

A Incorporação dos Avanços Científicos na Prática Clínica e Gerencial dos Hospitais no Rio Grande do Sul.

Autoria: Otávio Neves da Silva Bittencourt

Resumo

O avanço da pesquisa em saúde está proporcionando uma melhor compreensão de como o desenvolvimento tecnológico pode ser empregado no alcance de melhores condições de saúde para a população. Esse movimento tem sido genericamente denominado de medicina baseada em evidências. Embora esse conhecimento esteja sistematizado em publicações científicas ou em documentos de organismos oficiais de saúde, as organizações enfrentam problemas quando se trata de incorporá-lo na prática clínica e gerencial. Esta pesquisa tem como objetivo conhecer como os hospitais do Rio Grande do Sul estão trabalhando para modificar as práticas clínicas e gerenciais, através da implementação deste conhecimento. Através de uma *survey* em hospitais buscou-se identificar a existência de programas de incentivo, as condições organizacionais, as barreiras e o impacto esperado com a incorporação das evidências. Como resultado observou-se que os hospitais têm conhecimento da medicina baseada em evidências, porém não tem domínio sobre a melhor forma de implementá-la, as condições organizacionais (como redes informatizadas, indicadores assistenciais e estratégias de acompanhamento), em grande parte, não são adequadas, há barreiras culturais, mas se estima que haverá melhores resultados assistenciais para os pacientes.

Introdução

A importância dos hospitais no sistema produtivo de prestação de serviços de saúde é inquestionável, apesar das políticas de desvinculação do modelo centralizado em hospitais. A preocupação de se desvincular a assistência de uma única e exclusiva alternativa é procedente, pois o sistema atual tem demonstrado ser inadequado. Entretanto, ainda é através destas instituições que ocorre grande parte da formação de profissionais, onde as pessoas são atendidas quando são acometidas de doenças mais graves ou necessitam de cuidados assistenciais especiais, como as maternidades, e finalmente são os hospitais que são a referência do sistema hierarquizado de prestadores de saúde, encaminhando casos onde o nível primário ou secundário não é resolutivo.

O fator limitante, principalmente para os compradores de serviços de saúde e para os próprios hospitais, está na indisponibilidade de recursos frente às necessidades superiores de assistência com qualidade. É o mais conhecido *trade-off* da prestação de serviços de saúde, a qualidade versus o seu custo. No entanto, não é somente diminuindo a participação dos hospitais no sistema que serão obtidos melhores resultados globais. A busca por melhores desempenhos dos hospitais é um caminho a ser perseguido pois ajuda tanto na redução da despesa geral como no alcance de melhores índices de qualidade assistencial da população.

Assim, mesmo que os hospitais estejam enfrentando momentos difíceis para financiar sua operação, é importante estar atendo a alternativas que proponham melhoras consistentes e duradouras. Este é o caso da incorporação dos avanços científicos na prática clínica e gerencial dos hospitais. Não existe uma única forma de fazê-lo, depende da realidade local e do ambiente onde o hospital se insere.

Esta pesquisa tem como objetivo conhecer como os hospitais do Rio Grande do Sul estão trabalhando para modificar as práticas clínicas e gerenciais. Para isso verifica a existência de

programas de incentivo à incorporação das evidências encontradas nas pesquisas, a existência de condições organizacionais para a incorporação de novas práticas, a existência de barreiras para a incorporação das evidências encontradas nas pesquisas e, finalmente, o impacto esperado com a incorporação de novas práticas baseadas nas evidências encontradas nas pesquisas.

Para a realização deste trabalho buscou-se referencial de outras pesquisas publicadas sobre o assunto de forma a servir para a definição dos constructos e suas variáveis operacionais. Esse artigo, inicialmente, traz uma breve revisão bibliográfica sobre a importância da evidência científica no processo decisório assistencial, tanto de profissionais como de organizações prestadoras de serviços de saúde. Na seção seguinte é apresentada a metodologia adotada para a pesquisa. Os dados da amostra são apresentados na sequência. Nessa mesma seção algumas das respostas obtidas na amostra dos hospitais locais foram comparadas com os resultados dos estudos de referência. Encerrando esse artigo são feitas algumas considerações sobre quais as possíveis ações que os hospitais poderiam adotar para avançar no sentido da medicina baseada em evidências.

Fundamentação Teórica

A informação no processo decisório assistencial é um elemento fundamental para um desfecho favorável ao paciente. Entretanto, alguns estudos tem registrado disparidades entre a prática clínica e as evidências de pesquisa sobre intervenções efetivas, demonstrando que há dificuldades na incorporação destes achados na assistência (Haines & Donald, 1998). Apesar do elevado direcionamento de recursos na pesquisa clínica, relativamente pouca atenção tem sido dada para assegurar que os achados das pesquisas façam parte da prática clínica (Bero et al., 1998). Os profissionais de saúde precisam se organizar para uma rápida mudança no conhecimento, onde o aprendizado passe a estar presente provavelmente em toda vida profissional e que inclui não somente técnicas de diagnóstico, terapias com medicamentos, intervenções no comportamento e procedimentos cirúrgicos mas também maneiras de prestar e organizar serviços de saúde, bem como desenvolver políticas de saúde (Haines & Donald, 1998).

