOLOGIA PARA DEFINIÇÃO DAS CONDIÇÕES DE SAÚDE QUE DEVEM SER PRIORIZADAS NA ELABORAÇÃO DE PROTOCOLOS CLÍNICOS

2.1 IMPORTÂNCIA DA PRIORIZAÇÃO DAS CONDIÇÕES DE SAÚDE E CRITÉRIOS TÉCNICOS

Definidas as metodologias e ferramentas para estabelecer as condições de saúde para construção de protocolos clínicos conforme abordado no capítulo 1, devemos iniciar o processo de estabelecimento de prioridades. Essa etapa é fundamental para a melhor estruturação das ações do serviço de APS, conforme as características (sociodemográficas, assistenciais e utilização do plano) da população de cada serviço e considerando o respectivo planejamento em saúde de cada instituição. Não se pode predeterminar um único formato para a priorização dos temas a serem trabalhados nos protocolos clínicos, cabendo a cada serviço de Atenção Primária à Saúde definir um processo próprio com diferentes métodos/técnicas que possibilitem a identificação e intervenção em necessidades classificadas como prioritárias pela comunidade.

2.2 DESCRIÇÃO DE POSSÍVEIS CRITÉRIOS TÉCNICOS A SEREM ADOTADOS

Partindo da definição vista no capítulo anterior e já entendendo a importância e a construção de uma metodologia para priorização de situações que devem ser focadas, a definição da ordem de temas para a construção dos protocolos geralmente partirá do estudo das causas variáveis de maior prevalência de atendimentos, dentro do serviço de APS, devendo a partir daqui ampliar as análises e pontuar outros critérios de acordo com o impacto externo e na entrega dos atributos.

2.2.1 PRINCIPAIS PROCURAS E ENCAMINHAMENTOS

A adoção desse critério é importante para avaliar a resolutividade da equipe em atender as necessidades de saúde da população.

O parâmetro esperado segundo o Programa Nacional de Melhoria do acesso e da qualidade da Atenção Básica (PMAQ) para o indicador de encaminhamentos médicos é de 5% a 20% para serviço especializado/mês. A APS se caracteriza pelo seu papel enquanto porta de entrada do sistema, por meio de um acompanhamento contínuo e integral, coordenando cuidado de forma integral, por isso é fundamental que tenha resolutividade.

2.2.2 PRONTO ATENDIMENTO (ENCAMINHAMENTO E DEMANDA)

Com o intuito de garantir a entrega de acesso pela APS, os critérios a serem avaliados são os principais motivos de atendimento da carteira em pronto atendimento.



2.2.3. INTERNAÇÕES SENSÍVEIS A APS

As internações por condições sensíveis à atenção primária representam condições de saúde que podem ter o risco de hospitalização desnecessária diminuído, por meio de ações efetivas. Essas internações vêm sendo usadas como indicador do acesso e qualidade da atenção básica, seguindo a Portaria nº 221 de 17 de abril de 2008, que define consenso quanto às doenças que devam fazer parte desse indicador, ressaltando a importância de seguir critérios e metodologias (abordados anteriormente) para a gestão do cuidado.

Altas taxas de internações por condições sensíveis à atenção primária em uma população, ou subgrupo(s) desta, podem indicar sérios problemas de acesso ao sistema de saúde ou de seu desempenho. Esse excesso de hospitalizações representa um sinal de alerta, que pode ser um critério importante para priorização de determinados temas para a construção de protocolos clínicos.

Link de acesso a Portaria Nº 221, de 17 de abril de 2008:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2008/prt0221_17_04_2008.html

2.3 DEFINIÇÃO DOS CRITÉRIOS A SEREM ADOTADOS PARA A ESCOLHA DA PRIORIZAÇÃO DOS PROTOCOLOS

Abaixo veremos o passo a passo de como realizar na prática a estruturação e o desempate dos critérios a serem adotados:

1. Após a definição das condições mais prevalentes na APS (capítulo 1) e a definição dos critérios abordados neste capítulo, pode ser considerado a construção de uma planilha/tabela;
2. Nesta planilha/tabela deve conter as condições e os critérios de desempate conforme modelo abaixo;

3. Levantar no banco de dados o perfil de cada critério definido, como por exemplo: principais procuras no serviço, encaminhamentos para especialistas, pronto atendimento, internação por condições sensíveis;
4. Pontuar esses critérios por estatística descritiva (porcentagem);
5. Comparar os dados levantados;
6. Definir a ordem de priorização da construção dos protocolos e relacionar a estratégia do serviço;
7. Elaboração do protocolo clínico propriamente dito.

Exemplo de planilha/tabela

CONDIÇÃO DE SAÚDE (CAPÍTULO 1)	CONDIÇÕES MAIS PREVALENTES APS	PRINCIPAIS ENCAMINHAMENTOS (RESOLUTIVIDADE)	PRONTO ATENDIMENTO (ACESSO)	INTERNAÇÕES (COORDENAÇÃO DE CUIDADO)
Psicopatologias	30%	20%	25%	20%
Hipertensão	26%	30%	20%	30%
Musculoesquelético	24%	35%	45%	35%
Outros	20%	15%	10%	15%

Observação: os dados são fictícios.

No caso da tabela acima, foi priorizado o protocolo relacionado às condições musculoesqueléticas, embora não seja o motivo mais prevalente de atendimentos, apresenta maior impacto nos atendimentos dos outros níveis assistenciais (especialista, pronto atendimento e internações hospitalares).

CAPÍTULO 3

METODOLOGIA PARA DEFINIÇÃO DE CONJUNTO MÍNIMO DE INDICADORES PARA AVALIAÇÃO SITUACIONAL DA CONDIÇÃO DE SAÚDE ESCOLHIDA EM RELAÇÃO AO CUIDADO ASSISTENCIAL PRESTADO PELA UNIDADE

Segundo Franco, “é por meio de uma boa análise situacional que se torna possível medir uma realidade como parâmetro norteador, instrumento de gerenciamento, avaliação e planejamento das ações na saúde, de modo a permitir mudanças nos processos e resultados”.

O uso de indicadores é uma ferramenta importante para conduzir-nos ao resultado das ações propostas em um planejamento tático e estratégico, uma vez que este permite o conhecimento sobre a situação que se deseja modificar, o estabelecimento de prioridades e metas e, conseqüentemente, o acompanhamento, com mais efetividade, do andamento dos trabalhos, avaliando os processos e adotando os redirecionamentos necessários.

Desta forma, após a eleição da condição de saúde a ser trabalhada, deve-se ter um olhar para ela com o objetivo de avaliar como o cuidado está sendo prestado. Sendo assim, é necessário ter indicadores de processos e resultados obtidos pelas perguntas norteadoras que farão a equipe avaliar o que está realizando e de qual forma.

Essas perguntas devem ser elaboradas com base na percepção da equipe sobre os principais desafios para o cuidado da condição clínica escolhida e, a partir dela, estabelecer indicadores que possam mensurar a realidade do cuidado naquele serviço de APS.

Os dados devem ser colhidos nos sistemas de informações disponíveis na unidade e/ou em pesquisas ou coleta de dados pela própria equipe.

A partir da obtenção dos dados, aumentamos as chances de serem tomadas decisões corretas e de potencializar o uso dos recursos e a escolha de um protocolo clínico mais adequado para melhoria do cuidado dentro da realidade daquele serviço de saúde.

CAPÍTULO 4

DEFINIÇÃO DA EQUIPE DE ELABORAÇÃO DO PROTOCOLO BASEADO NA FUNCIONALIDADE DE CADA PROFISSIONAL E DAS NECESSIDADES OBSERVADAS NO DIAGNÓSTICO SITUACIONAL

4.1 DEFINIÇÃO DA EQUIPE QUE VAI ELABORAR O PROTOCOLO

A equipe responsável pela construção de um determinado protocolo deverá ter como premissas: o propósito técnico-assistencial, a estratégia e particularidades da população assistida, sendo então, responsáveis pela criação dos protocolos. A equipe de elaboração propriamente dita deve envolver todos os profissionais que terão alguma atividade descrita no protocolo.

Devem participar das diferentes etapas do processo de elaboração e implantação do protocolo, conforme perfil, inserção profissional e interesses. Quanto mais envolvidos, maior será o alinhamento, do ponto de vista teórico, político, prático e social, visto que cada um terá sua contribuição, visando ao êxito do produto final. Entretanto, sugere-se que a responsabilidade principal seja do profissional/categoria mais diretamente relacionado ao tema.

A equipe a ser responsabilizada pela construção do protocolo deve incluir, na sua origem, também a equipe de gestão/análise.

Exemplo prático: a responsabilidade principal de elaboração de um protocolo sobre ansiedade pode ser da psicóloga ou do médico da APS; entretanto, todos os envolvidos (enfermeiras, equipe de recepção, demais profissionais de equipe multidisciplinar que a unidade possuir) devem contribuir complementando a proposta inicial e/ou acatando o protocolo proposto.

4.2 DEFINIÇÃO DE EQUIPE QUE VAI APLICAR/VALIDAR O PROTOCOLO

Após construção do Protocolo pela equipe ampliada, a validação deverá ser realizada pelo restante da equipe assistencial e pela coordenação da APS.

O processo de validação é amplamente empregado na literatura, porém não há consenso acerca do melhor método a ser utilizado e como este deve ser estruturado.

Para a aplicabilidade e validação do protocolo pré-estabelecido, conforme definição inicial, um membro de cada setor poderia compor a equipe. Trazendo depois para os demais profissionais envolvidos, as observações, impressões e os resultados.

A validação de protocolos é imprescindível para garantir a segurança no uso de instrumentos na prática clínica, ao verificar se esses alcançam os objetivos propostos e medem de forma adequada e fidedigna aquilo que se propõem medir. Portanto, é recomendado que o conteúdo dos protocolos alcance os objetivos acordados.

Após aprovação do protocolo, todos os profissionais com atividades descritas serão responsáveis por sua aplicação, mediante treinamento, que trataremos no capítulo de implantação.



DEFINIÇÃO DO
PROTOCOLO BASEADO
EM EVIDÊNCIAS

EIXO 2

CAPÍTULO 1

EXPLICAÇÃO DA METODOLOGIA PARA AVALIAÇÃO E CLASSIFICAÇÃO DE EVIDÊNCIAS CIENTÍFICAS

1.1 SAÚDE BASEADA EM EVIDÊNCIA

Devido a inúmeras inovações na área da saúde e avanços tecnológicos, fica imprescindível a necessidade e a obrigatoriedade da busca de conhecimento baseada em evidências científicas, acarretando escolhas atualizadas e mais assertivas na prática clínica, contribuindo para maior segurança e qualidade da assistência prestada.

Dessa forma, a saúde baseada em evidências surge como um elo que conecta os resultados da pesquisa a sua aplicação prática, uma vez que influencia a tomada de decisão no consenso das informações mais adequadas para a melhor assistência.



1.2 O QUE É UMA EVIDÊNCIA CIENTÍFICA E COMO COLOCÁ-LA NA PRÁTICA CLÍNICA?

Evidência científica é a informação resultante de uma pesquisa elaborada seguindo um rigor metodológico. O principal objetivo desse método é minimizar a probabilidade de erros que possam interferir nos resultados e oferecer informação mais seguras e de qualidade.

De forma objetiva, esta prática se aplica à utilização de pesquisas científicas na tentativa de ampliar o conhecimento e resolutividade dos serviços de saúde, visando à melhora da qualidade e da gestão das intervenções e a redução das incertezas e equívocos no processo clínico, seja ele preventivo, diagnóstico, terapêutico ou prognóstico, mediante constantes consultas às informações produzidas e validadas em pesquisas científicas.

Desta forma, frente à algum questionamento clínico, é necessário buscar a melhor evidência disponível. Preferencialmente, a busca deve ser realizada em estudos de revisões sistemáticas, metanálises ou por ensaios clínicos.

Na nossa atuação clínica devemos ter como prioridade a escolha da melhor evidência disponível associada à vivência do profissional, sua expertise clínica e seu senso crítico para a tomada de decisões mais assertivas para o serviço de saúde, equipe e paciente.

1.3 CLASSIFICAÇÃO E INTERPRETAÇÃO DA EVIDÊNCIA – NÍVEIS DE RECOMENDAÇÃO E QUALIDADE DA EVIDÊNCIA

Para avaliar a qualidade das informações encontradas é necessário conhecimentos básicos sobre metodologias de pesquisa científica, epidemiologia clínica e bioestatística.

A formação de uma evidência científica segue alguns passos: formulação de uma questão clínica, busca de evidências, avaliação crítica da evidência encontrada e tomada de decisão com base nos dados obtidos.

Ao se deparar com uma evidência científica devemos responder as seguintes perguntas para melhor compreensão e análise da qualidade e segurança da informação que estamos encontrando:

- Qual foi o objetivo do estudo?
- Qual foi metodologia empregada?
- Quais foram os resultados obtidos?
- Qual a aplicabilidade dos resultados na prática?

Existem diversas classificações utilizadas para definição dos níveis de qualidade das evidências científicas.

Neste documento padronizaremos a utilização do sistema GRADE (*Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluations*), recomendado pelo Ministério da Saúde.

O GRADE é um método utilizado para avaliar não somente a qualidade das evidências, mas também graduar a força de recomendação para a aplicação ou não de determinada ação em saúde, entendendo-se por gestão, ações terapêuticas, diagnósticas entre outras. Visa auxiliar na escolha dos profissionais para que somente as melhores e mais adequadas ações sejam implementadas, evitando-se danos e riscos aos beneficiários, a equipe e ao serviço de saúde.

Na metodologia GRADE, a qualidade da evidência é classificada em quatro níveis: alto, moderado, baixo e muito baixo (quadro 1).

QUADRO 1 - NÍVEIS DE EVIDÊNCIA DE ACORDO COM O SISTEMA GRADE

NÍVEL	DEFINIÇÃO	IMPLICAÇÕES	FONTE DE INFORMAÇÃO
Alto	Há forte confiança de que o verdadeiro efeito esteja próximo daquele estimado.	É improvável que trabalhos adicionais irão modificar a confiança na estimativa do efeito.	Ensaio clínico bem delineado, com amostra representativa. Em alguns casos, estudos observacionais bem delineados, com achados consistentes*.
Moderado	Há confiança moderada no efeito estimado.	Trabalhos futuros poderão modificar a confiança na estimativa de efeito, podendo, inclusive, modificar a estimativa.	Ensaio clínico com limitações leves**. Estudo observacional bem delineado, com achados consistentes*.
Baixo	A confiança no efeito é limitada.	Trabalhos futuros provavelmente terão um impacto importante em nossa confiança na estimativa de efeito.	Ensaio clínico com limitações moderadas**. Estudo observacional comparativo: coorte e caso controle.
Muito Baixo	A confiança na estimativa de efeito é muito limitada. Há importante grau de incerteza nos achados.	Qualquer estimativa de efeito é incerta.	Ensaio clínico com limitações graves**. Estudo observacional comparativo presença de limitações**. Estudo observacional não comparado***. Opinião de especialistas.