Os profissionais de saúde precisam de informações válidas, relevantes e disponíveis no momento de tomada de decisão e sem demoras. Desta forma, investimentos em artigos e publicações sobre medicina baseada em evidências, originaria dos métodos epidemiológicos, podem melhorar a performance médica. A medicina baseada em evidências é definida como o uso consciencioso, explícito e judicioso da melhor e atual evidência no processo decisório sobre a assistência de pacientes. Este conceito está sustentado pelo pressuposto que os médicos consideram a efetividade clínica como uma prioridade e estarão prontos para agir numa maneira que oportunize a mudança, isto é, sistematicamente questionando-se sobre a prática clínica e, onde houver espaços de melhoria identificados, mudar na linha das evidências cientificamente validadas (Tomlin et al., 1999). A prática da medicina baseada em evidências envolve integrar especialização clínica individual com a melhor evidência clínica disponível das pesquisas sistemáticas. A especialização clínica individual implica a proficiência e julgamento que os clínicos adquirem através da experiência e prática clínica. A melhor evidência clínica é definida como a pesquisa clinicamente relevante, que pode ser das ciências básicas da medicina mas especialmente de pesquisas clinicamente centradas no paciente dentro da acurácia e precisão de testes diagnósticos, da precisão de marcadores de prognóstico e, finalmente, da eficácia e segurança terapêutica, reabilitativa e regime preventivo (Straus & Sackett, 1998).

Entretanto, muitas decisões clínicas também requerem mudanças organizacionais para sua implementação (Haines & Donald, 1998), que incluem novas estruturas ou funções mas

também novas formas de abordar aspectos comportamentais e sociológicos presentes na incorporação do conhecimento numa organização.

Existem diferentes tipos de intervenções para promover a mudança do comportamento profissional que podem ser utilizadas para a incorporação dos achados das pesquisas, levando em consideração a natural complexidade da assistência (Tomlin et al., 1999) nas diferentes formas de prestação de serviços de saúde, seja em clínicas, postos de saúde ou hospitais.

Metodologia

Em razão do tipo de problema e dos objetivos da pesquisa, bem como a existência de referenciais bibliográficos, optou-se pela aplicação da metodologia qualitativa com abordagem estatística empregando a combinação de técnicas de questionário enviado pelo fax, pela Internet e distribuídos pessoalmente (Ribeiro, 2000).

No sentido de se abranger hospitais com maior complexidade organizacional, optou-se por incluir na população alvo hospitais com mais de 50 leitos, o que representou uma população de 208 hospitais. Estes hospitais foram estratificados por porte e tipo de atendimento (tabela 1), conforme as seguintes variáveis de estratificação:

- a) Porte:
 - i) 51 a 100 leitos
 - ii) acima de 100 leitos
- b) Atende SUS:
 - i) 70% ou mais de leitos SUS
 - ii) Abaixo de 70% de leitos SUS ou não cadastrado no SUS

Tabela 1: Dados da população alvo (hospitais do Rio Grande do Sul)

↓Tipo atendimento / Porte→	51 a 100 leitos	Acima de 100 leitos	Total
70% ou mais leitos SUS	73	64	137
Abaixo de 70% leitos SUS e não cadastrado SUS	43	28	71
Total	116	92	208

O cálculo do tamanho da amostra foi feito usando o formulário da distribuição normal, pois mesmo sabendo-se que as respostas de um questionário estarão baseadas em uma escala discreta e não irão seguir o modelo normal, muitas vezes pode-se trabalhar com somas e médias, que tendem assintomaticamente ao modelo normal. Desta forma, a aproximação normal é considerada satisfatória para os propósitos de dimensionamento do tamanho da amostra (Ribeiro, 2000).

No estudo as variáveis de estratificação e suas classes foram definidas como: variável (a) Tipo de atendimento, classe I (70% ou mais leitos SUS) e classe II (abaixo de 70% leitos SUS e não cadastrados); variável (b) Porte, classe I (51 a 100 leitos) e classe II (acima de 100 leitos).

O número de estratos, o produto do número de classes de cada variável, assim como o número de agrupamento, o número de combinações que podem ser feitas entre as classes de duas variáveis quaisquer (Ribeiro, 2000), foi definido em 4.

Considerando-se uma distribuição normal, o coeficiente de variação (CV) moderado de 10%, um erro relativo admissível (ER) médio de 8% e um nível de significância ($z_{\alpha/2}$) moderado ($\alpha=0,05$) igual a 1,96, chega-se a 6,0 questionários por agrupamento, ou seja, 24

questionários. A distribuição de questionários por estrato foi de 6,0 (24/4), resultando num total de 24 questionários (6 * 4).

Aplicando-se a fórmula de correção do tamanho da amostra ($n_{\text{corrigido}} = n * [N / (N + n)]$), onde “n” representa o tamanho da amostra e “N” a população (Ribeiro, 2000), o tamanho final da amostra é de 22 hospitais.

A técnica de envio do questionário por fax ou Internet alcança baixos índices de retorno, segundo a opinião de especialistas que foram consultados. Com uma população alvo numericamente pequena e levando-se em conta os índices de retorno, optou-se por direcionar os questionários a toda a população alvo, onde fosse possível destinar o instrumento de pesquisa via fax, mensagem eletrônica via Internet ou visitas pessoais.

A construção do instrumento final de coleta de dados constituiu-se em duas etapas: o aplicação de um questionário aberto e de um questionário fechado.

O questionário aberto contou com a seguinte estrutura:

- Programas que hospital tem desenvolvido no sentido de incentivar a incorporação dos avanços e achados encontrados nas pesquisas médicas e de saúde pública;
- As iniciativas tomadas pela direção do hospital para o aprofundamento de estratégias de “medicina baseada em evidências”;
- Os recursos ou informações colocados a disposição do corpo clínico e gerencial;
- As estratégias de acompanhamento de performance;
- As barreiras encontradas para a incorporação das evidências encontradas nas pesquisas;
- O impacto esperado com a incorporação das evidências encontradas nas pesquisas.

As respostas obtidas foram analisadas e, em conjunto com as variáveis descritas na literatura, ajudaram a definir a estrutura de itens do questionário fechado.

Após esta análise foi definido o questionário fechado, numa estruturação que procurou identificar tanto a hierarquia de importância dos programas adotados pelos hospitais e os impactos esperados com as evidências, como a simples presença de recursos, informações, estratégias e barreiras, previamente definidos.

O questionário elaborado resultou em 47 variáveis descritas na tabela 2 (lista das variáveis).

Tabela 2: Lista das variáveis

Variável	Descrição da variável
Hospital	Nome do hospital
1a	Conhecimento sobre medicina baseada em evidências ou efetividade clínica
2 a	Programa de auditoria e feedback
2b	Programa de avisos de alerta
2c	Programa de encontros educativos interativos (oficinas)
2d	Programa de intervenção intermediada pelo paciente (pesquisa de opinião)
2e	Programa de consenso local
2f	Programa de leituras
2g	Programa de materiais educacionais
2h	Programa de opinião de lideranças
2i	Programa de visitas
3 a	Evento sobre protocolos clínicos
3b	Evento sobre efetividade clínica
3c	Evento sobre acreditação hospitalar
3d	Evento sobre análise de custo-efetividade
3e	Outros eventos
4 a	Recurso internet
4b	Recurso rede informatizada

4c	Recurso biblioteca
4d	Recurso indicadores assistenciais por especialidade
4e	Outros recursos
5 a	Estratégia de acompanhamento da performance por médico assistente
5b	Estratégia de acompanhamento da performance da especialidade
5c	Estratégia de acompanhamento da performance por incentivos financeiros
5d	Outras estratégias de acompanhamento da performance
6 a	Barreira falta de recursos financeiros ou pessoal
6b	Barreira necessidade de mudança cultural
6c	Barreira resistência ou falta de responsabilidade profissional ou resistência de grupos
6d	Barreira falta de recursos de tecnologia da informação e sistemas
6e	Barreira existência de prioridades externas
6f	Barreira falta de evidência médicas, resultados e padrões nacionais
6g	Barreira distração organizacional
6h	Barreira falta de treinamento de médicos e gerentes
6i	Outras barreiras
7 a	Impacto reduzir as reclamações de pacientes
7b	Impacto reduzir a variabilidade da prática clínica
7c	Impacto reduzir o uso de práticas não efetivas
7d	Impacto alcançar um melhor uso dos recursos
7e	Impacto incrementar a satisfação dos pacientes
7f	Impacto documentar a mudança
7g	Impacto aproximar o trabalho de clínicos e gerentes
7h	Impacto abrir a cultura organizacional para novos conhecimentos
7i	Impacto melhoria nos resultados assistenciais dos pacientes
8 a	Número de leitos do hospital
9 a	Número de leitos para SUS
10a	Entidade mantenedora
11a	Profissão do respondente

A falta de um banco de dados acessível a pesquisa que contivesse o número de fax e endereço eletrônico ocasionou perdas de hospitais da população alvo. Estas informações foram obtidas na *home page* da companhia telefônica local para 188 hospitais, numa perda de 20 organizações.

Os questionários foram enviados nos meses de junho a agosto de 2002 por fax ou endereço eletrônico (neste último para 12 hospitais), sendo novamente encaminhado em caso de que, num período médio de uma semana, não houvesse retorno. Em algumas situações onde fosse viável o questionário foi aplicado pessoalmente. Mesmo assim, o índice de retorno de 13% (considerando 188 hospitais) ficou abaixo das expectativas.

Numa análise prévia, algumas razões podem ser listadas para esse fraco desempenho:

- a extensão do questionário com 2 páginas e 11 perguntas;
- a distância do assunto abordado com os problemas vivenciados pelos hospitais no Estado, geralmente em dificuldades financeiras;
- divisão do trabalho de alguns diretores do corpo clínico em atividades administrativas e assistenciais e a falta de um *staff* de apoio.