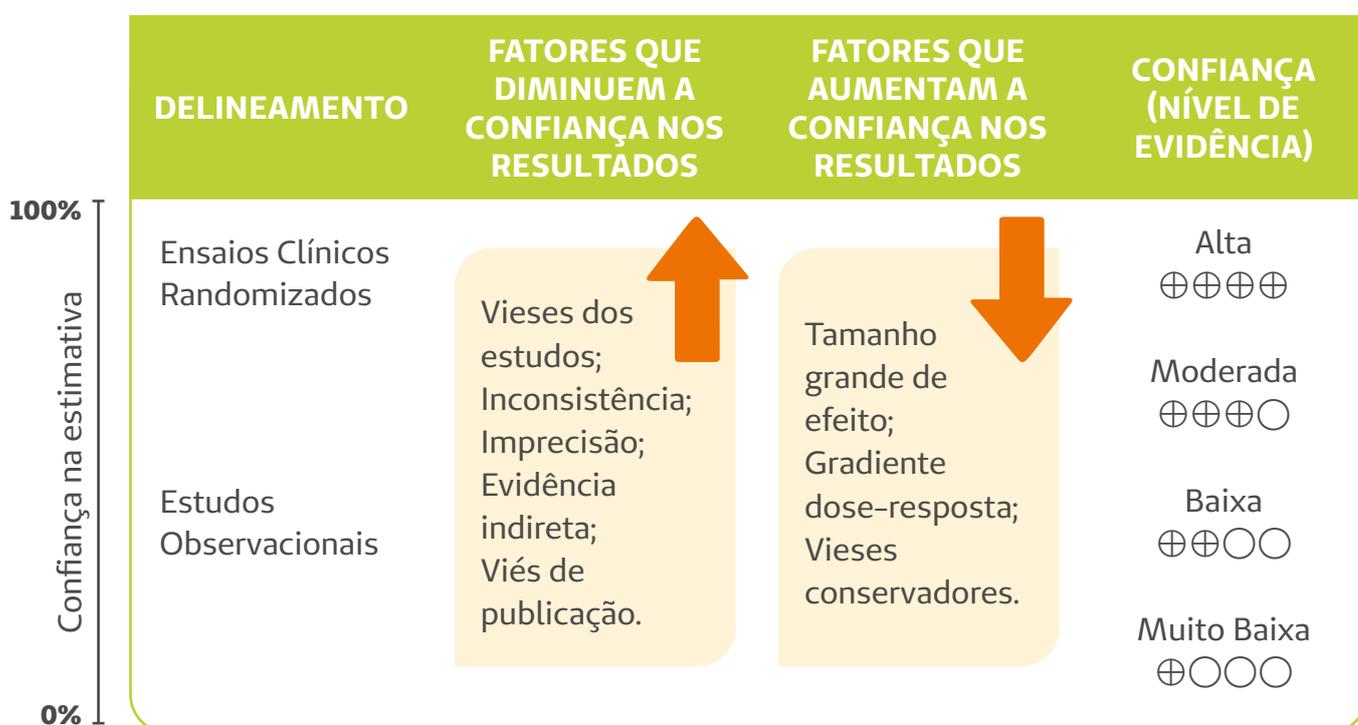
Fonte: elaboração GRADE *working group* - <http://www.grade working group.org>

*Estudos de coorte sem limitações metodológicas, com achados consistentes apresentando tamanho de efeito grande e/ou gradiente dose resposta. **Limitações: vieses no delineamento do estudo, inconsistência nos resultados, desfechos substitutos ou validade externa comprometida.

***Séries e relatos de casos.

A classificação inicial da qualidade da evidência é definida a partir do delineamento do estudo assim como para a sua finalidade, como por exemplo, o ensaio clínico (EC) randomizado é o delineamento mais adequado para questões de intervenção, dessa forma, considerado de alta qualidade para este fim, e estudos observacionais seriam de menor qualidade de evidência nesta situação (figura 1).

FIGURA 1 - GRADUAÇÃO DOS NÍVEIS DE EVIDÊNCIA DE ACORDO COM O SISTEMA GRADE



Fonte: elaboração GRADE *working group* - <http://www.gradeworkinggroup.org>

Conforme descrito nas Diretrizes Metodológicas do Ministério da Saúde, a força de uma recomendação expressa a ênfase para que seja ou não adotada uma determinada conduta. O equilíbrio entre as vantagens e desvantagens determina a força da recomendação que pode ser forte ou fraca, a favor ou contra a conduta proposta. Como exemplo da sua aplicação, veja o quadro abaixo (quadro 2).

QUADRO 2 – IMPLICAÇÃO DOS GRAUS DE RECOMENDAÇÃO DE ACORDO COM O SISTEMA GRADE

PÚBLICO-ALVO	FORTE	FRACA (CONDICIONAL)
Gestores	A recomendação deve ser adotada como política de saúde na maioria das situações.	É necessário debate substancial e envolvimento das partes interessadas.
Pacientes	A maioria dos indivíduos desejaria que a intervenção fosse indicada e apenas um pequeno número não aceitaria essa recomendação.	Grande parte dos indivíduos desejaria que a intervenção fosse indicada; contudo alguns indivíduos não aceitariam essa recomendação.
Profissionais de saúde	A maioria dos pacientes deve receber a intervenção recomendada.	O profissional deve reconhecer que diferentes escolhas serão apropriadas para cada paciente para definir uma decisão consistente com os seus valores e preferências.

Fonte: Ministério da Saúde – Brasil, 2014.

CAPÍTULO 2

METODOLOGIA E ESTABELECIMENTO DE CRITÉRIOS PARA SELEÇÃO DE PROTOCOLOS CLÍNICOS

2.1. O QUE É UM PROTOCOLO CLÍNICO?

Protocolo é a descrição de uma situação específica de assistência/cuidado, em um nível assistencial, que contém detalhes operacionais e especificações sobre o que se faz, quem faz e como se faz, conduzindo os profissionais nas decisões de assistência para a prevenção, recuperação

e/ou reabilitação da saúde. Pode prever ações de avaliação/ diagnóstica ou de cuidado/tratamento, como o uso de intervenções educacionais, de tratamentos com meios físicos, de intervenções emocionais, sociais e farmacológicas, que os profissionais de saúde desempenham de maneira independente ou compartilhada com outros profissionais da equipe. Um protocolo contém vários procedimentos.

O uso de protocolos aprimora a assistência, favorece o uso de práticas cientificamente sustentadas, minimiza a variabilidade das informações e condutas entre os membros da equipe de saúde, estabelece limites de ação e cooperação entre os diversos profissionais. Os protocolos são instrumentos legais, construídos dentro dos princípios da prática baseada em evidências e oferecem as melhores opções disponíveis de cuidado.

2.2. QUAL A IMPORTÂNCIA DE UM PROTOCOLO CLÍNICO?

A importância de um protocolo clínico é oferecer maior segurança aos pacientes e profissionais, redução da variabilidade de ações de cuidado, melhora na qualificação para a tomada de decisão assistencial, facilidade para a incorporação de novas tecnologias, inovação do cuidado, uso mais racional dos recursos disponíveis, maior transparência e controle dos custos. Ainda como vantagens, protocolos facilitam o desenvolvimento de indicadores de processo e de resultados, a disseminação de conhecimento, a comunicação profissional e a coordenação do cuidado.

Outro objetivo é estabelecer claramente os critérios de diagnóstico e o fluxo de tratamento de cada doença, com as doses adequadas dos medicamentos e os mecanismos para o monitoramento clínico em relação à sua efetividade do tratamento e à supervisão de possíveis reações adversas.

Um protocolo clínico deve orientar toda equipe da Atenção Primária à Saúde (APS), direcionando cuidado e entendendo o paciente como um todo e, portanto, favorecendo/possibilitando a entrega dos atributos básicos da APS.

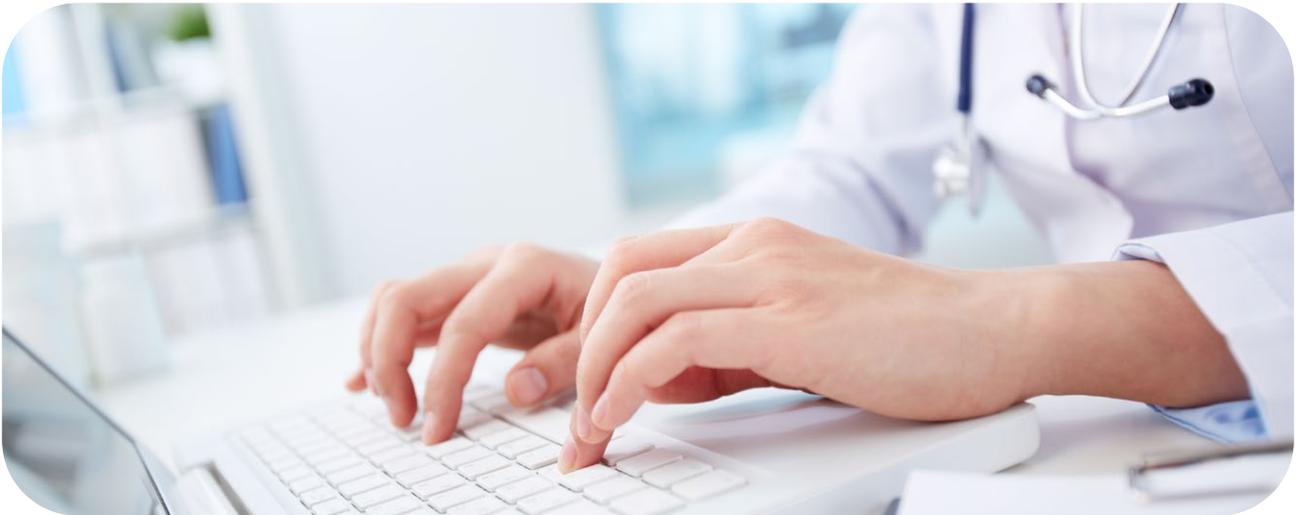
2.3. CRITÉRIOS PARA SELEÇÃO DOS PROTOCOLOS

Devido ao grande número de protocolos disponíveis sobre os mais diversos agravos de condições de saúde, não se faz necessário o desenvolvimento de um novo protocolo.

Uma boa prática, considerando as publicações existentes, é a seleção de protocolos adequados ao contexto de cada serviço de acordo com critérios pré-estabelecidos.

Seguem abaixo alguns critérios que devem ser levados em consideração para busca de protocolos clínicos:

- Estabelecimento período de publicação adequado para a busca, por exemplo o protocolo clínico deve ser o que foi publicado e/ou revisado nos últimos 3 anos;
- Determinação de público-alvo (faixa etária, sexo, comorbidades etc.);
- Nível de atenção do protocolo (exemplo: preferencialmente focado em atenção primária);
- Determinação das entidades responsáveis pela publicação, exemplo: protocolos específicos das sociedades, do sistema público de saúde ou outras produções científicas que tenham correlação com o tema em outras sociedades.



2.4. ONDE E COMO REALIZAR A BUSCA DESTES PROTOCOLOS

As bases de dados seriam os locais de acessos utilizados, após definição da finalidade do protocolo e a qual público-alvo se destina. É preciso buscar em grandes bases de dados, para diferentes áreas de conhecimento como exemplificados abaixo:

- Site das sociedades das especialidades;
- Site do Ministério da Saúde (Cadernos de Atenção Primária): <https://aps.saude.gov.br/biblioteca/index>;
- Site *Trip Medical Database*: <http://www.tripdatabase.com/>;
- Site NICE | *The National Institute for Health and Care Excellence*: <http://www.nice.org.uk/>;
- Site INAHTA: <http://www.inahta.org/>;
- Portal Regional da BVS: <http://regional.bvsalud.org/php/index.php>;
- Site PubMed/NCBI – NIH: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov>;
- Telesaúde – RS: <https://www.ufrgs.br/telessauders/>;
- Projeto diretrizes AMB: <https://amb.org.br/projeto-diretrizes/>;
- UpToDate: <https://www.uptodate.com/contents/search>;
- Portal SBE Saúde Baseada em Evidências: <https://psbe.ufrn.br/>;
- *US Prevention Services Task Force*: <https://www.uspreventiveservices-taskforce.org/uspstf/>;
- Dynamed: <https://www.dynamed.com/>.

CAPÍTULO 3

METODOLOGIA PARA ADAPTAÇÃO E CONSOLIDAÇÃO DOS PROTOCOLOS CLÍNICOS ESCOLHIDOS

(Análise dos protocolos de acordo com a aplicabilidade e viabilidade)

Os protocolos clínicos selecionados para a condição de saúde em estudo, deverão ter a sua viabilidade e aplicabilidade avaliadas. Neste trabalho é sempre importante levar em consideração a população-alvo a ser beneficiada e as características do serviço que adotará este material que está sendo construído. Não terá sucesso, por exemplo, o serviço de atenção primária que aplicar um protocolo desenvolvido para outros níveis assistenciais, sem avaliação e adaptações necessárias. É preciso respeitar as diferenças epidemiológicas, as complexidades, os exames indicados e as prescrições das patologias nos diferentes pontos da rede de atenção à saúde, buscando evitar a medicalização excessiva, o desperdício de recursos e o emprego de condutas inadequadas.

Para construção dos protocolos faz-se necessário a revisão sistemática e a comparação entre eles conforme as recomendações das práticas clínicas baseadas em evidência. Para isso, é fundamental identificar pontos essenciais ao cuidado da condição de saúde que sejam comuns entre os protocolos, e a partir disso estabelecer um padrão de avaliação de cada protocolo, minimizando a variabilidade das informações e qualificando a definição do protocolo que será consolidado.