É importante salientar, entretanto, que os dirigentes estão atentos a esse tema, como pôde ser observado nos contatos pessoais para a aplicação do questionário.

Dados da amostra e análise dos resultados

A amostra ficou representada por 25 hospitais do Estado (12% da população alvo e 100% da amostra inicialmente planejada de 22 hospitais) com uma maior participação de hospitais de grande porte (acima de 100 leitos) do que os de menor porte. A média de leitos por hospital foi de 168, enquanto que a média de leitos destinados a atendimento do Sistema Único de Saúde (SUS) foi de 101. O número total de leitos dos hospitais que compõe a amostra chegou a 4206, enquanto que os leitos SUS foram de 2514. Comparativamente aos dados da população alvo (Datasus, 2002), os 208 hospitais possuem 27.713 leitos, com uma média de 133 leitos por hospital, e 20.129 leitos SUS, com uma média de 97 leitos por hospital destinados ao SUS.

Tabela 3: Hospitais da amostra por agrupamento.

↓Tipo atendimento / Porte→	51 a 100 leitos	Acima de 100 leitos	Total
70% ou mais leitos SUS	3	5	8
Abaixo de 70% leitos SUS e não cadastrado SUS	5	12	17
Total	8	17	25

Dos respondentes, 75% dos hospitais declararam pertencer a instituições mantenedoras. A profissão dos respondentes foi em sua maioria médicos (84%) e em menor número administradores e farmacêuticos (tabela 4).

Tabela 4: Profissão dos respondentes.

Profissão	Médico	Administrador	Farmacêutico
Respostas	21	2	2
%	84%	8%	8%

Responderam conhecer as ações em direção a “medicina baseada em evidências” ou a “efetividade clínica” 80% dos hospitais. Apesar da grande divulgação que este assunto está tendo no ramo, ainda 20% declararam não conhecê-lo (tabela 5).

Tabela 5: Conhecimento da “medicina baseada em evidências”.

Conhecimento	sim	não	n/r	Respondentes
Respostas	20	5	0	25
%	80,0%	20,0%	0,0%	100,0%

Foi apresentado uma lista de 9 programas identificados na literatura como formas de intervenção para promover mudança comportamental de profissionais (Bero et al. 1998). Foi solicitado que o respondente assinalasse os programas que o hospital tem desenvolvido, assim como indicasse qual o impacto alcançado com o respectivo programa, numa escala predeterminada (tabela 6).

Tabela 6: Escala de impacto dos programas de intervenção.

Legenda do Programa	Descrição	Peso
NI	<i>Não implementado</i>	0
PE	<i>Pouco ou nenhum efeito</i> : programa recém implantado ou implantado sem resultados aparentes	100
EV	<i>Efeito variável</i> : programa com resultados localizados em poucas especialidades ou áreas da instituição.	200
EC	<i>Efeito consistente</i> : programa com resultados amplamente observados com repercussões no desempenho organizacional.	300

Para cada programa foi calculado o percentual de respostas dentre os tipos de impacto e multiplicado pelo respectivo peso, resultando numa ponderação (denominada pontos) que definiu o impacto do programa, na opinião dos respondentes. As tabelas de 7 a 15 apresentam os resultados para cada tipo de programa para toda a amostra.

Tabela 7: Programa de auditoria.

Auditoria	NI	PE	EV	EC	Respostas
Respostas	11	1	7	5	24
% Respostas	45,8%	4,2%	29,2%	20,8%	100,0%
Pontos	0	4	58	63	
Peso	0	100	200	300	

Total de pontos: 125

Tabela 8: Programa de avisos.

Avisos	NI	PE	EV	EC	Respostas
Respostas	9	4	9	2	24
% Respostas	37,5%	16,7%	37,5%	8,3%	100,0%
Pontos	0	17	75	25	
Peso	0	100	200	300	

Total de pontos: 117

Tabela 9: Programa de oficinas.

Oficinas	NI	PE	EV	EC	Respostas
Respostas	5	2	11	6	24
% Respostas	20,8%	8,3%	45,8%	25,0%	100,0%
Pontos	0	8	92	75	
Peso	0	100	200	300	

Total de pontos: 175

Tabela 10: Programa de pesquisa de satisfação.

Pesquisa satisfação	NI	PE	EV	EC	Respostas
Respostas	3	5	6	11	25
% Respostas	12,0%	20,0%	24,0%	44,0%	100,0%
Pontos	0	20	48	132	
Peso	0	100	200	300	

Total de pontos: 200

Tabela 11: Programa de consenso local.

Consenso local	NI	PE	EV	EC	Respostas
Respostas	8	2	8	7	17
% Respostas	47,1%	11,8%	47,1%	41,2%	
Pontos	0	12	94	124	
Peso	0	100	200	300	

Total de pontos: 229

Tabela 12: Programa de leituras.