As etapas para a consolidação e implementação de um único protocolo assistencial baseado em evidência compreendem:

1. Receber os protocolos escolhidos e realizar leitura criteriosa;
2. Definir e estruturar um conjunto mínimo de tópicos ou critérios a serem abordados que precisam estar presentes de acordo com a condição de saúde escolhida;

3. Avaliar o conteúdo do protocolo, buscar respostas nas fontes de informações para facilitar a comparação dos diferentes trabalhos;
4. Qualificar os estudos e os pontos em comum mediante um critério classificatório, sintetizar e identificar a melhor evidência disponível (vide tabela);
5. Selecionar o protocolo aplicável de acordo com os critérios elencados acima, construir e consolidar as evidências em um único protocolo assistencial;
6. Avaliar os resultados.

Para facilitar esse processo exemplificamos a criação de uma tabela comparativa que contenha tópicos em comuns respeitando a condição de saúde escolhida, a melhor resposta ao problema clínico, conduta e ou intervenção a ser adotada e a melhor evidência científica dos diferentes trabalhos:

1º Passo: analisar os tópicos mencionados

PROTOCOLO DE DENGUE

Definição: identificação precoce dos casos de dengue e manejo clínico

TÓPICOS	PROTOCOLO 1	PROTOCOLO 2	PROTOCOLO 3	PROTOCOLO 4
Sinais e sintomas	Presente	Ausente	Presente inespecífico	Ausente
Diagnóstico	Presente	Presente	Presente	Não se aplica
Classificação	Presente	Presente	Presente	Presente
Estadiamento	Presente	Presente	Presente	Presente
Tratamento	Presente	Presente	Presente	Presente
Confirmação laboratorial	Presente	Presente	Presente	Presente
Complicações e intervenções	Presente	Presente	Presente	Presente

2º Passo: selecionar os protocolos a serem adaptados pela unidade e consolidar as evidências num único protocolo

PROTOCOLO DE DENGUE

Definição: identificação precoce dos casos de dengue e manejo clínico

TÓPICOS	PROTOCOLO 1	PROTOCOLO 2	PROTOCOLO 3	PROTOCOLO 4
Sinais e sintomas	Presente	Ausente	Presente inespecífico	Ausente
Diagnóstico	Presente	Presente	Presente	Não se aplica
Classificação	Presente	Ausente	Presente	Presente
Estadiamento	Presente	Presente	Presente	Presente
Tratamento	Presente	Ausente	Presente	Presente
Confirmação laboratorial	Presente	Presente	Presente	Presente
Complicações e intervenções	Presente	Presente	Presente	Presente

No quadro acima foram selecionados os protocolos 1 e 4 para composição do consolidado conforme a identificação das cores. Desta forma, o protocolo final será composto dos seguintes itens:

- Sinais e sintomas e diagnósticos retirados apenas do protocolo 1;
- Classificação, estadiamento, tratamento, confirmação laboratorial e complicações e intervenções – deverá ser realizado um consolidado das informações contidas nos protocolos 1 e 4.



ABORDAGEM
POPULACIONAL E
ESTRATIFICAÇÃO
DE RISCO

EIXO 3

CAPÍTULO 1

FORMATO PADRÃO PARA LEVANTAMENTO DE EPIDEMIOLOGIA ESPERADA DE ACORDO COM CARACTERÍSTICAS POPULACIONAIS

1.1 METODOLOGIA PADRÃO PARA LEVANTAMENTO DA PREVALÊNCIA ESPERADA DE UMA DETERMINADA CONDIÇÃO DE SAÚDE EM UMA POPULAÇÃO PRÉ-ESTABELECIDO (PREVALÊNCIA POR FAIXA ETÁRIA, SEXO, GRAVIDADE DA DOENÇA)

A partir da definição da condição de saúde e do respectivo protocolo, pode se avaliar como essa condição de saúde se distribui na população que está sendo acompanhada pela equipe APS. Este processo é importante porque nos permite organizar as ações para a implantação do protocolo e para a gestão populacional mais assertiva.

Essa etapa consiste em identificação das métricas (prevalência/incidência), análise dos estratos populacionais, severidade da condição de saúde, sua distribuição demográfica e a sua associação com comorbidades pré-existentes.

Uma das primeiras informações a serem obtidas é a estimativa da prevalência/incidência da condição de saúde em relação à população abordada.

Para obter a prevalência, é necessário levantar número de casos da condição de saúde estudada e dividir pelo número de pessoas da população no mesmo período.

Para condições agudas transmissíveis, é sugerido também levantar a incidência da amostra, pois é importante entender a curva de crescimento de casos na população. Para descobrir a incidência é necessário dividir o número de casos novos da condição de saúde no período, pelo número de pessoas exposta àquela situação no mesmo período. O valor obtido é a incidência.

Com os dados levantados podemos identificar e comparar como a população se comporta em determinada situação de saúde, podendo obter resultados semelhantes ou diferentes das métricas disponíveis nos órgãos de referência.

Isso nos permite analisar a demanda estimada de cuidado para a determinada condição de saúde e, conseqüentemente, nos ajuda na organização das agendas e fluxos de atendimentos das unidades de atenção primária.



1.2 COMPARAÇÃO ENTRE O RESULTADO ENCONTRADO E O MEDIDO ATÉ O MOMENTO

O passo a passo para extração e análise da prevalência/incidência de uma determinada condição de saúde que está sob nossos cuidados:

1º passo: levantar os dados necessários na sua população para o cálculo dos indicadores epidemiológicos (prevalência e ou incidência) exemplo: para o cálculo da prevalência é necessário número de casos diagnosticados na sua população e o número de pessoas que estão aos seus cuidados no mesmo período.

2º passo: realizar o cálculo dos indicadores.

3º passo: comparar os resultados obtidos com os valores esperados para os mesmos indicadores conforme levantamento na literatura pelo protocolo escolhido.

Essa análise nos permitirá perceber valores iguais ou diferentes de acordo com a base de referência, para os resultados muito divergentes, a sugestão é avaliar qual ou quais fatores podem estar contribuindo para essa situação. Por exemplo, caso você identifique valores de prevalência menores que o esperado poderíamos pensar que estamos diante de uma população menos adoecidas ou há desconhecimentos da equipe em relação a outros casos possíveis da condição de saúde na população assistida.

Abaixo seguem as sugestões sobre as indagações sobre os possíveis questionamentos a serem realizados pela equipe no caso de os resultados dos indicadores calculados serem divergentes dos valores encontrados na literatura:

- 1.** Quais são as diferenças demográficas entre sua população assistida e a população que possui maiores chances de apresentarem as condições de saúde estabelecida conforme a literatura? Como essas diferenças influenciam o resultado encontrado por você?
- 2.** Em relação à condição de saúde escolhida, quais outros fatores podem influenciar as diferenças de resultados obtidos? Exemplos: sazonalidade, região de atuação, presença de outras comorbidades na população etc. Avalie como esses fatores podem ter contribuído nas diferenças encontradas.
- 3.** Quais os fatores do processo de trabalho, dentro do serviço de atenção primária e da capacitação da equipe, podem estar influenciando nos resultados encontrados?

Caso não encontre valores de base da literatura no protocolo escolhido, disponibilizamos alguns órgãos que podem servir como referência para os estudos comparativos, no levantamento da sua condição de saúde:

- Ministério da Saúde: cadernos, cartilhas, guias e manuais de saúde;
- Vigilância Sanitária;
- Portal da Secretaria de Atenção Primária à Saúde;
- Sociedade brasileira de acordo com a condição de saúde.

ANEXOS DO CAPÍTULO SOBRE DEFINIÇÕES DE EPIDEMIOLOGIA

Definição da epidemiologia

Epidemiologia pode ser definida como a “ciência que estuda o processo saúde-doença em coletividades humanas, analisando a distribuição e os fatores determinantes das enfermidades, danos à saúde e eventos associados à saúde coletiva, propondo medidas específicas de prevenção, controle ou erradicação de doenças, e fornecendo indicadores que sirvam de suporte ao planejamento, administração e avaliação das ações de saúde” (ROUQUAYROL e GOLDBAUM, 2003). Segundo Pereira (1995), a epidemiologia tem como princípio básico o entendimento de que os eventos relacionados à saúde, como doenças, seus determinantes e o uso de serviços de saúde não se distribuem ao acaso entre as pessoas. Há grupos populacionais que apresentam mais casos de certo agravo, por exemplo, e outros que morrem mais por determinada doença. Tais diferenças ocorrem porque os fatores que influenciam o estado de saúde das pessoas se distribuem desigualmente na população, acometendo mais alguns grupos do que outros.

Definição de doenças

São marcadores culturais da sociedade humana, decorrentes da forma como nossa espécie organiza sua vida social e da forma como ela convive com outras espécies e com o meio ambiente. Assim, é possível compreender como doenças “aparecem” e “somem”, e como vão se transformando ao longo do tempo. O que se compreende como doença inclui: disfunção física ou psicológica; estado subjetivo em que a pessoa percebe não estar bem; e um estado de disfunção social que acomete o indivíduo quando doente. As doenças não são, portanto, apenas algo diagnosticadas por profissionais de saúde, mas também fenômenos subjetivos autopercebidos.

Tendo ciência sobre o processo saúde/doença, e como as mesmas podem ser evidenciadas na coletividade humana, as condições de saúde que extrapolam o número habitual, fazem necessário aprofundar o conhecimento de tal condição bem como investigar a prevalência e incidência, e de acordo com o resultado obtido realizar ações estratégicas para a promoção e prevenção de agravos à saúde.

Definição de incidência

Como você pode notar, os casos novos ou incidentes são aqueles que não estavam doentes no início do período de observação, mas que adoeceram no decorrer desse período. A incidência diz respeito à frequência com que surgem novos casos de uma doença num intervalo de tempo, como se fosse um “filme” sobre a ocorrência da doença, no qual cada quadro pode conter um novo caso ou novos casos (PEREIRA, 1995), sendo essa uma medida dinâmica.

Definição de prevalência

Já a prevalência se refere ao número de casos existentes de uma doença em um dado momento; é uma “fotografia” sobre a sua ocorrência, sendo assim uma medida estática. Os casos existentes são daqueles que adoeceram em algum momento do passado, somados aos casos novos dos que ainda estão vivos e doentes (MEDRONHO, 2005, PEREIRA, 1995).

Métricas utilizadas

Para descrever as condições de saúde da população, medindo a frequência com que ocorrem os problemas de saúde em populações humanas, é um dos objetivos da epidemiologia. Para fazer essas mensurações, utilizamos as medidas de **incidência e prevalência**.

$$\text{Incidência} = \frac{\text{Número de casos novos em determinado período}}{\text{Número de pessoas expostas ao risco no mesmo período}} \times \text{constante}$$

$$\text{Prevalência} = \frac{\text{Número de casos existentes em determinado período}}{\text{Número de pessoas na população no mesmo período}} \times \text{constante}$$

Na área da saúde, a prevalência ajuda o profissional a conhecer a probabilidade, ou o risco, de um indivíduo sofrer de determinada doença. O conceito é também muito útil na elaboração e planificação de políticas e programas de saúde, uma vez que permite organizar os recursos existentes para os problemas de saúde mais importantes.

CAPÍTULO 2

METODOLOGIA DE COMO ESTRATIFICAR POPULAÇÕES POR CONDIÇÃO DE SAÚDE

2.1 DEFINIÇÃO DE ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO (CONCEITO)

A estratificação da população por riscos é um elemento fundamental no modelo de atenção às condições de saúde ao dividir uma população total em diferentes tipos de subpopulações. Estratificar é reconhecer os diferentes graus de riscos de cada pessoa com determinado agravo.

É fundamental construir cada estratificação de acordo com as especificidades da condição de saúde a ser trabalhada, levando-se em conta não só os aspectos orgânicos, mas valorizando a capacidade de autocuidado, vulnerabilidade social, contexto local (gestão, equipe, apoio diagnóstico), entre outros.

A unidade de saúde tem a tarefa essencial na estratificação ao realizar o cadastramento de todos os beneficiários vinculados. A finalidade da estratificação de risco é classificar os usuários de um determinado serviço de acordo com a gravidade da condição de saúde, a fim de avaliar, organizar e garantir o atendimento a cada usuário, conforme sua real necessidade, além de suprir as necessidades de gerenciamento de recursos da instituição e garantir um melhor resultado.

2.2 PADRÕES DE ESTRATIFICAÇÃO

Na atenção às condições de saúde existem diferentes formas de estratificação. Abordaremos a seguinte proposta para buscar identificar os grupos de pessoas com semelhantes necessidades, de acordo com os critérios: a severidade da condição estabelecida (gravidade); a capacidade de autocuidado, que contempla aspectos socioeconômicos e culturais, o grau de confiança e o apoio que as pessoas têm para cuidar de si mesmas; e a vulnerabilidade de acordo com as condições de saúde identificadas.

Grau de severidade

A gravidade da condição de saúde é resultado da complexidade do problema (e sua interferência na qualidade de vida da pessoa), bem como, do risco de ocorrer um evento que cause morbidade ou mortalidade. Neste contexto, podemos estabelecer quatro graus de severidade:

Grau 1: presença de fatores de risco ligados ao comportamento e estilo de vida na ausência de enfermidades;

Grau 2: condição de saúde simples, com fatores biopsicológicos de baixo ou de médio risco;

Grau 3: condição de saúde complexa ou presença de fatores de alto risco para complicações;

Grau 4: condição de saúde muito complexa ou de alto risco (complicação estabelecida com grande interferência na qualidade de vida).

Gravidade da doença

No contexto das doenças crônicas, um exemplo citado no caderno de saúde cardiovasculares, podemos estabelecer graus de severidade da condição crônica:

GRAUS DE SEVERIDADE DA CONDIÇÃO CRÔNICA	EXEMPLOS
Grau 1 Presença de fatores de risco ligados aos comportamentos e estilos de vida na ausência de doença cardiovascular.	<ul style="list-style-type: none">• Tabagismo• Excesso de peso• Sedentarismo• Uso de álcool
Grau 2 Condição crônica simples, com fatores biopsicológicos de baixo ou de médio risco.	DM e Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) dentro da meta estabelecida, sem complicações, com baixo ou médio risco cardiovascular em avaliação por escores de risco, como o escore de Framingham
Grau 3 Condição crônica complexa ou presença de fatores de alto risco para complicações cardiovasculares.	<ul style="list-style-type: none">• Alto risco para doença cardiovascular em avaliação de escores de risco• Microalbuminúria/proteinúria• Hipertrofia ventricular esquerda• Uso de insulina• DM2 acima da meta glicêmica• HAS acima da meta pressórica
Grau 4 Condição crônica muito complexa ou de alto risco (complicação estabelecida com grande interferência na qualidade de vida).	<ul style="list-style-type: none">• Cardiopatia isquêmica• AVC prévio• Vasculopatia periférica• Retinopatia por DM• ICC classes II, III e IV• Insuficiência renal crônica• Pé diabético/neuropatia periférica

Na presença de situações de diferentes graus, considera-se aquela que caracteriza o maior grau. Por exemplo: pessoa tabagista (grau 1), com hipertensão fora da meta pressórica (grau 3): considera-se grau 3 de severidade.



Autocuidado

O sucesso do tratamento depende fortemente da participação e do envolvimento do usuário enquanto sujeito ativo de seu tratamento. Uma atitude de autocuidado que leve a estilos e práticas de vida mais saudáveis, assim como a adesão ao tratamento não depende apenas de uma prescrição profissional, mas de uma conscientização do usuário sobre sua condição de saúde e a relação dela com suas práticas.

A avaliação da capacidade de autocuidado é, em boa parte, subjetiva, pois depende da percepção do profissional e da equipe de saúde ao observar o contexto e as atitudes da pessoa diante de sua condição de saúde. Mas há formas de aperfeiçoar a avaliação destes aspectos que incluem o conhecimento sobre as crenças relacionadas à condição de saúde, as atitudes, a confiança e a motivação diante das mudanças, a importância dada à condição, a presença e a força das redes de suporte social (MENDES, 2012).

Sugere-se neste tópico a operacionalização destes aspectos em termos de suficiente e insuficiente. Dependendo do julgamento clínico, realizado por um profissional/equipe que conhece a pessoa e o seu contexto. Pode ocorrer que, ainda que a classificação pontue como de baixo ou de médio risco determinado indivíduo, o profissional pode considerá-lo de alto risco devido ao contexto momentâneo desfavorável. Informações trazidas por qualquer membro da equipe são relevantes para aperfeiçoar a avaliação do risco/vulnerabilidade.

O autocuidado apoiado significa uma colaboração estreita entre a equipe de saúde e os usuários, os quais trabalham em conjunto para definir o problema, estabelecer as metas, monitorá-las, instituir os planos de cuidado e resolver as situações que apareçam ao longo do processo. Para aplicação dessa estratégia, é importante: treinar os profissionais de saúde para que colaborem com os usuários no estabelecimento de metas para o autocuidado, já que implica mudanças de práticas; instrumentos de autocuidado baseados em evidências clínica e utilização de estratégias grupais. Ainda, procurar apoio por meio de ações educacionais, informações e meios físicos, buscando recursos da comunidade para que as metas de autogerenciamento sejam obtidas.

O autocuidado não é equivalente à atividade prescritora do profissional de saúde, que diz ao usuário o que ele deve fazer. Significa reconhecer o papel central do usuário em relação a sua saúde, desenvolvendo um sentido de autorresponsabilidade sanitária e transformando o profissional de saúde em seu parceiro. O apoio da família, amigos, organizações comunitárias e da equipe multiprofissional de saúde é essencial para que o autocuidado seja efetivo.

Neste contexto, espera-se que as pessoas com capacidade de autocuidado considerado insuficiente progridam para um grau suficiente, sendo papel essencial das equipes de saúde apoiar seus pacientes a receberem informações que lhes permitam tomar posturas proativas de cuidados. Além disso, a capacidade de autocuidado deve ser sistematicamente avaliada pelos profissionais, em relação às mudanças de atitude, aspectos socioeconômicos, culturais e a capacidade do indivíduo/família.

Situações que ajudam a ilustrar as circunstâncias em que a capacidade de autocuidado pode ser insuficiente:

Vulnerabilidade

Denomina-se risco a probabilidade e as possibilidades de um evento/exposição ocorrer ou atingir determinado grupo, área, população ou indivíduo. Em contrapartida a vulnerabilidade expressa os potenciais de adoecimento/não adoecimento. Segundo Ayres (2009), a vulnerabilidade do indivíduo está associada a três dimensões: individual (aspectos biológicos, emocionais, cognitivos, comportamentais e sociais); programática (acesso, vínculo e organização dos serviços de saúde) e a social (aspectos culturais, sociais e econômicos).

Neste contexto, o estado de vulnerabilidade está relacionado à necessidade de cuidados, resultado da sobreposição de fatores que produzem agravos em saúde aos indivíduos e suas famílias, diante de condições que impedem o desenvolvimento saudável. Em alguns casos, o tato, a competência técnica, o bom senso e a sensibilidade são suficientes para avaliar os casos atendidos, considerando o risco e a vulnerabilidade. No entanto, pode haver dificuldades na estratificação, seja de cunho técnico, seja em termos da aceitação/suporte pelos colegas de trabalho. Por isso é importante que as equipes discutam, que haja troca de conhecimentos, que sejam pactuados critérios e sinais que sirvam de subsídios para a classificação do risco, bem como para o entendimento da vulnerabilidade (que, muitas vezes, requer exceção ao que está padronizado).

É essencial lembrar que há algumas condições que aumentam a vulnerabilidade das pessoas e que o acolhimento representa grande oportunidade de incluí-las, de inseri-las em planos de cuidado. Desta forma, qualquer procura por atendimento na unidade, seja por um problema clinicamente simples e de baixo risco, nesse momento é oportuno também para ofertar ou programar outras possibilidades, levando em consideração a necessidade de cada paciente e as linhas de cuidados pré-estabelecidas. A natureza da atenção primária, na qual as noções de vinculação, responsabilização, clínica ampliada e gestão do cuidado são fundamentais, exige, de forma bastante evidente, a combinação do olhar sobre riscos e vulnerabilidades. Além disso, escutar a avaliação que os usuários fazem da sua situação é uma atitude de respeito e de apoio à construção de mais autonomia, contribuindo para o autocuidado, assim como para a solidariedade entre os usuários.

O adoecer tem diferentes significados para cada usuário. A manifestação do sofrimento também varia de pessoa para pessoa, pois apresentam diferentes capacidades de lidar com os problemas (físicos, mentais, sociais). Acolher é o início de um projeto terapêutico, mas também o início (ou continuidade) de uma relação de vínculo. É preciso manter os sentidos atentos, olhar também os sinais não verbais, para captar, o que se apresenta para além da demanda referida.

O protocolo de estratificação de risco é uma ferramenta útil e necessária, porém não é suficiente. Ele nem sempre privilegia os aspectos subjetivos, afetivos, sociais, culturais (e nem teria como, pois, essas dimensões abrangem grande número de variáveis que, muitas vezes, não têm como ser objetivadas), cuja compreensão é fundamental para a efetiva avaliação do risco e da vulnerabilidade de cada pessoa que procura o serviço de saúde.

O protocolo não substitui a interação, o diálogo, a escuta, o respeito, enfim, o acolhimento do cidadão e de sua queixa para a avaliação do seu potencial de agravamento.

2.3 METODOLOGIA PARA ESTRATIFICAÇÃO DA POPULAÇÃO POR RISCOS (COMO REALIZAR BASEADO NOS PADRÕES ESTABELECIDOS ACIMA)

Avaliar o grau de severidade, capacidade de autocuidado e vulnerabilidade imposta pela condição de saúde tem por objetivo conhecer melhor as necessidades de cuidado de cada indivíduo (e do grupo com um mesmo estrato de risco) e, assim, planejar as melhores recomendações de atenção à saúde.

A metodologia a seguir, sugere observações para estabelecer o estrato de risco do indivíduo:

Passo 1: avaliar as condições de saúde do beneficiário;

Passo 2: realizar as medições necessárias conforme o protocolo e os estudos da condição determinada;

Passo 3: correlacionar a condição e as medições para estabelecer o estrato de risco;

Passo 4: definir o estrato e cuidados proporcionais.

2.4 FORMATOS DE REGISTRO PARA O ACOMPANHAMENTO POPULACIONAL

O registro de condições de saúde se dá por meio de uma lista de pessoas portadoras de uma determinada condição crônica associada a informações clínicas que permitem a melhoria e o monitoramento da atenção à saúde, ou seja, o registro de uma subpopulação classificada por riscos e com as anotações das principais intervenções que devem ser realizadas e monitoradas. Um bom registro permite tornar a prática clínica mais proativa, monitorar cada beneficiário do plano, estabelecer boa comunicação com eles e manejar melhor suas condições de saúde.

Neste contexto, a organização e o acompanhamento populacional dependem dos recursos disponíveis na unidade de atenção primária como uma forma sistematizada para estratificar a população de acordo com as condições crônicas. O recurso escolhido deve ser pautado nas seguintes possibilidades: proporcionar a identificação da subpopulação portadora de determinada condição crônica; permitir o acompanhamento dos indivíduos e grupos de acordo com a condição crônica determinada; possibilitar a emissão de lembretes e feedbacks para as equipes de saúde e para os próprios clientes; e viabilizar a extração eficiente de dados-chave, principalmente para o monitoramento dos planos de cuidado.

Além disso, o modelo de registro deve ser desenvolvido de forma que toda a equipe de saúde tenha a facilidade de manusear a ferramenta e extrair os dados necessários para o monitoramento, ou seja, deve ser de fácil utilização, no qual a inclusão de informações seja simples, permita organizar os dados por subpopulações de riscos, demonstre relatórios de forma prática e rápida, promova sumários, lembretes e alertas para serem utilizados nos atendimentos pelas equipes, ser utilizável para quaisquer condição crônica, conter somente dados fundamentais, sem informações clínicas que contaminem o material diante do manejo da condição de saúde, descomplicado e sem a necessidade de habilidades específicas de computação elevada e ter como papel principal orientar a atenção em saúde e permitir o acompanhamento eficaz desta subpopulação.

A construção dos registros de condições de saúde é um processo que envolve: identificar a população total de responsabilidade do sistema de atenção à saúde; dividir essa população total em subpopulações por riscos; estabelecer metas para as diferentes subpopulações, com base na literatura; estabelecer as intervenções de efetividade comprovada para cada subpopulação de risco; avaliar a brecha entre as intervenções ideais e as intervenções realmente ofertadas; programar as intervenções a serem ofertadas; monitorar, por subpopulações, as intervenções e as metas definidas; definir as fontes, a periodicidade e a responsabilidade da produção das informações a serem monitoradas; compilar os dados das diferentes fontes de informação; analisar essas informações e apresentá-las de forma amigável para os seus diferentes utilizadores; criar mecanismos de feedbacks, alertas e lembretes para os profissionais de saúde; criar sumários clínicos para serem usados pelos profissionais nos diferentes tipos de cuidados; automatizar o processo; garantir a atualização constante das informações; e promover a educação dos profissionais para o uso do registro.

De acordo com Eugênio Vilaça Mendes, esse processo é chamado de gestão das patologias. Para a realização dele, é necessário ter um banco de informações, seja por meio de sistema de informação, planilha do Excel ou outros softwares, para controle e gestão populacional. Existem vários modelos disponibilizados para a realização do monitoramento dos pacientes, mas é essencial que esses modelos sejam adaptados para a realidade do serviço e sigam os princípios da Lei Geral de Proteção de Dados (Lei nº 13.709, de 14 de agosto de 2018).

Os dados do paciente devem ser colocados na planilha de uma forma clara e objetiva após avaliação profissional e monitoramento, estes dados podem ser modificados de acordo com o acompanhamento de saúde para auxiliar no diagnóstico, ajudar nas tomadas de decisões, no planejamento e na implementação das intervenções, avaliação dos resultados alcançados e esperados, criação dos grupos de educação em saúde, entre outros benefícios.

Um exemplo muito utilizado para acompanhamento dos casos é a planilha em Excel contendo identificação do paciente (dados cadastrais), classificação do estrato populacional, capacidade de autocuidado, periodicidade, ação de cuidado e desfecho, conforme modelo abaixo:

Nº CARTÃO	NOME BENEFICIÁRIO	DOENÇA	ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO	CLASSIFICAÇÃO DO ESTRATO	PERIODICIDADE	AÇÃO DE CUIDADO	DESFECHO
-----------	-------------------	--------	-------------------------	--------------------------	---------------	-----------------	----------

CAPÍTULO 3

FORMATO DE ABORDAGEM POPULACIONAL PARA CADA ESTRATO POPULACIONAL

3.1 TIPOS DE ABORDAGEM RECOMENDADOS PARA CADA ESTRATO POPULACIONAL

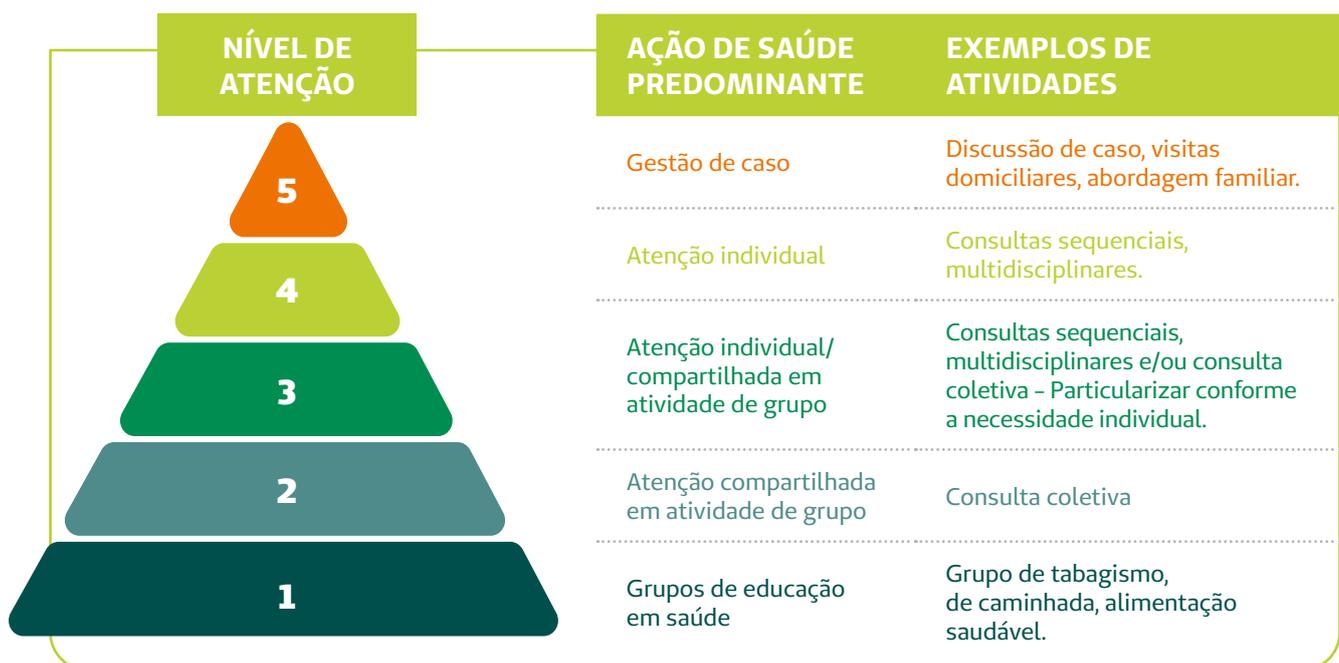
Após a estratificação de risco definida pelo protocolo, inicia-se o processo de abordagem populacional. Para cada estrato populacional é preciso destinar um tipo de carteira de serviços recomendada pelos protocolos selecionados e seguir as recomendações definidas.