Leituras	NI	PE	EV	EC	Respostas
Respostas	8	2	7	7	24
% Respostas	33,3%	8,3%	29,2%	29,2%	100,0%
Pontos	0	8	58	88	

Peso	0	100	200	300
-------------	---	-----	-----	-----

Total de pontos: 154

Tabela 13: Programa de material educacional.

Materiais educ.	NI	PE	EV	EC	Respostas
Respostas	7	6	7	5	25
% Respostas	28,0%	24,0%	28,0%	20,0%	100,0%
Pontos	0	24	56	60	
Peso	0	100	200	300	

Total de pontos: 140

Tabela 14: Programa de opinião de líderes.

Opinião de líderes	NI	PE	EV	EC	Respostas
Respostas	7	0	8	10	25
% Respostas	28,0%	0,0%	32,0%	40,0%	100,0%
Pontos	0	0	64	120	
Peso	0	100	200	300	

Total de pontos: 184

Tabela 15: Programa de visitas.

Visitas	NI	PE	EV	EC	Respostas
Respostas	7	1	12	5	25
% Respostas	28,0%	4,0%	48,0%	20,0%	100,0%
Pontos	0	4	96	60	
Peso	0	100	200	300	

Total de pontos: 160

Através de uma revisão sistemática de diferentes disseminações e implementações das pesquisas na prática clínica Bero e outros (1998) identificaram evidências quanto a efetividade dos distintos tipos de estratégia. Esta revisão sugere que a disseminação passiva de informação (por exemplo, periódicos com publicações de conferências estabelecendo consenso ou mala-direta de material educativo) geralmente não é efetiva e talvez tenha somente um pequeno efeito na prática médica. Entretanto, os autores acreditam que estes programas representam a maioria das abordagens adotadas em saúde.

Na implementação destes programas muita atenção deve ser dada na escolha da intervenção observando a característica da mensagem, reconhecer as barreiras e o preparo para a mudança do corpo clínico em questão (Bero et al., 1998).

A relação abaixo apresenta as intervenções que podem promover a mudança no comportamento de profissionais:

- a) Efeito consistente:
 - i) Visitas educativas externas
 - ii) Avisos (manuais ou computadorizados)
 - iii) Intervenções multifacetadas (a combinação que inclui duas ou mais das seguintes: auditoria e feedback, avisos, consenso local).
 - iv) Oficinas educacionais
- b) Efeito variável:
 - i) Auditoria e feedback: qualquer resumo da performance clínica
 - ii) Opinião de líderes locais
 - iii) Processo de consenso local
 - iv) Pesquisa de opinião de pacientes
- c) Pouco ou nenhum efeito:

- i) Material educacional: distribuição de publicações ou recomendações impressas para cuidados clínicos, incluindo protocolos clínicos, material audio-visual e publicações eletrônicas.
- ii) Encontros educacionais didáticos: leituras.

O apoio decisório computacional e sistemas de avisos tem levado a melhorias da performance de médicos na decisão de doses de drogas, oferta de cuidados preventivos e gerenciamento clínico geral de pacientes mas não de diagnóstico entre uma variedade de ambientes e condições. Visitas educativas externas tem resultado na melhoria na decisão de prescrever nos ambientes norte-americanos. As intervenções de pesquisas de opinião de pacientes aparentemente melhora a oferta de cuidados preventivos nos Estados Unidos. Auditoria e feedback aparentemente reduzem solicitações de diagnósticos e prescrições inadequados.

Através das respostas dos hospitais, o programa de intervenção intermediada pelo paciente (pesquisa de opinião) foi apontado ter o maior impacto, seguido do programa de opinião de líderes (tabela 16). Na literatura (Bero et al., 1998) estas duas intervenções tem um efeito variável.

Tabela 16: Relação de programas de intervenção por ordem de impacto.

Variáveis	Programas	Pontos
2d	Programa de intervenção intermediada pelo paciente (pesquisa de opinião)	200
2h	Programa de opinião de lideranças	184
2c	Programa de encontros educativos interativos (oficinas)	175
2i	Programa de visitas	160
2e	Programa de consenso local	156
2f	Programa de leituras	154
2g	Programa de materiais educacionais	140
2 ^a	Programa de auditoria e feedback	125
2b	Programa de avisos de alerta	117

Como ocorre em diversos processos de desenvolvimento organizacional a participação da liderança da organização numa estratégia de disseminação de práticas baseadas em evidências é um dos fatores que afetam os resultados (Donald & Milne, 1998). A tabela 17 traz a presença de membros da diretoria em eventos de desenvolvimento organizacional. A acreditação hospitalar respondeu por 71% dos respondentes, refletindo o interesse por uma política nacional do Ministério da Saúde, logo a seguir surgem os eventos que abordam protocolos clínicos e análises de custo-efetividade o que demonstra uma preocupação em direção ao aperfeiçoamento da prática clínica, mas ainda resta uma parcela significativa que precisa ser sensibilizada para a importância desta política.

Tabela 17: Participação da diretoria em eventos.