Quando se fala em estratificar pacientes com doenças crônicas (agrupar, segundo uma ordem, um critério) significa reconhecer que os pacientes apresentam necessidades diferentes e graus de risco e vulnerabilidade diversos. As necessidades variam conforme o risco, por exemplo: leve, moderado ou alto, por isso, conhecer cada paciente ajuda os profissionais a adequar as ações, tanto individuais como coletivas e utilizar melhor os recursos do serviço.

A equipe deve levar em consideração as necessidades de cada pessoa para planejar as recomendações assertivas de cuidado dentro do mesmo estrato de risco populacional, conforme método clínico centrado na pessoa.

De acordo com os níveis (estratos) é recomendado o tipo de ação em saúde específica predominante, porém, essa recomendação não exclui as demais (figura 2). Como exemplo de tipo de abordagem para cada estrato populacional podemos citar:

FIGURA 2 – OS DIFERENTES ESTRATOS DE RISCO E CORRESPONDENTES EXEMPLOS DE AÇÕES PREDOMINANTEMENTE RECOMENDADAS PARA DOENÇAS CRÔNICAS CARDIOVASCULARES



Fonte: (STÜRMER; BIANCHINI, 2012).

• **Nível 1 – Promoção da saúde**

Grupo de educação em saúde

Representam as pessoas em situação de menor risco/vulnerabilidade que possuem apenas os fatores de risco ligados a comportamentos e estilo de vida, não apresentando doença estabelecida. Nessa situação, o apoio ao autocuidado é uma estratégia fundamental. A principal ação de saúde são atividades de educação em saúde direcionadas à abordagem dos fatores de risco.

• **Nível 2 – Prevenção das condições de saúde (fatores de risco modificáveis – comportamento e estilo de vida)**

Atenção compartilhada em atividade de grupo

Considerado baixo risco, correspondem às pessoas com fatores biopsicológicos estabelecidos e que exigem cuidado profissional dirigido, pois o apoio ao autocuidado ainda é a base da abordagem. A constatação de baixo risco recomenda ações de apoio ao autocuidado e cuidado compartilhado entre os diferentes profissionais da equipe de saúde. A consulta coletiva pode ser um exemplo.

• **Nível 3 – Gestão de condição de saúde (condição crônica simples de baixo ou médio risco)**

Atenção individual + compartilhada de grupo – tecnologias de autocuidado apoiado

Compreendem um estrato intermediário em que a condição crônica representa um risco maior, e a condição clínica determina o tipo de atenção à saúde a ser ofertado pela equipe. Por exemplo, quando a hipertensão não está controlada apesar do cumprimento do plano de cuidados, a atenção clínica precisa ser particularizada indo além das recomendações de protocolos, seja para investigação e/ou controle.

• **Nível 4 – Gestão de condição de saúde**

Atenção individual (autocuidado apoiado e cuidado profissional)

Representam pessoas com alto risco e que apresentem insuficiente capacidade para o autocuidado, ou aquelas que já possuem enfermidade crônica muito complexa, mas possuem capacidade suficiente de autocuidado. Esse grupo demanda atenção mais concentrada e individual por parte dos profissionais, por exemplo, com consultas sequenciais realizadas pelos diferentes profissionais implicados no cuidado das condições de saúde.

• **Nível 5 – Gestão de caso**

Atenção das condições crônicas muito complexas – gestor de caso

Correspondem às pessoas que necessitam da maior concentração de atenção profissional, pois a gravidade das condições estabelecidas soma-se a insuficiente capacidade de autocuidado. Essas pessoas devem ser cuidadas, prioritariamente, por meio da gestão de caso.



3.2 EXEMPLOS PARA IMPLANTAÇÃO DAS ABORDAGENS RECOMENDADAS

De acordo com os estratos populacionais definidos no protocolo são recomendadas as estratégias de abordagens, segue alguns exemplos utilizados levando em consideração as necessidades de cada indivíduo e a capacidade de autocuidado.

A medida da severidade de doença sai das estratégias para individualidade.

Grupos de educação em saúde

Grupo de tabagismo/alcoolismo, caminhada, alimentação saudável, educação para o autocuidado, sala de espera.

Atenção compartilhada em atividade de grupo

Consultas sequenciais, multidisciplinares e ou consulta coletiva (particularizar conforme a necessidade individual).

Atenção individual

Consultas sequenciais multidisciplinares de acordo com o plano de cuidados, práticas integrativas e complementares em saúde (PICS), método clínico centrado na pessoa (MCCP), terapia cognitivo-comportamental, entrevista motivacional, problematização (o empoderamento), aconselhamento e construção de vínculo.

Gestão de caso

Projeto terapêutico singular (PTS), discussão de casos, visitas domiciliares e abordagem familiar.

3.3 ESTABELECEER METODOLOGIA DE ACOMPANHAMENTO CONFORME PROTOCOLO CLÍNICO E ESTRATO POPULACIONAL

Após a realização do diagnóstico situacional da população, acompanhada pela equipe da APS, são determinadas as condições de saúde prevalentes que necessitam de maior atenção e monitoramento dos casos, conforme protocolo institucional para realização de ações conforme o plano de cuidados. Este plano deve ser monitorado pelos profissionais de forma contínua para avaliar se os objetivos estão sendo alcançados e para realizar as mudanças de conduta quando necessário com reajustes das intervenções. Este monitoramento pode ser realizado de forma presencial, por telefone ou por mensagem (correio eletrônico).

O monitoramento consiste em uma atividade periódica, realizado em intervalos de tempo regulares definidos pelos profissionais, de acordo com cada caso. Segundo Eugênio Vilaça Mendes, especialista em planejamento de saúde e consultor em Saúde Pública, os resultados demonstrados pelo sistema de monitoramento e avaliação servem para reajustar o processo de gestão da condição de saúde: os resultados se transformam em base de conhecimento para os profissionais, os objetivos podem ser reajustados, as diretrizes clínicas podem ser revistas e as estratégias educacionais e comunicacionais podem ser ajustadas.



ETAPAS DE
IMPLANTAÇÃO DO
PROTOCOLO NA
UNIDADE

EIXO 4

CAPÍTULO 1

METODOLOGIA PARA DEFINIÇÃO DE PAPÉIS E RESPONSABILIDADES

Para iniciar o processo de implantação de protocolos de saúde é importante garantir as etapas iniciais que contemplem a análise e a organização da equipe implicada no processo de cuidado em questão.

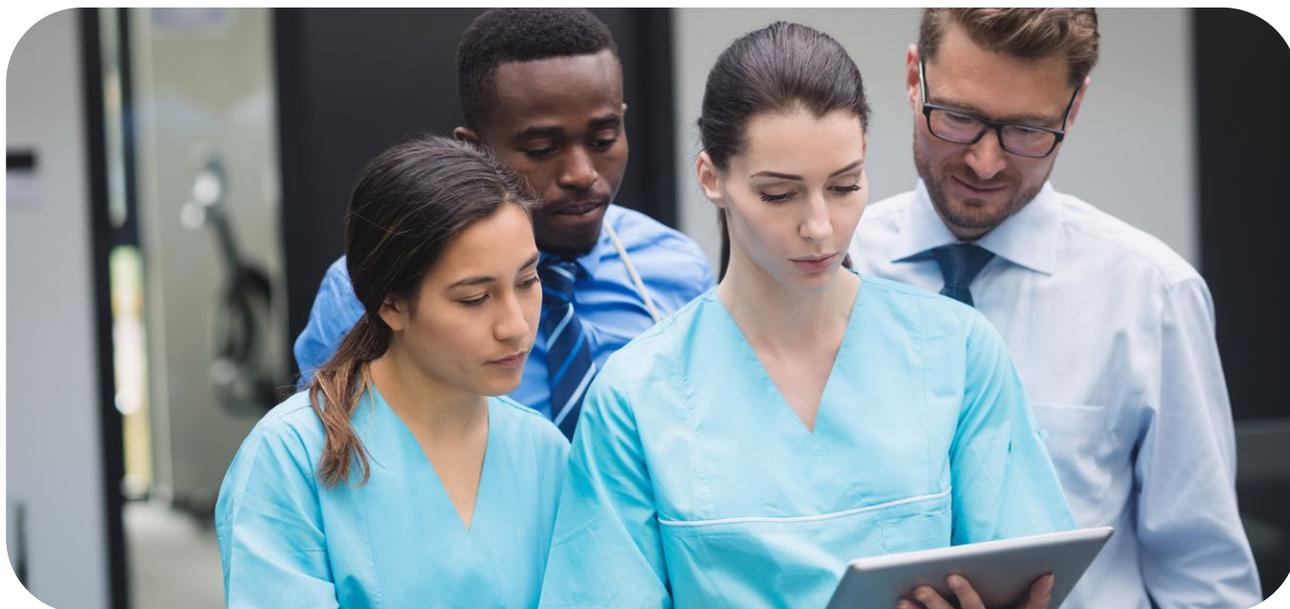
Uma das primeiras atividades que precisamos garantir é a definição e a atribuição de papéis e responsabilidades dentre os membros da equipe envolvida no protocolo a ser implantado. Para tanto, é necessário identificar as ações previstas no protocolo para que o mapeamento dos profissionais e suas respectivas atribuições possam ocorrer de forma adequada.

Definir quem são os envolvidos, bem como esclarecer as atividades e responsabilidades de cada profissional favorecem a funcionalidade e a eficiência do time, pois uma divisão clara de funções pode evitar duplicidade de ações ou até mesmo garantir que uma ação deixe de ser realizada por falta de clareza na atribuição das responsabilidades.

A seguir, apresentaremos um guia com as principais ações a serem consideradas no processo de organização da equipe na implantação de protocolos clínicos.

1.1 DEFINIR RESPONSABILIDADES ENTRE AS EQUIPES ASSISTENCIAIS, EQUIPES DE GESTÃO, BENEFICIÁRIOS E REDE

A implantação de protocolos pode abranger ações, não só da equipe assistencial, mas também ações relacionadas à gestão, aos beneficiários do serviço, bem como à rede de serviços de saúde. Portanto, é necessário um mapeamento claro de atribuições dentre as diversas partes envolvidas no processo, para que possamos alinhar tarefas e expectativas de acordo com o papel de cada um no cenário. Na prática, é importante identificar as ações assistenciais de responsabilidade direta da equipe de saúde e diferenciá-las de outras ações que podem ser de caráter de gestão ou até mesmo ações de responsabilidade externa atribuídas à rede de serviços.



1.2 ATRIBUIR PAPÉIS E RESPONSABILIDADES DE CADA MEMBRO DA EQUIPE DE SAÚDE

Nesta etapa da implantação de protocolos, a atenção deve estar voltada para a equipe de saúde e as ações que cada membro desenvolverá. Sugerimos realizar a atribuição de responsabilidades a partir de três direcionadores:

Demandas assistenciais do protocolo:

- Identificar a composição e o dimensionamento adequado dos profissionais em relação às atividades assistenciais previstas no protocolo a ser implantado;
- Pactuar com a equipe as atividades atribuídas.

Competência técnica e ética de cada membro da equipe:

Respeitar o escopo e as atribuições éticas e legais previstas para cada categoria profissional.

Organização da equipe:

- Correlacionar o fluxo de funcionamento do serviço de saúde com as atribuições de cada profissional. Buscar sempre a funcionalidade da equipe;
- Checar e, se necessário, elaborar ou alterar as descrições de cargos de acordo com as atividades previstas no protocolo e com os processos estabelecidos na instituição.

CAPÍTULO 2

METODOLOGIA PARA DEFINIÇÃO DOS PROCESSOS INTERNOS DA UNIDADE

2.1 MAPEAR E/OU IDENTIFICAR OS PROCESSOS INTERNOS DA UNIDADE QUE ESTÃO RELACIONADOS DIRETAMENTE AO PROTOCOLO

O mapeamento dos processos internos do serviço de saúde busca identificar fatores que possam facilitar, dificultar ou influenciar no desfecho da implementação do protocolo.

Uma organização que funciona com uma visão por processos é capaz de perceber todas as etapas e atividades envolvidas numa determinada tarefa e, assim, com esta percepção de ponta a ponta do trabalho, torna-se possível identificar necessidades e oportunidades de melhoria, num ciclo de aprimoramento constante. A implantação de protocolos torna-se facilitada à medida em que se tem clareza da interface entre os processos atuais da unidade e aqueles exigidos pelo protocolo a ser executado.

Sendo assim, recomendamos o exercício de mapeamento dos processos de forma objetiva e clara. Pode até contemplar uma representação gráfica e visual sobre como os processos são realizados em sua unidade de saúde. Toda esta ação será útil para:

- Entender os processos envolvidos na prática da unidade e necessários ao protocolo;
- Documentar e registrá-los;
- Padronizá-los;
- Transformá-los, gerando mudanças e melhorias.

Ao compreender os processos, possibilitamos:

- Identificar possíveis dificuldades em pontos específicos que podem prejudicar o andamento da implantação do protocolo. Ao identificá-los, podemos remodelá-lo para que os pontos levantados sejam solucionados;
- Identificar responsáveis por cada etapa produtiva e, a partir desta delimitação, determinar as atividades correspondentes a cada participante para que todos entendam como seu trabalho impactará nas atividades das demais pessoas da equipe;
- Previsão de custos, uma vez que com o mapeamento podemos identificar possíveis necessidades atreladas à implantação do protocolo;
- Criar checklists para facilitar o acompanhamento das etapas envolvidas;
- Melhor direcionamento da força de trabalho, a fim de evitar ou pelo menos reduzir os esforços relacionados a tarefas de baixo impacto na implantação do protocolo.

2.2 ADEQUAR OS PROCESSOS CONFORME NECESSIDADES ASSISTENCIAIS DO PROTOCOLO, REAVALIANDO OS PAPÉIS DOS ENVOLVIDOS E A OPERACIONALIZAÇÃO DO SERVIÇO, OBJETIVANDO MELHORES PRÁTICAS DE GESTÃO ASSISTENCIAL E ADMINISTRATIVA

Nesta fase de implantação de protocolos, a integração de processos, pessoas e responsabilidades deve ser o norteador para a tomada de decisões. A clareza dos papéis atribuídos a cada integrante da equipe deve facilitar a interação do time assistencial, equipe de gestores e usuários. O principal objetivo desta etapa é tornar claro o processo e evidenciar eventuais necessidades de adequação visando reduzir variações de práticas clínicas, proporcionando mais efetividade e eficiência na prestação de cuidados.

Deste modo, é fundamental o desenvolvimento de plano de ações para o sucesso da implementação do protocolo. Esse planejamento engloba envolver os indivíduos que serão afetados pelo processo de implementação, reconhecer as lideranças que possam apoiá-lo, identificar as principais barreiras para a implementação e os mecanismos para superá-las, identificar os recursos disponíveis, os profissionais facilitadores do processo e os mecanismos para fortalecê-los. Compreende, ainda, examinar as estratégias de implementação que poderão funcionar em determinado contexto, prever os principais resultados esperados após a implementação e definir os critérios de avaliação dos resultados.

2.3 OPERACIONALIZAÇÃO: READEQUAÇÃO DE ESTRUTURA, EQUIPAMENTOS, MATERIAIS, CANAIS DE COMUNICAÇÃO COM O CLIENTE

Definir os processos, por meio de um cronograma, com as tarefas e as necessidades de readequação da estrutura física, pessoal, equipamentos e materiais ajustados ao planejamento financeiro da implementação do protocolo.

Durante essa etapa, lembrar também de avaliar se há necessidade de readequação da estrutura física, de pessoal, de equipamentos e materiais. Estabelecer um cronograma para as adequações identificadas de acordo com os recursos financeiros disponibilizados.

CAPÍTULO 3

METODOLOGIA PARA COMUNICAÇÃO INTERNA DO PROTOCOLO, DOS PAPÉIS E DOS PROCESSOS

3.1 OBJETIVO DA COMUNICAÇÃO INTERNA DO PROTOCOLO NA UNIDADE

O objetivo da comunicação interna para os protocolos é compartilhar as informações relevantes, proporcionando oportunidades para que todos falem e sejam ouvidos, criando e fortalecendo o relacionamento interno da empresa a fim de manter um fluxo de informações padronizado e conscientizado pela equipe.

Em outras palavras, considera-se que a comunicação interna seja o ponto de partida para o alinhamento do discurso de uma organização. É o processo pelo qual os membros de uma organização agem como protagonistas, reúnem informações pertinentes, definem metas e objetivos a serem alcançados. E quando bem direcionada, permite aos indivíduos a renegociação das categorias, as interpretações e as experiências compartilhadas.

3.2 DIVERSOS FORMATOS DE COMUNICAÇÃO DO PROTOCOLO

Como forma de comunicação do protocolo pode-se trabalhar desde ferramentas verbais até de alta tecnologia agregando inclusive inteligência artificial. O importante é que se tenha minimamente o prontuário eletrônico do paciente (PEP) e que esse seja a fonte de compartilhamento de todas as informações, inclusive de protocolos.

Nesta linha de raciocínio não se recomenda a forma verbal de comunicação, uma vez que ela pode se perder e não estar intimamente ligada ao prontuário do paciente.

Em se tratando de formas manuais, sugere-se que, após a definição dos cuidados protocolares, crie-se registros (planilhas, documentos etc.) para que a equipe tenha gestão dos cuidados protocolares mínimos a serem entregues a seus pacientes.

O ideal é que o PEP consiga reproduzir alertas de quando os cuidados estão próximos a vencer e seja possível comunicar o próprio paciente. Assim a equipe pode ter acesso às informações de diversas formas, como por exemplo:

- **Protocolo – texto (PDF):** disponível em pasta compartilhada para toda a equipe e/ou em pasta física;
- **Fluxo geral e papéis – texto (PDF):** disponível em pasta compartilhada para toda a equipe e/ou em pasta física;
- **Fluxos específicos:** descritos de acordo com cada unidade;
- **Instrumentos de avaliação – texto (PDF):** disponível em pasta compartilhada para toda a equipe e/ou em pasta física. Exemplo: mini mental, GAD7.

CAPÍTULO 4

METODOLOGIA PARA CAPACITAÇÃO/TREINAMENTO DA EQUIPE DE CUIDADO

No processo de educação dos profissionais da saúde, as iniciativas de capacitação contínua têm sido caracterizadas pela relação com o processo de trabalho institucional, objetivando a transformação da prática. Para tanto, vem adotando como pressuposto pedagógico a discussão da realidade a partir dos elementos que façam sentido para os profissionais responsáveis pela busca na melhoria das condições de trabalho e da qualidade dos serviços. Neste processo de educação, a utilização de uma tecnologia de comunicação de ponta deve estar sustentada numa concepção de ensino que possibilite uma aprendizagem significativa, apoiada no pensamento reflexivo, dialógico, contextual, colaborativo e construtivo.



4.1 METODOLOGIA PARA CAPACITAÇÃO E TREINAMENTO DA EQUIPE

No cenário atual, há Singulares com política de gestão de pessoas consolidadas e outras em processo de estruturação, portanto sugere-se que:

Nas Singulares com Política de Gestão de Pessoas, o processo de treinamento e capacitação da equipe de APS com relação aos protocolos criados devem seguir a política instituída da perspectiva de educação permanente/continuada.

Já para a Singulares que estão com a Política de Gestão de Pessoas em construção, sugere-se a definição de um modelo pedagógico para as iniciativas de educação permanente em saúde, como exemplo: análise crítica da prática com a problematização. Tal método permite explorar as necessidades do ponto de vista do profissional envolvido e de sua prática no dia a dia. Ressaltando que o processo deve ser permanente e constante, criando uma evolução de conhecimento entre os profissionais e equipe, atrelado a melhoria da qualidade de forma contínua.

4.1.1 - PASSO A PASSO: PLANEJAMENTO E EXECUÇÃO DA CAPACITAÇÃO EM PROTOCOLOS

O programa de educação permanente deve conter:

- **Levantamento das necessidades de treinamento:** este deve ser elaborado desde a descrição de cargo até as necessidades específicas de cada colaborador;
- **Cronograma anual de atividades:** deve contemplar os diferentes temas apontados no levantamento de necessidade de treinamento;

- **Mapeamento de facilitadores:** deve-se buscar internamente se há profissionais com conhecimento/experiência para multiplicar o tema para a equipe. Caso contrário deve-se buscar o conhecimento externamente a operadora;
- **Metodologias definidas para capacitação:** definir como cada tema será abordado, como exemplo treinamentos, rodas de conversas, relatos de experiências e vivências;
- **Definição do público-alvo para cada tema,** ou seja, quem participa de qual atividade;
- **Formas de avaliação dos resultados alcançados:** ao final de cada processo, pode ser realizado uma roda de conversa com todos os envolvidos, visando avaliar o funcionamento, limitações e formas de aprimoramento como também a criação de um formulário de sugestões e melhorias.

Além das atividades educacionais desenvolvidas internamente, uma boa prática é contar com parcerias externas para a execução dos treinamentos, tais como equipe de Desenvolvimento Humano e Institucional da Unimed Fesp e Faculdade Unimed, outras instituições de ensino parceiras, que contam com um leque diferenciado de conteúdo sobre a APS.

CAPÍTULO 5

METODOLOGIA PARA COMUNICAÇÃO EXTERNA DO PROTOCOLO (OUTROS SERVIÇOS ASSISTENCIAIS)

A comunicação externa é toda comunicação direcionada ao público externo de interesse para viabilizar e sustentar algum produto ou serviço ou processo, por meio da conexão entre as partes interessadas. Ela deve ser clara e objetiva, para que seja compreensível por todos os interessados.

5.1 IMPORTÂNCIA ESTRATÉGICA DA COMUNICAÇÃO EXTERNA PARA ADESÃO AO PROTOCOLO

Os objetivos desta comunicação são:

- Garantir que o protocolo seja seguido como planejado;
- Fazer com que os terceiros compreendam esse processo;
- Envolver os terceiros de forma que participem do protocolo;
- Incentivar e fortalecer as relações com os parceiros.

5.2 METODOLOGIA DE COMUNICAÇÃO COM PÚBLICO E OUTROS SERVIÇOS DA REDE

Em primeiro lugar, é fundamental identificar quem são esses grupos para os quais a comunicação deverá ser feita. Para isso, sugerimos que se identifiquem no próprio protocolo quem são os públicos externos, quais seus papéis e os seus interesses dentro da cadeia de cuidados. A partir deste ponto de vista, fazer a análise de quais elementos serão facilitadores ou trarão barreiras para que ele seja posto em prática.

De acordo com o grau de conhecimento sobre o assunto do público externo selecionado e do seu envolvimento com o protocolo em questão, deve-se identificar quem fará essa comunicação e como ela será realizada (estratégia, formato, conteúdo, via de comunicação).

5.3 PASSO A PASSO: PLANEJAMENTO E EXECUÇÃO DA ESTRATÉGIA DE COMUNICAÇÃO EXTERNA DO PROTOCOLO:

a. Seleção do público externo

- Levantar quem são os públicos externos;
- Identificar quais os papéis e interesses deles dentro da cadeia de cuidados;
- Identificar quais os facilitadores e barreiras do protocolo;
- Selecionar dentre eles qual(is) o(s) público(s) externo(s) que deverão ser comunicados.

b. Identificar quem fará a comunicação

Selecionar quem poderá levar essa informação.

c. Traçar a estratégia comunicação (conteúdo, formato, via de comunicação)

CAPÍTULO 6

METODOLOGIA PARA ENVOLVIMENTO DO PACIENTE E/OU DA FAMÍLIA/ RESPONSÁVEL NO CUIDADO (AUTONOMIA E RESPONSABILIZAÇÃO)

6.1 POR QUE ENVOLVER OS PACIENTES E SEUS CUIDADORES NO PROCESSO DE CUIDADO?

Tanto paciente como cuidadores devem ser envolvidos no processo do cuidado, pois ambos são corresponsáveis pela continuidade do cuidado visando à promoção, prevenção e efetivação positiva do tratamento. Assim temos melhoria da qualidade, segurança, dos resultados assistenciais, da experiência do paciente, do gerenciamento de tempo e da comunicação entre profissionais e pacientes/família e, ainda, o aumento da satisfação e fidelização dos profissionais.

6.2 ESTRATÉGIAS DE ABORDAGEM PARA O ENVOLVIMENTO DOS PACIENTES E/OU DA FAMÍLIA/RESPONSÁVEL NO PROCESSO DE CUIDADO E FORMATOS DE IMPLEMENTAÇÃO

As estratégias de abordagem para o envolvimento dos pacientes e/ou família/responsável no processo do cuidado são de suma importância para aumentar a adesão do paciente e de seus familiares ao plano terapêutico, uma vez que todos são corresponsáveis pelo cuidado.

Recomendamos o uso do Método Clínico Centrado na Pessoa (MCCP), que é uma ferramenta clínica focada na pessoa e não na doença. Ele se sustenta em uma abordagem compreensiva e na qualidade da relação profissional-pessoa, e objetiva oferecer estratégias de abordagens que auxiliem no processo de identificação, percepção e motivação da pessoa/família para adesão ao cuidado.

Podem-se encontrar mais detalhes sobre o MCCP em: <http://rmmg.org/artigo/detalhes/2152>

Descrevemos abaixo algumas das principais estratégias utilizadas para abordagem do paciente/família/responsável:

ESTRATÉGIAS DE ABORDAGEM

ESTRATÉGIAS	O QUE É	OBJETIVO	COMO APLICAR
Método Clínico Centrado na Pessoa (MCCP).	Ferramenta clínica com enfoque na pessoa e não na doença.	Identificação, percepção e motivação da pessoa/família para adesão ao cuidado.	Estruturado em 4 componentes: Explorando saúde, doença e experiência da doença; Entendendo o paciente como um todo; Elaborando um plano conjunto de cuidado; Fortalecendo a relação médico-paciente.

Abordagem Cognitivo-Comportamental	Abordagem realizada a fim de identificar e modificar um pensamento disfuncional que leva a uma situação-problema.	Identificar esses pensamentos e seus desencadeantes para corrigi-los por meio da análise lógica.	Entrevista motivacional e demais formas de intervenção (mudança comportamental, motivação de mudança de Prochaska, entre outras).
------------------------------------	---	--	---

ESTRATÉGIAS	O QUE É	OBJETIVO	COMO APLICAR
Problematização	Estratégia utilizada para abordar uma situação problema sob outra perspectiva.	Construir uma visão crítica alternativa por meio de questões simples e direcionadas.	3 Etapas: Escutar e ouvir os problemas trazidos pelas pessoas; Problematizar a situação por meio de perguntas desencadeantes; Voltar à realidade com outro olhar para a resolução do conflito.
Abordagem familiar	Forma de analisar uma pessoa dentro do contexto sociofamiliar em que está inserida.	Interpretar como esse contexto influencia no processo saúde-doença e quais as maneiras mais eficientes de realizar uma intervenção.	Genograma Eco mapa Projeto terapêutico singular

Há outras ferramentas que podem ser utilizadas, cuja aplicabilidade depende das características da população analisada, da experiência do profissional e da situação em questão. O caderno de Atenção Básica n. 35, do Ministério da Saúde, traz mais informações acerca dessas técnicas, além outras formas de abordagem. Cabe ao usuário avaliar qual dessas irá se enquadrar de forma a atender com qualidade às necessidades de seus clientes.

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_pessoa_doenca_cronica_cab35.pdf

CAPÍTULO 7

METODOLOGIA DE ACOMPANHAMENTO DA ADESÃO E DOS RESULTADOS ASSISTENCIAIS DO PROTOCOLO CLÍNICO

“Não se gerencia o que não se mede, não se mede o que não se define, não se define o que não se entende, e não há sucesso no que não se gerencia”.

W. Edwards Deming

Protocolos clínicos trazem para as instituições de saúde a padronização das condutas médicas e de equipes assistenciais envolvidas, propiciando um elevado impacto na melhoria da qualidade assistencial e da segurança do paciente (PAZIN-FILHO, A. et. al.), além da uniformização dos tipos de tratamento para determinados diagnósticos.