Participação em eventos	Tipos de eventos	Respostas	% Respondentes
3c	acreditação hospitalar	15	71,4%
3a	protocolos clínicos	13	61,9%
3d	análise de custo-efetividade	12	57,1%
3b	efetividade clínica	4	19,0%
3e	outros eventos	4	19,0%
n/r		4	
Respondentes		21	

Os fatores limitantes que afetam o uso dos achados das pesquisas na prática usualmente ocorrem em diferentes níveis: fatores individuais; fatores da equipe médica; fatores do hospital e, por fim, fatores da pesquisa e desenvolvimento (Donald & Milne, 1998). Para tentar minimizar a influência destes fatores existem determinados recursos e estratégias de acompanhamento da performance do corpo clínico. A tabela 18 apresenta a Internet como o recurso para o corpo clínico mais citado pelos hospitais (86%), enquanto que a adoção de indicadores assistenciais por especialidade foi assinalada por 64% e rede informatizada apenas 50%.

Tabela 18: Recursos disponíveis ao corpo clínico.

Recursos para Corpo Clínico	Tipos de Recursos	Respostas	% Respondentes
4a	Internet	19	86,4%
4d	indicadores assistenciais por especialidade	14	63,6%
4b	Rede informatizada	11	50,0%
4c	Biblioteca	10	45,5%
4e	outros recursos	0	0,0%
n/r		3	
Respondentes		22	

A principal estratégia de acompanhamento do corpo clínico adotada pelos hospitais da amostra é da performance da especialidade (tabela 19), com 62% dos respondentes, seguida do acompanhamento da performance por médico assistente (31%) e do acompanhamento da performance por incentivos financeiros (24%). No estudo de Wallace et al. (2001) a estratégia mais empregada foi o acompanhamento da especialidade (71%), enquanto que o acompanhamento por médico assistente ficou em 67% e os incentivos financeiros em 29%.

Tabela 19: Estratégias de acompanhamento do corpo clínico.

Acompanhamento de performance	Tipos de acompanhamentos	Respostas	% Respondentes
5b	Estratégia de acompanhamento da performance da especialidade	13	61,9%
5a.	Estratégia de acompanhamento da performance por médico assistente	9	42,9%
5c	Estratégia de acompanhamento da performance por incentivos financeiros	7	33,3%
5d	Outras estratégias de acompanhamento da performance	0	0,0%
n/r		4	
Respondentes		21	

Os resultados da tabela 20 são respostas sobre as barreiras enfrentadas pelos hospitais para a incorporação das evidências encontradas nas pesquisas médicas e em saúde pública, dentro de alternativas previamente selecionadas da literatura (Wallace et al., 2001). A resposta predominante foi a necessidade de mudança cultural por parte da organização, com 73,9% dos respondentes. Em seguida, com 56,5% dos respondentes, aparece a falta de treinamento de médicos e gerentes. As duas principais barreiras apontadas no estudo de Wallace et al. (2001) foram, na ordem, a falta de recursos (financeiros ou pessoal) e a necessidade de mudança cultural da organização (tabela 21). No presente estudo a falta de recursos surge em terceiro lugar, com 52% dos respondentes. Destaca-se também que houve uma certa coincidência na ordem das respostas entre os dois estudos, o que faz pensar que, apesar das diferenças em termos de condições de sistema público e das condições sócio-econômicas da população, há uma certa semelhança em termos de ambiente organizacional.

Tabela 20: Barreiras para o desenvolvimento das melhores práticas clínicas.

Barreiras	Tipos de barreiras	Respostas	% Respondentes
6b	necessidade de mudança cultural	17	73,9%
6h	falta de treinamento de médicos e gerentes	13	56,5%
6a	falta de recursos financeiros ou pessoal	12	52,2%
6c	resistência ou falta de responsabilidade profissional ou resistência de grupos	10	43,5%
6d	falta de recursos de tecnologia da informação e sistemas	10	43,5%
6f	falta de evidência médicas, resultados e padrões nacionais	5	21,7%
6e	existência de prioridade externa	4	17,4%
6g	distração organizacional	2	8,7%
6i	outras barreiras	1	4,3%
n/r		2	
Respondentes		23	

Tabela 21: Barreiras apuradas no Reino unido.

Tipo de barreira	Nr. respondentes	%
Barreira falta de recursos financeiros ou pessoal	50	73,5%
Barreira necessidade de mudança cultural	24	35,3%
Barreira resistência ou falta de responsabilidade profissional ou resistência de grupos	9	13,3%
Barreira falta de recursos de tecnologia da informação e sistemas	8	11,8%
Barreira existência de prioridade externas	6	8,8%
Barreira falta de evidência médicas, resultados e padrões nacionais	5	7,4%
Barreira distração organizacional	3	4,4%
Barreira falta de treinamento de médicos e gerentes	2	2,9%
Outras barreiras	3	4,4%
Total	68	

Fonte: Adaptado de Wallace et al, 2001.

Neste mesmo estudo de Wallace et al. (2001) os autores apresentam os impactos esperados da incorporação da pesquisa na prática de saúde. Estes mesmos itens foram apresentados aos hospitais da amostra sendo solicitado que a relação dos nove impactos previstos fosse classificada por ordem de importância. Os resultados da pesquisa e do estudo referência estão expressos na tabela 22 por ordem dos hospitais locais. Os dois primeiros impactos esperados dizem respeito a resultados assistenciais, enquanto que o terceiro está vinculado ao gerenciamento da organização.

Tabela 22: Impactos esperados com a incorporação das evidências encontradas nas pesquisas:

Impactos esperados	Tipos de impacto	Prior.	Ordem em Wallace
7i	melhoria nos resultados assistenciais dos pacientes	1	2
7c	reduzir o uso de práticas não efetivas	2	5
7d	alcançar um melhor uso dos recursos	3	7
7b	reduzir a variabilidade da prática clínica	4	3
7e	incrementar a satisfação dos pacientes	5	8
7g	aproximar o trabalho de clínicos e gerentes	6	6
7a	reduzir as reclamações de pacientes	7	9
7h	abrir a cultura organizacional para novos conhecimentos	8	4
7f	documentar a mudança	9	1

Fontes: Dados da pesquisa e adaptação de Wallace et al. (2001).

O incremento da medicina baseada em evidência se deu pela percepção de que havia um resultado assistencial inferior a expectativa demonstrada nas pesquisas. Desta forma, tenta-se reduzir três problemas relacionados a divergência entre prática e pesquisas: o excesso de uso de algumas intervenções de saúde, particularmente nas circunstâncias onde elas não são muito efetivas; a sub-utilização de intervenções de saúde que conhecidamente são efetivas mas não são apropriadamente adotadas; e o uso equivocado de intervenções de saúde, especialmente quando a evidência de efetividade não está clara ou é ambígua e leva a grandes variações no seu uso (Walshe & Rundall, 2001).

O impacto de reduzir-se a variabilidade da prática clínica, embora mais relacionado com a preocupação original para o crescimento da medicina baseada em evidência, foi classificado em 4º lugar pelos hospitais da amostra.

Comentários Finais

O conhecimento sobre a medicina baseada em evidência e a preocupação a respeito da efetividade clínica do corpo clínico dos hospitais ficou evidenciada nesta pesquisa. Entretanto, observa-se um certo desconhecimento a cerca de quais os programas institucionais que melhor incorporam as evidências, alterando o comportamento dos profissionais. A pesquisa de opinião e a opinião de lideranças foram considerados programas com efeitos consistentes, mas a literatura classifica-os como de efeito variável. Os programas de auditoria e feedback bem como os avisos de alerta alcançaram os mais baixos índices na avaliação dos hospitais, entretanto eles são considerados programas com efeito consistente nas organizações onde são aplicados. Esta última divergência provavelmente deve-se a ainda pouca experiência na aplicação destas técnicas nos hospitais da região.

A implementação é o processo de obter a evidência ou informação sobre a melhor prática e traduzi-la para a prática clínica, intervenções de saúde pública e processos decisórios em geral (Perleth et al., 2001). Este aspecto tem sido o elo fraco em todo o movimento da melhoria da prática clínica, apesar do crescente interesse em embasar decisões clínicas e políticas nos achados das pesquisas.

O pré-requisito para atingir a estratégia de mudar a prática clínica ou política é traçar as barreiras sociais, organizacionais e institucionais para a implementação e a mudança (Perleth et al., 2001). Estas barreiras precisam ser diferenciadas dentro de perspectivas do paciente, do público em geral, dos profissionais de saúde e dos gestores.

A pesquisa junto aos hospitais indicou que é a necessidade de mudança cultural nos hospitais a principal barreira para o desenvolvimento das melhores práticas clínicas. Este achado permite elaborar-se uma estratégia adequada para que a mudança organizacional se efetive.

Trabalhar a mudança cultural requer que se observe aspectos como: atitudes a cerca da inovação e do risco, a localização das expectativas de melhores performances (se na direção ou em toda organização), padrões de comunicação, orientação para os resultados ou para processos, foco de interesse interno ou externo (comunidade), uniformidade ou diversidade nas atitudes e expectativas, orientação para o suporte às pessoas que trabalham na organização, encorajamento e premiação para o trabalho em equipe ou para o individualismo, agressividade ou competitividade em relação a organizações externas e, por fim, as atitudes para a mudança (Davies et al., 2000).

A participação dos dirigentes em eventos de protocolos clínicos e análises de custo-efetividade ainda precisa ser incrementada, uma vez que o exemplo vindo da liderança é que muitas vezes determina o sucesso de uma política organizacional.

Os recursos disponíveis nos hospitais são facilitadores da disseminação da cultura da medicina baseada em evidências. Há preocupação com o acesso à Internet pelo corpo clínico, mas a implementação de recursos que efetivamente permitam um crescimento assistencial ainda precisa ser ampliada através da adoção de indicadores assistenciais por especialidade, rede informatizada e biblioteca.

Outra ação ligada à disseminação desta cultura é a adoção de estratégias de acompanhamento do corpo clínico. Com exceção do acompanhamento da performance da especialidade, a performance por médico assistente e performance por incentivos financeiros são pouco empregadas. O achado em relação a última estratégia confirma o estudo anterior (Wallace et al. 2001), sinalizando que a implementação de incentivos financeiros requer maior aprofundamento sobre sua eficácia.