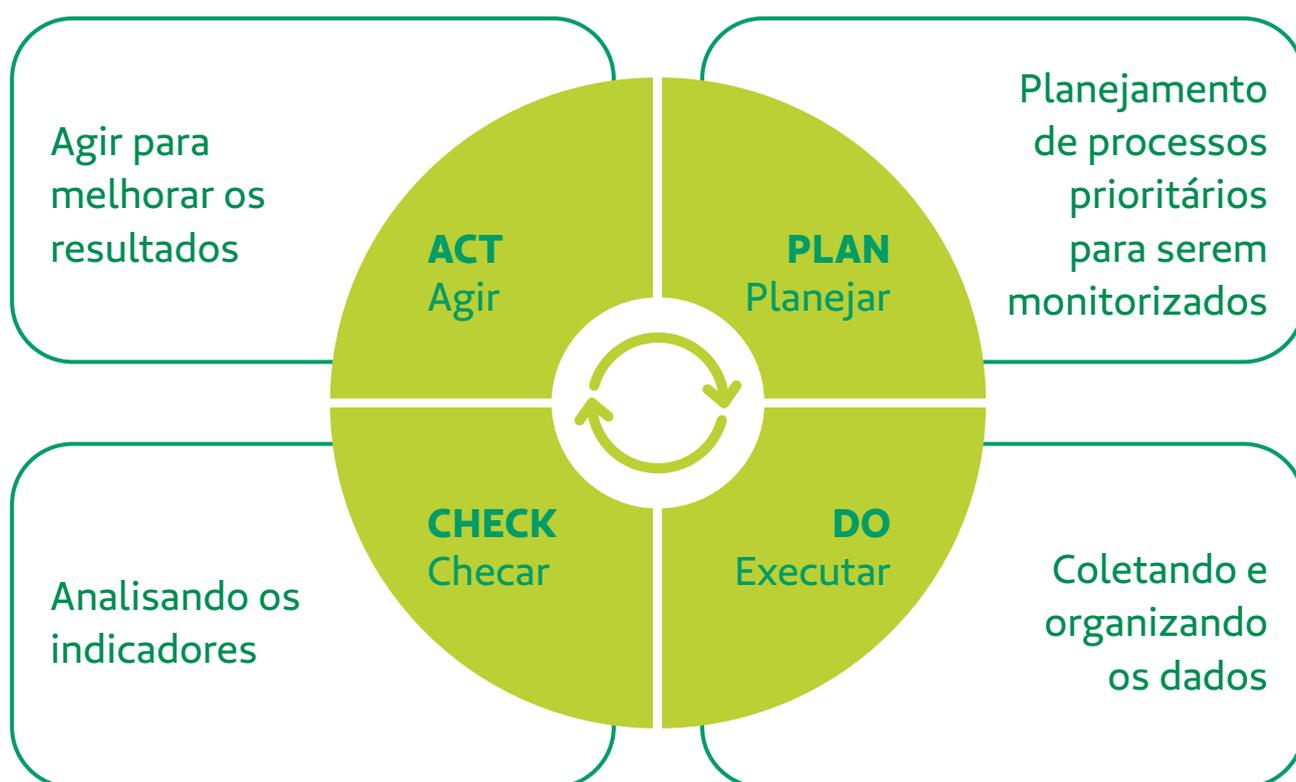
O acompanhamento da adesão ao protocolo clínico consiste em coletar informações de forma sistematizada ou manual, de acordo com a realidade de cada instituição, referentes às atividades, características e resultados, para que seja possível analisar, melhorar sua eficácia e orientar a alta gestão para tomadas de decisão.

Para o êxito da implantação de um protocolo de forma eficaz e com qualidade, os processos devem ser implementados e melhorados e, para tanto, a instituição precisa estar mobilizada para alcançar este objetivo, ressaltando que o envolvimento e o comprometimento das pessoas são essenciais para este sucesso. Os resultados da implantação do protocolo são percebidos pela prática deste, tanto por mensurar a adesão dos profissionais frente às condutas estabelecidas quanto pelo resultado assistencial junto aos pacientes da população definida para o protocolo (VASCONCELOS, D. M. M.).

Essas mensurações podem ser padronizadas por meio de indicadores. O uso de indicadores permite um acompanhamento sistemático, padronizado e comparável de resultados alcançados, cujo monitoramento permite identificar as melhorias possíveis no processo acompanhado.

A metodologia de melhoria contínua pode ser aplicada pela ferramenta PDCA (*Plan, Do, Check, Action*), pois estabelece uma lógica de organização que permite, entre outras coisas, o estabelecimento dos indicadores e seu uso de modo sistemático, como ilustrado a seguir:

FIGURA 1 – MODELO ESQUEMÁTICO PDCA PARA IMPLEMENTAÇÃO DE INDICADORES



Segue link para exemplificar e orientar a utilização da ferramenta: <https://scopi.com.br/blog/ciclo-pdca/>

Plan – Planejar

Nesta etapa é importante a definição de forma clara das informações referentes aos indicadores a serem implementados, como:

- Nome;
- Objetivo;
- Meta;
- Fórmula de cálculo;
- Formas de coleta e sua periodicidade.

DO – Executar

Consiste na preparação para a obtenção dos resultados dos indicadores, de acordo com as informações definidas no passo anterior, e a execução da coleta de dados:

- Definir o instrumento de coleta de dados;
- Executar a coleta.

CHECK – Checar

Realizar a análise crítica dos resultados encontrados e suas respectivas causas do resultado encontrado.

ACT – Agir

Estabelecer ações de correção ou melhorias de forma a impactar positivamente nos próximos resultados a serem mensurados.

7.1 ELEGER E MEDIR INDICADORES DE PROCESSOS RELACIONADOS AOS PROTOCOLOS INDICADORES DE PROCESSO

Esses fatores têm como objetivo produzir conhecimento sobre a estrutura e a operação do protocolo, além de fornecer dados aos profissionais, permitindo a adaptação de estratégias às necessidades dos beneficiários, o que possibilitará o alcance dos resultados planejados. Esses indicadores devem permitir avaliar as atividades do processo e se estão adequadas ou não. Devem dar clareza à estrutura do protocolo, visam avaliar aspectos como oferta, utilização e cobertura, apontam o que os profissionais envolvidos com o programa fazem em termos de cuidado.

Os indicadores de processos devem ser definidos tanto em relação à adesão da equipe assistencial, perante o protocolo, quanto à adesão do paciente frente ao plano de cuidados estabelecido.

O monitoramento dos cuidados prestados aos pacientes por meio de indicadores, permite:

- Orientar a formulação e a hierarquização de políticas;
- Monitorar a melhoria de cuidados de saúde;
- Promover maior transparência das organizações de saúde.

Para que o protocolo funcione na prática, é fundamental que haja a conscientização, conhecimento e engajamento dos profissionais para o seu pleno uso. Isso porque alguns ainda relutam em adotá-lo, alegando que podem funcionar como limitadores da autonomia, principalmente no que tange às condutas médicas.

Para o estabelecimento e mensuração de indicadores de adesão aos protocolos clínicos podem ser utilizados dados extraídos de sistemas de gestão (*Enterprise Resource Planning (ERP)*), do Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP) ou prontuários manuais.

A digitalização de todos os dados facilita o cruzamento de informações, a análise da conduta e ainda serve de parâmetro para localizar e resolver eventuais gargalos, o que promove a eficiência e a qualidade no cuidado ao paciente. No entanto, a ausência de sistemas informatizados não pode servir de impeditivo ao estabelecimento de indicadores. A criação de formulários ou de folhas controle para preenchimento e observância ao cumprimento do protocolo também podem servir de ferramenta para coleta dos dados a serem mensurados.

Proposta de indicadores de processo:

1 - Adesão da equipe perante cuidados estabelecidos no protocolo

A mensuração destes indicadores deve ser feita da seguinte forma:

Total de pacientes que receberam o plano de cuidados da equipe assistencial

Total de pacientes que são elegíveis ao protocolo

2 - Adesão do paciente perante metas e planos de cuidados estabelecidos

Total de pacientes que seguiram o plano de cuidados definido no protocolo

Total de pacientes que são elegíveis ao protocolo

É de suma importância que a instituição tenha esses indicadores definidos e detalhados na ficha de indicador, estabelecendo as metas de acordo com a realidade de cada instituição ou utilizando-se de referencial teórico ou de fontes externas para viabilizar um comparativo do desempenho em relação ao mercado.

7.2 ELEGER E MEDIR INDICADORES ASSISTENCIAIS RELACIONADOS AOS PROTOCOLOS

A seleção de indicadores assistenciais é de suma importância para que a instituição possa avaliar a efetividade das ações do protocolo, visando aferir se os objetivos planejados foram alcançados, refletindo quanto o paciente teve sua condição de saúde gerenciada causando impactos positivos na sua melhora.

Para definição dos indicadores assistenciais deve-se eleger metas que foram estabelecidas no plano de cuidado e resultados clínicos esperados para o paciente no período de acompanhamento perante o protocolo.

É importante ressaltar que para estabelecer indicadores assistenciais, a coleta de dados precisa ser previamente estabelecida, de forma que ao longo do período em que o paciente é gerenciado, a equipe possa ter acesso aos dados de saúde necessários.

Desta forma, para definição dos indicadores assistenciais cabe a instituição questionar:

- Quais resultados assistenciais se espera para o paciente com o protocolo?
- Destes resultados assistenciais quais são passíveis de terem seus dados coletados?

Para dados de saúde em que não seja possível a coleta de banco de dados do sistema ou mesmo coletas manuais da equipe assistencial envolvida no cuidado, pode ser aplicado questionário de saúde por meio de uma pesquisa para todos os pacientes gerenciados. Neste caso, deve-se deixar claro que a fonte de dados foi referida pelo paciente.

A periodicidade da coleta de dados e mensuração dos indicadores não pode ser muito ampla (por exemplo anual ou semestral), uma vez observado resultados desfavoráveis na assistência prestada do protocolo a equipe tenha tempo hábil para definição de plano de ação.

A aplicação de pesquisa de satisfação do paciente também pode ser uma forma de coleta de dados a ser estabelecida como indicador de resultado perante um protocolo estabelecido.

7.3 AVALIAR RESULTADOS DOS INDICADORES E ADOTAR PLANO DE AÇÃO A PARTIR DA AVALIAÇÃO DOS RESULTADOS

Há muitos modos de apresentar e analisar dados, tais como estatísticas descritivas, tabelas de números, testes estatísticos e representações visuais. Para esforços de melhoria, as representações visuais nos dados usualmente são a maneira mais eficaz para compreender as suas variações.

Para realizar a análise do indicador, recomenda-se que a instituição adote um padrão de análise, estabelecendo pontos importantes que descrevam o comportamento do indicador mensurado. Este padrão pode ser obtido por uma máscara no software de Gestão da Qualidade ou mesmo no desenvolvimento de um formulário padrão com os pontos importantes a serem analisados, conforme exemplos abaixo:

Como analisar

- 1.** Situação da meta;
- 2.** Tendência do indicador;
- 3.** Análise crítica;
- 4.** Tipo de ação a ser tomada;
- 5.** Análise de causa raiz.

Exemplo de estruturação:

FIGURA 2 – MODELO DE FICHA DE INDICADOR

PROGRAMA QUALIFICA UNIMED	
Unimed ft	Análise Crítica - Indicador
1. Situação das ações da análise crítica anterior:	
2. Situação Atual do Indicador:	
3. Tendência do Indicador	
4. Tipo de ação a ser tomada:	
5. Causa Raiz	
6. Descrição da Ação	

As análises podem ser do entendimento da instituição, desta forma:

- **Situação da meta:** avalia se a meta foi ou não alcançada dentro do período avaliado.

- **Tendência do indicador:** avalia o cenário do indicador, independentemente do alcance da meta, por meio de um comparativo do último resultado da linha de tendência com o anterior.

Pode ser classificada em favorável, desfavorável, constante ou indefinida.

1. Favorável: resultado melhor que o anterior;

2. Desfavorável: houve piora quando comparada ao último lançamento;

3. Constante: a linha de tendência permanece com os mesmos resultados do lançamento anterior e o atual;

4. Indefinida: trata-se do primeiro lançamento da ocorrência, não sendo possível comparar pela linha de tendência, uma vez que não há média.

- **Análise crítica:** descritivo do comportamento do indicador naquele período, buscando ações concretas que refletiram para o alcance ou não da meta estabelecida. Esta análise também poderá ser realizada de forma mais sucinta (análise genérica ou análise sumária), para as situações de meta alcançada ou uma análise mais completa, em que deverá ser utilizada de outras ferramentas da qualidade, como 5 porquês, ou diagrama de Ishikawa.

FIGURA 3 -
REPRESENTAÇÃO
5 PORQUÊS

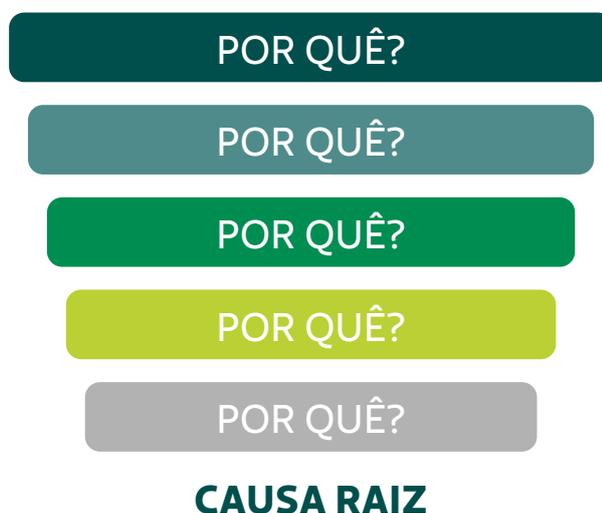
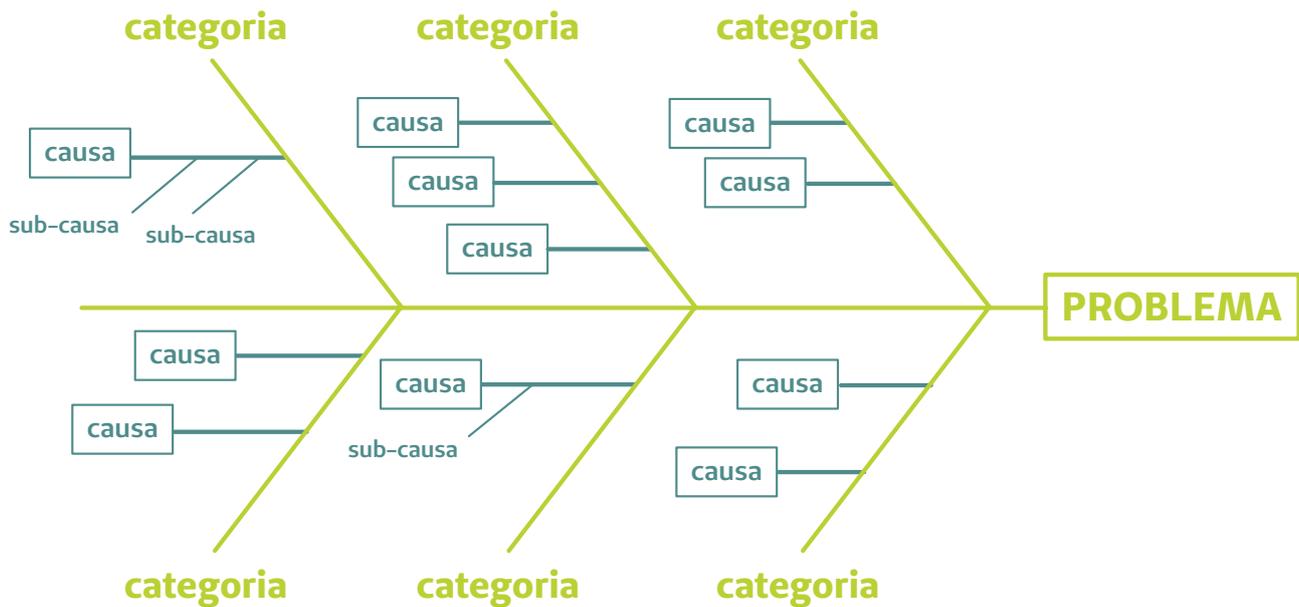


FIGURA 4 - REPRESENTAÇÃO DO DIAGRAMA DE ISHIKAWA



A busca pela causa raiz resultará no estabelecimento de um plano de ação mais efetivo.

• **Tipo de ação a ser tomada:**

- 1.** Corretiva: determinação de um plano de ação a ser implementado de forma com que corrija a causa raiz encontrada para o alcance da meta.
- 2.** Preventiva: determinação ou não de um plano de ação a ser implementado preventivamente. Recomenda-se criação de plano de ação preventivo nos casos de indicador com meta alcançada, mas com tendência desfavorável, pois a ausência de ações poderá resultar ao não alcance da meta no próximo período.

O plano de ação é uma ferramenta que permite o desenho adequado dos projetos e programas que a organização pretende implementar de forma a resolver os problemas ou mesmo implementar melhorias.

O plano de ação pode ser estruturado por meio do método 5W2H.
É uma ferramenta para:

- Planejar as sequências de ações a serem implantadas;
- Detalhar como será realizada cada ação;
- Distribuir as tarefas entre os integrantes da equipe;
- Acompanhar a execução de cada ação conforme o prazo estabelecido.



Destaca-se a importância do estabelecimento de método e consistência durante as análises de indicadores, fazendo crítica aos dados para demonstrar aos envolvidos a necessidades de manter uma cultura de melhoria contínua e engajamento da equipe.

CAPÍTULO 8

METODOLOGIA PARA A REVISÃO DO PROTOCOLO

8.1 PORQUE E COMO REVISAR OS PROTOCOLOS DEFINIDOS

Os protocolos clínicos são desenvolvidos e implantados para direcionar o cuidado oferecido pela equipe de saúde aos pacientes, de acordo com as evidências científicas mais atuais garantindo qualidade e segurança na assistência.

A revisão periódica dos protocolos é necessária devido aos seguintes pontos:

- Atualização da evidência científica;
- Revisão dos processos assistenciais;
- Como resultado da melhoria dos processos após avaliação da efetividade e da adesão aos protocolos propostos;
- Como resultado das práticas de educação permanente conforme apontado pela equipe.

A sugestão de periodicidade para revisão é realizada de acordo com as necessidades.

8.2 DESCRIÇÃO DO PASSO A PASSO PARA REVISÃO DOS PROTOCOLOS

As revisões sistemáticas dos protocolos de maneira geral são caracterizadas por serem objetivas, sistemáticas, transparentes e replicáveis. Toda a metodologia deve ser detalhadamente descrita para permitir sua reprodutibilidade. Não há subjetividade na condução de uma revisão sistemática e de fato se bem conduzida, suas conclusões traduzem a voz da ciência na busca pela resposta da pergunta chave.

A metodologia para revisão deve ser sistematizada. A revisão deve ser norteada por guias que garantirão a qualidade da apresentação final:

- Planejar o desenvolvimento da revisão;
- Analisar a qualidade da seleção das evidências científicas;
- Evitar esforços duplicados;
- Definir a estratégia pico;
- Avaliação dos vieses;
- Análises qualitativas;
- Nomear o responsável para conduzir a revisão;
- Definir o prazo para entrega da revisão;
- Identificar os motivos da revisão;
- Revisar mapa de processo assistencial;
- Identificar no protocolo atual os pontos de melhoria;
- Buscar na literatura científica (outros protocolos clínicos já validados);
- Discutir com a equipe assistencial os pontos de melhoria identificados;
- Ajustar o protocolo em acordo com a revisão e a discussão com a equipe;
- Treinamento da equipe;
- Monitoramento das ações.



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

LIVROS E PUBLICAÇÕES SIMILARES

- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Implantação das redes de atenção à saúde e outras estratégias da SAS. Brasília; 2014.
- Alencar JN. Manual de medicina baseada em evidências. Salvador. Editora Sanar; 2021.
- Brasil. Ministério da Saúde. Atenção primária e atenção especializada: conheça os níveis de assistência do maior sistema público de saúde do mundo. Brasil; 2022.

ARTIGOS EM REVISTA

- Ayres JRCM. Organização das ações de atenção à saúde: modelos e práticas. Saúde Soc; 18:11-23.
- Bertolozzi MR, et al. Os conceitos de vulnerabilidade e adesão na saúde coletiva. Rev Esc Enf USP; 43:1326-1330.
- Lopes, AA. Medicina baseada em evidências: a arte de aplicar o conhecimento científico na prática clínica. Rev Ass Med Brasil; 2000 [acesso 27 abr 2022]. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ramb/a/BBkKVMDFt-g9BnkzdPqXKkGH/?format=pdf&lang=pt>.
- Marques GQ, Lima MADS. Demandas de usuários a um serviço de pronto atendimento e seu acolhimento ao sistema de saúde. Rev Latino-Am Enfermagem [Internet]. 2007. Disponível em: <https://pdfs.semanticscholar.org/095a/a7db0323d514092fa7a1dab54efd5e10a7ce.pdf>.
- Indicadores de Saúde como apoio a gestão do Sistema Único de Saúde. Rev Cie Int Indexada; 2010.

- Sanar: ajudando médicos a fazer a medicina melhor. Método clínico centrado na pessoa – uma nova perspectiva do cuidado. Disponível em: <https://www.sanarmed.com/metodo-clinico-centrado-na-pessoa-uma-nova-perspectiva-do-cuidado-colunistas>.
- Scielo. A importância do cuidador no contexto da saúde do idoso. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/VgjTVdg8sHgNWz7gGwDd-6dh/?lang=pt>.
- Wikipédia – A enciclopédia livre. Incidência (epidemiologia). Disponível em: [https://pt.wikipedia.org/wiki/Incid%C3%Aancia_\(epidemiologia\)](https://pt.wikipedia.org/wiki/Incid%C3%Aancia_(epidemiologia)).
- Brasil. Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações. Rede interagencial de informação para a saúde. Brasília; 2008. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/livroidb/2ed/indicadores.pdf>.
- Oliveira VB. Internações por condições sensíveis à atenção primária: a construção da lista brasileira como ferramenta para medir o desempenho do sistema de saúde. Belo Horizonte; 2009 [acesso em 12 abr 2022]. Disponível em: [https://www.scielo.br/j/csp/a/y5n975h7b3yW6ybnk6h-Jwft/?lang=pt#:~:text=As%20interna%C3%A7%C3%B5es%20por%20condi%C3%A7%C3%B5es%20sens%C3%ADveis%20%C3%A0%20aten%C3%A7%C3%A3o%20prim%C3%A1ria%20mais%20freq%C3%B-Centes,%2C2%25\)%2C%20doen%C3%A7as%20c%C3%A9rebro%2D](https://www.scielo.br/j/csp/a/y5n975h7b3yW6ybnk6h-Jwft/?lang=pt#:~:text=As%20interna%C3%A7%C3%B5es%20por%20condi%C3%A7%C3%B5es%20sens%C3%ADveis%20%C3%A0%20aten%C3%A7%C3%A3o%20prim%C3%A1ria%20mais%20freq%C3%B-Centes,%2C2%25)%2C%20doen%C3%A7as%20c%C3%A9rebro%2D).
- Pedrolo E, et al. A prática baseada em evidências como ferramenta para prática profissional do enfermeiro. 2009 [acesso em 28 mar 2022]. Disponível em: <http://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2015/10/A-pratica-baseada-em-evidencia-como-ferramenta-para-pratica-profissional-do-enfermeiro.pdf>.

- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Rastreamento. Brasília; 2010 [acesso em 28 mar 2022]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_primaria_29_rastreamento.pdf.
- Módulo de Princípios de Epidemiologia para o Controle de Enfermidades (MOPECE). Módulo 5: Investigação epidemiológica de campo: aplicação ao estudo de surtos. Brasília; 2010. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/modulo_principios_epidemiologia_5.pdf.
- Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Organização Pan-Americana da Saúde; 2011 [acesso 31 mai 2022]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/redes_de_atencao_saude.pdf.
- Mendes EV. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília; 2012 [acesso em 13 abr 2022]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado_condicoes_atencao_primaria_saude.pdf.
- Organização Pan-Americana da Saúde. Laboratório de inovações no cuidado das condições crônicas na APS: a implantação do modelo de atenção às condições crônicas na UBS Alvorada em Curitiba, Paraná. Brasília; 2012. Disponível em: <https://www.conass.org.br/liacc/wp-content/uploads/2015/02/ESTUDO-DE-CASOS-E-PESQUISAS-ESTUDO-DE-CASO-DA-US-ALVORADA.pdf>.
- Stürmer PL; Bianchini I. Atenção às condições crônicas cardiovasculares: uma proposta de estratificação baseada nas necessidades das pessoas 2012.
- Brasil. Ministério da Saúde. Caderno de atenção domiciliar. Brasília; 2013; 02. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_domiciliar_melhor_casa.pdf.

- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Acolhimento à demanda espontânea: queixas mais comuns na Atenção Básica. Brasília; 2013 [acesso 01 jun 2022]; 02:16. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_demanda_espontanea_queixas_comuns_cab28v2.pdf.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias. Brasília; 2013 [acesso em 22 mar 2022]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes%20cuidado_pessoas%20doencas_cronicas.pdf.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica. Brasília; 2014 [acesso em 01 jun 2022]; 35: 43. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_pessoa_doenca_cronica_cab35.pdf.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Diretrizes metodológicas: sistema GRADE – manual de gradação da qualidade da evidência e força de recomendação para tomada de decisão em saúde. Brasília; 2014 [acesso em 28 mar 2022]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_metodologicas_sistema_grade.pdf.
- Dib RE. Guia Prático de Medicina Baseada em Evidências. São Paulo; 2014 [acesso 27 abr 2022]. Disponível em: https://www.sausedireta.com.br/docupload/142322951206_Guia_praticode_medicina_baseada_em-evidencias.pdf.
- Brasil. Ministério da Saúde. Universidade Federal de Goiás. Asis – Análise de situação de saúde. Brasília; 2015 [acesso em mar 2022]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/asis_analise_situacao_saude_volume_1.pdf.

- Norman AH. Estratégias da medicina preventiva de Geoffrey Rose. Revista Brasileira de Medicina da Família e Comunidade; 2015 [acesso em 11 abr 2022]. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/1092#:~:text=Rose%20classifica%20a%20preven%C3%A7%C3%A3o%20de,a%20popula%C3%A7%C3%A3o%20como%20um%20todo>.
- Departamento de Saúde Pública. Universidade Federal de Santa Catarina. Territorialização como instrumento do planejamento local na Atenção Básica. Florianópolis; 2016 [acesso em mar 2022]. Disponível em: https://ares.unasus.gov.br/acervo/html/ARES/13957/1/TERRITORIALIZACAO_LIVRO.pdf.
- Cassettati SSR, De Mello ALSF. Demanda e tipo de atendimento realizado em unidades de pronto atendimento do município de Florianópolis, Brasil. 2017. Disponível em: TCE_2015-0340-rev.indd (scielo.br).
- Pimenta CAM, et al. Guia para a implementação de protocolos assistenciais de enfermagem: integrando protocolos, prática baseada em evidência e classificações de enfermagem. São Paulo; 2017 [acesso em 28 mar 2022]. Disponível em: https://portal.coren-sp.gov.br/wp-content/uploads/2010/01/guia_implementacao_protocolos_assistenciais_enfermagem-integrando_protocolos_pratica_baseada_em_evidencia_classificacao_enfermagem.pdf.
- Brasil. Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD). Lei nº 13.709, de 14 de agosto de 2018 [acesso em 19 abr 2022]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2018/lei/L13709compilado.htm.
- COFEN – Conselho Federal de Enfermagem. Diretrizes para elaboração de protocolos de enfermagem na atenção primária à saúde pelos conselhos regionais. 2018. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2019/03/Diretrizes-para-elabora%C3%A7%C3%A3o-de-protocolos-de-Enfermagem-.pdf>.

- Washington, DC. Indicadores de saúde: elementos conceituais e práticos. Organização Pan-Americana da Saúde. 2018. Disponível em: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/49057/9789275720059_por.pdf?sequence=5&isAllowed=y.
- Faria L, Oliveira-Lima JA, Almeida-Filho N. Medicina baseada em evidências: breve aporte histórico sobre marcos conceituais e objetivos práticos do cuidado. Rio de Janeiro; 2021 [acesso em 28 mar 2022]; 28:59-78. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/hcsm/a/R8z4HdFLyXTRWk6d-mxBgvkK/?format=pdf&lang=pt>.

Unimed 
Fesp