As barreiras enfrentadas pelos hospitais para a incorporação das evidências encontradas nas pesquisas médicas e em saúde pública, como a necessidade de mudança cultural por parte da organização, a falta de treinamento de médicos e gerentes e a falta de recursos (financeiros ou pessoal), são achados que permitem estabelecer políticas para os hospitais que orientem a evolução do conhecimento organizacional. Houve coincidência na ordem das respostas entre o estudo referência e a amostra, reforçando o diagnóstico da pesquisa em termos do ambiente organizacional.

Os impactos esperados com a incorporação da pesquisa na prática de saúde expressos na melhoria nos resultados assistenciais dos pacientes, na redução do uso de práticas não efetivas, no alcance de um melhor uso dos recursos e na redução da variabilidade da prática clínica merecem alguns comentários. Enquanto que os dois primeiros dizem respeito a impactos assistenciais, o terceiro vincula ao gerenciamento do hospital. A preocupação original do movimento da medicina baseada em evidência foi a redução da variabilidade da prática clínica, entretanto este impacto foi menos esperado que os anteriores pela amostra de hospitais. Isso pode indicar a necessidade de uma política de divulgação sobre a finalidade da medicina baseada em evidências e da efetividade clínica, de forma a melhorar a qualidade assistencial através de melhores práticas assistenciais e gerenciais.

Num sentido mais amplo à melhor prática Perleth e outros (2001) a definem como a melhor forma de identificar, coletar, avaliar, disseminar e implementar informação sobre as intervenções de assistência em saúde, assim como monitorar os resultados obtidos junto a pacientes e grupos populacionais, definindo indicadores ou condições para a prestação do serviço. A abordagem básica é ligar os achados das pesquisas mais perto das políticas (como parte do domínio da implementação) e seguir monitorando os resultados. Entretanto, entre os hospitais pesquisados, a preocupação com a documentação dos dados não recebeu importância o que dificulta justamente a criação de uma política de implementação das melhores práticas.

A medicina baseada em evidências não pode e não promete resolver todos os problemas da prática clínica, mas ajuda a identificar práticas médicas obsoletas e desnecessárias. Entretanto, muitas questões ainda estão aguardando serem resolvidas, como a implementação das evidências e a remuneração para a criação das revisões sistemáticas que criam as evidências (Perleth et al. 2001).

Todo o movimento em torno da medicina baseada em evidências e da efetividade clínica corresponde a busca da qualidade em níveis técnicos, ligada a melhores diagnósticos e procedimentos terapêuticos. Entretanto, existe outra dimensão denominada qualidade do serviço que é composta por uma série de fatores formando a experiência da assistência a qual o paciente é submetido (Kenagy, et al., 1999). No cenário nacional as duas dimensões precisam avançar, tanto nos aspectos ligados a percepção da qualidade pelo paciente, como nos aspectos da qualidade intrínseca ou técnica, principalmente através da evolução dos prestadores de serviços de saúde.

Bibliografia

- Bero, Lisa et al. Closing the gap between research and practice: an overview of systematic reviews of interventions to promote implementation of research findings by health care professionals. In: Haines, Andrew & Donald, Anna. Getting Research Findings into Practice. BMJ Books, London, 1998
- DATASUS, <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/sih/cxmap.htm>, 2002
- Davies, Huw T. O. Nutley, Sandra M. Mannion, Russell. Organisation culture and quality of health care. Quality in Health Care, vol. 9: 111-119, 2000
- Donald, Anna & Milne, Ruairidh. Implementing research findings in clinical practice. In: Haines, Andrew & Donald, Anna. Getting Research Findings into Practice. BMJ Books, London, 1998
- Kenagy, John W.; Berwick, Donald M.; Shore, Miles F. Service Quality in Health Care. JAMA, Volume 281(7), 17 February, 1999, pp 661-665
- Perleth, Matthias; Jakubowski, Elke; Busse, Reinhard. What is 'best practice' in health care? State of the art and perspectives in improving the effectiveness and efficiency of the European health care system. Health Policy, vol. 56: 235-250, 2001
- Straus, S. E.; Sackett, D.L. Using research findings in clinical practice. In: Haines, Andrew & Donald, Anna. Getting Research Findings into Practice. BMJ Books, London, 1998
- Tomlin, Zeld; Humphrey, Charlotte; Rogers, Stephen. General practitioners's perceptions of effective health care. BMJ, vol. 318, 5 June, 1999
- Wallace, L.M.; Freeman, T.; Latham, L.; Walshe, K., Spurgeon, P. Organisational strategies for changing clinical practice: how trusts are meeting the challenges of clinical governance. Quality in Health Care, Vol. 10, pp. 76-82, 2001
- Walshe, Kieran & Rundall, Thomas G. Evidence-based Management: From Theory to Practice in Health Care. The Milbank Quarterly, Vol. 79, Nr. 3, 2001)